

LA COMUNICACIÓN, INSTRUMENTO BÁSICO EN ENFERMERÍA

Marielo Espina Eizaguirre

En toda relación de ayuda, elogiar los logros es lo que empuja a esforzarse en la tarea. Refuerza enormemente la motivación de la persona y la hace válida en lo suyo, en lo que aún puede, porque se valora siempre lo positivo de ella, lo que es capaz de conseguir

INTRODUCCIÓN

Me hago siempre muchas preguntas, porque el mundo en sí es un enigma y deseo pensar en voz alta segura de que al hacerlo encontraré algunas respuestas.

La comunicación entre las personas es un instrumento que sirve para favorecer la relación entre ellas. En el caso de la relación paciente-sanitario, es una herramienta básica, sobre todo en los Cuidados Paliativos. Pero como todas las herramientas tienen unas instrucciones de manejo: ¿estamos seguros de saber manejar los instrumentos que utilizamos?, ¿sabemos sacarles el máximo partido?

Dando vueltas a este asunto llego a la conclusión de que quizás sea bueno consultar a Watzlawick, Weakland y Fisch, y su Teoría de

la Comunicación Humana¹⁻² para demostrar que, además de la intuición que permite el bien hacer, en la comunicación hay un modo de hacer que se aprende y se mejora, que ayuda a prevenir situaciones desafortunadas y que contribuye a aumentar la calidad de la relación entre las personas.

Para Carl Rogers⁹ la principal barrera que se opone a la comunicación interpersonal es nuestra tendencia espontánea a juzgar, evaluar, aprobar o reprobar las afirmaciones de la otra persona o del otro grupo.

Si bien la tendencia a hacer evaluaciones es común en cualquier interacción verbal, ésta se ve muy favorecida por las situaciones que entrañan un compromiso emocional. Por esa razón, cuanto más intensos sean nuestros sentimientos, más se reducen las posibilidades de comunicación mutua. Sólo podremos escuchar comprensivamente si nos ponemos en condiciones de evitar la evaluación y de verificar una comunicación real, es decir captar las actitudes e ideas del otro desde su punto de vista. Son cinco las columnas que sustentan la Teoría de la Comunicación Humana, aunque sus autores les llamen AXIOMAS o verdades irrefutables, que no necesitan demostrarse

AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

1. NO SE PUEDE NO COMUNICAR. ES IMPOSIBLE

Si tratamos de mantener una expresión neutra para no comunicar nada, lo que estamos haciendo y diciendo, sin decir, es eso exactamente "que no deseamos que sepan qué pensamos o creemos respecto a algo".

Cuando vamos por el pasillo del Hospital con gente agolpándose en las diferentes salitas sin puertas, podemos saludar, sonreír, o mirar al frente, o bien hojear unos papeles. La persona que nos vea pasar interpretará nuestra actitud según cómo la perciba. Para unos, habremos mostrado amabilidad, o fingimiento, sequedad o afecto, distancia o cercanía, indiferencia o distracción... y para otros nues-

tro paso ni ha existido porque no se han fijado. Para los que repararon en nuestra presencia, aunque nuestro deseo era pasar desapercibidos, hemos transmitido información.

Cuando, por ejemplo, alguien te para y te desborda al explicarte lo que está sufriendo por la enfermedad de su familiar ingresado en el Centro, tú que recuerdas vagamente el caso y que además te esperan en otro sitio, muestras tener prisa, miras el reloj; nada; saludas a alguien con grandes gestos; nada; te llevas la mano a la frente y te oprimes las sienas mostrando tu dolor de cabeza; nada; ni se da cuenta. Sin embargo, ¿qué hace que te siga contando lo que le pasa?, quizás su necesidad de decir? Y dónde queda el deseo tuyo de que no te digan?, porque tú estás comunicando claramente que no deseas hablar ahora, que tienes prisa, que te duele la cabeza, que no recuerdas su caso ... Pero no has dicho nada.

Beyerbach⁸ dice que puedes ser con tu actitud de escucha el canal que propicie reencuentros y favorezca la expresión emocional que no tiene por qué ser solo verbal. Toda conducta comunica, y con ello, nos referimos al gesto, a la postura, el tono. Como una conducta es una comunicación y es imposible no adoptar un comportamiento, también es imposible no comunicarse.

Es preciso entonces reconocer las *actitudes* que se pueden adoptar ante el acto comunicacional:

-
- ⇒ Rechazo de la comunicación (mirar a otro lado, fingir un dolor, dormir...)
 - ⇒ Aceptación de la comunicación (actitud de escucha)
 - ⇒ Descalificación de la comunicación, no te entiendo, no dices nada interesante (puede ser inconsciente)
 - ⇒ Utilización del síntoma como comunicación (transmito con actitudes lo que no sé decir, intento atraer la compasión con mis molestias, como los niños, para que me hagan caso)
-

- Nos descifran y desciframos, nos leen y leemos.

- Cuando un enfermo, ante la presencia de alguien en su habitación, gira la cabeza y se hace el dormido, sólo indica que no desea comunicarse en ese momento. Sería un error sentirse ofendido como si esto fuera un desprecio y, sobre todo, mostrarlo o incluso forzar la comunicación.
- Debemos respetar su deseo. Masiá Clavel dice: "Nadie puede morir la muerte de otro, pero ayudarlo durante el proceso de morir es ayudarlo a vivir antes de y hasta su muerte; quizás los que se sienten más impotentes para suprimir nuestro dolor, son los más capaces de aliviarlo. Quizás los que, con simpatía honda y con imaginación amorosa, reconocen que nadie como el que se muere sabe lo que es morir, son los que mejor acompañan al moribundo"¹¹.
- En un centro sanitario *todos emiten señales*. El lenguaje es confuso y difícil. Por eso es como si enfermo y familiares desplegaran un radar invisible que va siguiendo a todas aquellas personas que se muestran accesibles a su sonrisa, su gesto, su apertura, a sus preguntas, dudas e incluso a sus deseos de que se les vuelva a explicar algo. Si un niño aprendiera la regla de tres con una vez que se le explicara, lo consideraríamos un fenómeno. Pues imaginemos lo que perturba la capacidad de comprender si lo que nos dicen es un veredicto sobre la propia vida, la salud nuestra o de nuestro familiar.
- Consideramos que el paciente que desea que le expliquen su situación pide un favor, y no es así, espera una respuesta de maestro de primera, una respuesta paciente, clara, y además debemos saber que, de esa respuesta, *en lo que más se van a fijar es en el cómo se le da, no en lo que se le dice*. Así podrá detectar si es tan grave lo que le ocurre. Para el enfermo es muy cansado, emocionalmente hablando, *escuchar* el resultado de sus análisis, el diagnóstico de su estado actual, el pronóstico de su enfermedad. Se bloquea parte de su mente, debido al esfuerzo de tratar de descifrar todas y cada una de las señales que emite la persona con la que está hablando y no es igual decir fríamente las cosas que implicarse en el gesto, la mirada, la postura, el contexto. Sabiendo que la dificultad de comprensión forma parte de las defensas naturales de la persona ante el

miedo de conocer toda la verdad, que se desea y se teme a la vez, es necesario, por lo menos, evitar comunicarse con los enfermos en cualquier lugar y de cualquier modo, con presencia ajena y mientras se ejecuta otra tarea. (5)

- ¿Cómo se puede detectar en uno mismo las señales que se envían y de las que no somos plenamente conscientes?:
 - Pongámonos frente a un espejo y expresemos algo como si se lo dijéramos a otra persona.
 - El espejo nos va a devolver gestos que igual nos chocan, que no nos dábamos cuenta que hacíamos.
 - Luego, podemos comentar con otra persona (amigo, familiar, colega) nuestra sorpresa. Quizá ella nos aclare que sí, que es un rasgo nuestro, expresar de ese modo lo que expresamos.

A partir de aquí comienza nuestra tarea de aprender a expresar lo que queremos de modo que el otro lo entienda así. Sin olvidar repetirlo con otras palabras para asegurarnos de que lo han comprendido, preguntando lo que hemos dicho.

Porque escuchar no es *oír*. Es descifrar un código. Observar el deseo del otro de comunicar o de no hacerlo. Puede así propiciar la resolución de asuntos emocionales pendientes, ya que al no tratarse de una muerte súbita, el enfermo puede disponer de tiempo para que esas cuestiones puedan equilibrar la “cuenta de méritos”, llegando a un “cierre” satisfactorio de su vida en la paz de las manos llenas, despojado de rencores viejos y recorrer ese tramo en la compañía que da el calor humano⁴.

2. LOS NIVELES DE CONTENIDO Y RELACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

Son dos aspectos, el de **exponer los hechos** y el de **establecer la relación** en que se transmiten, los que influyéndose mutuamente nos van a dar **las pautas de una buena comunicación**.

Es importante la forma. ¿Cómo dice el sanitario lo que tiene que decir? Si se explica al paciente que lo que vamos a hacerle, aunque sea molesto, le va a proporcionar bienestar, se le muestra delicadeza

y comprensión; si se lo dice de forma brusca, le indicaremos temor e inseguridad y si empleamos términos de la jerga sanitaria, se define bien nuestra relación con él: somos los que sabemos y él es el enfermo.

*Comunicar con un paciente es establecer con él una relación en la que no sólo importa lo que se dice sino cómo se le dice y verificar que ha comprendido lo que queríamos decirle tal y como queríamos decírselo. Un elemento clave en la relación de ayuda es la actitud empática es **reconocer** el dolor que le produce la manipulación de que es objeto o la cura, o el cambio postural o la noticia que se le da, y hacerle un comentario como **“Mucho debe dolerte para que tú tan fuerte y valiente te quejes”**. Aceptar su miedo y la forma de transmitirnoslo hace sentirse atendido en el cuerpo y comprendido en el alma.*

Otro aspecto positivo a cultivar en la comunicación es mostrar calidez con el empleo de frases como: **“qué pena me da tener que hacerte daño”, “si pudiera evitarlo...”, “Puedes ayudarme si haces esto y yo me sentiré menos mala”, “qué triste es, con lo que llevas encima, tener que hacerte sufrir más”, “Te duele pero enseguida vas a sentir alivio”**.

El enfermo terminal tiene frecuentes dificultades de expresión por no poder hablar correctamente por su secuela de un ictus, una intervención, o por dificultades cognitivas, de comprensión y problemas de audición, más si son ancianos a los que se les atribuyen sorderas que no existen, cuando lo que le dificulta la comprensión quizás sea su lentitud de reflejos. Es importante no empeñarse en hablarle a gritos o en un tono de voz que le sobresalte, sino procurar repetirle lo que se le dice y **comprobar** que lo va comprendiendo **a su ritmo**. Ah! ¿Que tenemos mucho que hacer? Pues el anciano en el último tramo de su vivir debería tener más prisa todavía ¿no? Aceptar los **tempos** favorece la relación cálida y afectuosa.

Ejemplo de una situación: visito a un anciano ingresado. Al poco rato sale el sanitario que estaba con él y le hablaba casi a voz en cuello: **“Que, ¿has dormido bien? ¿cómo estas hoy? Me han dicho que has desayunado dos galletas! ¿Qué bien no?** Al salir, mi amigo me dijo: **“Nada, que se cree que somos sordos y habla así.”**

Tampoco es beneficioso que a un enfermo que se encuentra en duermevela por su enfermedad por los fármacos o el momento del día, se le sobresalte para interesarse por él, salvo que no convenga que permanezca dormitando.

Una buena costumbre es procurar no hablar **del** enfermo en su presencia porque es ofensivo. **Ninguneas** a la persona. Esta deja de serlo y pasa a ser suplantada por la enfermedad. Por esta razón, aunque el paciente no participe activamente en la conversación se le debe incluir de forma clara “¿verdad, fulano?”, “¿cómo tú dices siempre, eh?”, “Ya ves lo que dice...”, “Igual que tú cuando...” Al enfermo le acompaña el run run de la conversación, el contacto intermitente, la caricia, el sujetarle la mano mientras hablamos colocándonos más cerca de él que del resto de personas de la habitación o de la puerta.

Cuidar nuestra forma de hablar: Es frecuente oír hablara así a los profesionales: “Tengo una *uro* y un *enema*”. ¿quién es “mi uro”? No hay uros, hay pacientes a los que se va a hacer una prueba radiológica. Hay enfermos¹⁰.

Procurar centrarse en lo que se hace. Cuando dos personas están atendiendo a un paciente y se ponen a hablar entre ellas, a veces incluso de otros asuntos, rompen de manera obstinada la comunicación con el enfermo, sin tener en cuenta su persona, ya que sólo están atendiendo la parte enferma. Con ello están no sólo perdiéndose la ayuda que les puede prestar con sus indicaciones, sino haciéndole sentir que sólo es digno de atención en su parte enferma y no en la globalidad de él como persona. Como ya hemos dicho: no es posible no comunicar.

Recordemos cuándo nos ha ocurrido lo mismo, en la salud, en una tienda cuando te atiende un persona que mientras lo hace, habla o grita o da órdenes, o ... todo menos “**estar contigo**”. Evocando este tipo de situaciones una se siente mal. ¡Pensar que así se puede sentir alguien enfermo, en el final de su vida por un descuido tan tonto..!

Acompañarle en toda exploración que para reducir sus niveles de estrés. **La presencia física** ante exploraciones dolorosas o que producen miedo aumenta la tolerancia a la exploración. El enfermo agr-

decerá todo lo que se pueda hacer por que esté más confortable en cuanto a temperatura, mantas, corregir su postura, etc., y si no se puede estar con él por ser una exploración con rayos que se le acompañe aunque sea visualmente y decirle que se le espera. Es de mucho interés **favorecer** la comunicación sin pasarse con comentarios alejados de la realidad o el eufórico, como “Te veo que has mejorado, hala, para adelante, así me gusta...” A lo mejor estás cortando la comunicación y el que te pueda decir que ha oído algo que se refiere a él, de sus análisis, que no se lo han dicho y teme preguntar. Si con tu actitud le indicas que está mejor y punto, él no te dirá su temor, no expresará sus sentimientos.

3. COMUNICACIÓN VERBAL O DEL CONTENIDO Y NO VERBAL O RELACIONAL

La comunicación verbal es una convención social. Es igualmente válido decir “**mesa**” que “**table**”, con la única condición de que las personas que se comunican compartan el mismo código (el idioma) para comunicarse.

La comunicación no verbal es la que busca analogías o semejanzas entre lo que se desea expresar o representar y el objeto, en el caso de la mesa, sería el dibujo de una mesa que nos permite reconocerla aunque no haya ninguna mesa presente. Lo mismo valdría para una foto o la representación mímica de una mesa.

Las expresiones analógicas (o no verbales, analogías), incluyen casi todas las expresiones que no son verbales, o sea el gesto, la postura, el tono, timbre, volumen de la voz, la expresión corporal, así como las expresiones creadas por el hombre, el dibujo, la escultura, la música etc. Estas expresiones comunicacionales son más expresivas, ya que no sólo informan sino que transmiten la postura del que las realiza.

Si utilizáramos solamente el lenguaje verbal, no sería posible entendernos más que en esferas muy reducidas. Lo que se refiere a los hechos, o el contenido se transmite en forma verbal mientras que el aspecto relacional es predominantemente analógico o gestual. El lenguaje no verbal es universal y ambos tipos de lenguaje son independientes y complementarios.

Bateson³, basándose en trabajos de Lorenz, demostró que los signos con los que los animales expresaban estados de ánimo eran la forma de comunicar la naturaleza de sus relaciones y no para “nombrar” objetos. Cuando un perro lame la mano de su amo, no le da las buenas noches, sino que le expresa la relación de dependencia respecto a él.

En sanidad el carácter relacional de la comunicación se hace evidente en una serie de situaciones entre los seres humanos. **“Tengo miedo”, “Sé mi madre”, “Cuídame”**, se expresan más por gestos que con palabras, igual que el acercarse o alejarse, mirar a los ojos, dar la espalda. Cualquiera de estas expresiones propone una manera no verbal un tipo particular de relación que el otro puede aceptar, rechazar o redefinir.

La comunicación no verbal a veces tiene mensajes ambiguos. Por ejemplo el llanto puede expresar pena, pero también alegría; el gesto hosco puede expresar mal humor, pero también temor.

El hombre es el único ser que maneja estos dos lenguajes de manera simultánea y por eso debe traducir constantemente uno al otro. Puede perderse información al traducir el mensaje oral al no verbal, por eso es tan importante hablar de la propia comunicación, es decir, **METACOMUNICAR** (metacomunicar es explicar cómo debe entenderse lo que se ha comunicado)

El **síntoma** definido como una comunicación nos da mucha luz en los Cuidados Paliativos. Es necesario aprender a ver otros elementos más allá de los físicos a través de preguntarnos *“¿Qué me está queriendo decir con estos dolores, estos gestos, estos silencios?”* “La búsqueda de sus otros significados, exige una implicación mayor si cabe que si nos limitamos a observarlos como mensajes fisiológicos, porque es quizás su forma de pedir compañía, compasión, de que escuchen su queja, su lamento.

Hace años observamos una sala hospitalaria de la que salían risas y gritos, era una sala de niños en tratamiento oncológico que jugaban con la enfermera a lanzar un balón hinchable. Nos sorprendió ver esos cuerpos maltratados por la enfermedad, responder al juego, en la medida en que cada uno podía, dependiendo de su movilidad, y esos rostros, sobre todo su gesto de atención y alegría enmarcados

en caritas pálidas y demacradas, en cráneos pelados, como el propio balón de juego. La enfermera observó nuestro gesto de asombro y poco después nos explicaba. **“Están muy, muy malitos, pero el jugar les hace olvidar que lo están, y como yo les hago ver que pueden jugar con mi propio gesto pierden un poco ese miedo a moverse por si les ocurre algo. Si ven que les lanzo el balón y que les va a dar en la cara, un temor risible les hace reaccionar y defenderse. Con eso les mando el mensaje tranquilizador de que son niños y juegan como los niños”.**

Todos tenemos en la memoria, casos en los que inexplicablemente, hay dolores que remiten, molestias que desaparecen, y que ambos coinciden con visitas de familiares, noticias agradables, trato cálido y deferente....


Una buena relación en la forma de comunicarse proporciona *calidez* y **respuesta empática**^{5,6}, porque permite colocarse en el lugar del que sufre y ver las cosas como él las ve y las siente.

Favorece una respuesta empática:	Dificulta una respuesta empática:
Respetar silencios	Mover una pierna rítmicamente
Parafrasear	Gestos de impaciencia
Actitud abierta en piernas y brazos	Mirar al reloj
No interrumpir	Desviar la mirada
Asentir con la cabeza	Mascar chicle ansiosamente
Sentarse junto al paciente	Interrumpir la escucha. Si lo tienes que hacer dilo dilo también que vuelves en x minutos. Y vuelve.

4. PUNTUACIÓN DE LA SECUENCIA DE LOS HECHOS

En una situación en la que dos personas se expresan, se dan dos fenómenos simultáneos, lo que dicen o hacen y la relación que entre ellas existe. Desde fuera puede ser obvio lo que se desarrolla

ante los ojos, pero no es tan evidente para las dos personas, ya que al explicarlo cada una de ellas lo hace desde su punto de vista^{1, 2, 9}.


Reformular la frase en la relación. Observar al interlocutor para ir adaptando lo que digo y reformulo lo que me dicen. Si establezco una comunicación sin pensar que el otro pueda contestar, establezco una Comunicación \implies lineal, sin posible respuesta. Si por el contrario observo al otro y aprecio sus reacciones, la relación es circular, puesto que adapta mis comentarios a sus reacciones. 

Para ilustrar este axioma voy a poner unos ejemplos.

El primero indica cómo dependiendo de quién puntúa la secuencia o según el punto de vista de cada uno, si están en desacuerdo, la relación es conflictiva.

La mujer tiene un problema de alcoholismo y explica su conducta porque su marido se aparta de ella y ha dejado de amarla.

El marido por su parte dice que se va distanciando de su mujer porque ésta tiene problemas de consumo de alcohol.

Para ambos la actuación de cada uno es respuesta a la acción del otro. Tratan de ver una reacción lineal: Ella bebe \implies él la abandona. El la abandona \implies ella bebe, pero es una relación circular que se convierte en un círculo vicioso y se alimenta así mismo. 

Otro ejemplo sería el de dos potencias mundiales. La potencia A lleva a cabo un rearme espectacular \implies que justifica ante la amenaza de rearme del país B que, a su vez había adquirido armamento \implies ante la amenaza del país A. Ambos actúan, como respuesta, desde su punto de vista, a las amenazas del enemigo que es el otro y responsable de esa carrera armamentística. Para los observadores externos a ese círculo vicioso, la deficiente comunicación entre los países es producto de su relación y ansia de poder.



En los contextos en los que la sensibilidad por la pérdida inminente de vidas humanas está a flor de piel, es frecuente que a los

mensajes se les de distinta interpretación según el momento, las persona y la lectura que cada uno haya hecho de un mismo tema.

El tercer ejemplo y ya aplicando este axioma al contexto sanitario y más específicamente al último período del ciclo vital, se puede plantear así:

“Esa enfermera no me tiene simpatía, no sé qué le he podido hacer estando como estoy”.

“Con este paciente no hay forma de comunicarse: pone un gesto de desagrado cada vez que me acerco a su cama que yo, mira, si quiere algo ya me lo pedirá; yo me limito a hacer mi tarea”.

¿Qué hacemos con esto? ¿Quién tiene la razón? Nadie. Los dos.
¿Cómo se puede mejorar?

Curiosamente nuestra enfermera se sorprende cuando oye a una compañera comentar: **“¿Qué majo el paciente de la 103! Cómo se esfuerza, a nada que le animes, y estando como está. “¿Y por qué entonces conmigo se comporta..?””** y esto hace ver las cosas desde otro punto de vista.

Si hay una comunicación en la que no se logra salir de una misma premisa y se mantienen las dos personas ancladas en los mismos pensamientos negativos, no se está logrando el objetivo de contribuir al bienestar máximo que mitigue la enfermedad de por sí letal.

Es bueno incluir las experiencias de otros profesionales con la misma persona, que, no lo olvidemos, es el paciente al final de su vida, observar, escuchar para poder comparar. Y reconducir la situación.

Es curioso observar entonces cómo puede suceder lo que sigue.

“Hombre, aquí entra mi enfermera favorita; no habla mucho pero atiende muy bien”. O esto otro: **“Hola, Fermín, hoy tengo una buena noticia para Ud.”**, dice nuestra sanitaria luciendo una sonrisa que deslumbra al paciente.

Qué fácil es resolver a veces situaciones tan sencillas y qué complicado lo podemos llegar a hacer por esa especie de cortocircuitos en la comunicación.

Las personas hacemos lo que deseamos hacer. Pensamos lo que deseamos pensar. Y, si como lo hacemos no está muy bien, pues tendremos que cambiarlo, **y esto también podemos hacerlo.**

5. LOS INTERCAMBIOS EN LA COMUNICACIÓN SON SIMÉTRICOS Y COMPLEMENTARIOS SEGÚN ESTÉN BASADOS EN LA IGUALDAD O EN LA DIFERENCIA

Relaciones simétricas son las que se establecen entre personas que pueden opinar, tomar decisiones, aconsejar, proponer alternativas, criticar en un plano de igualdad. Tienen los mismos derechos y obligaciones. Esta relación sería la de compañeros de trabajo, colegio, amigos, hermanos etc.

Las relaciones complementarias son las que establecen personas que tienen diferentes tipos de comportamientos. En este tipo de relaciones uno puede ser el superior que da las órdenes y otro el que las obedece. Este tipo de relación se da entre jefe y subalterno, padre e hijo, médico y paciente. No son posiciones mejores ni peores sino que se interrelacionan. Este tipo de relación irá variando conforme varíe la situación de cada uno.

En el contexto sanitario, la relación profesional de la sanidad-paciente, es una relación complementaria. **No existirían la una sin la otra.**

- ⇒ Tratar de clarificar al máximo lo que desea comunicarnos y lo que deseamos comunicarle.
 - ⇒ Conocer su forma de expresarse y que él sepa cómo nos expresamos, (lo que en unos es mal genio, en otro es simplemente seriedad o concentración).
 - ⇒ Informarse de qué es lo que le agrada y lo que detesta.
 - ⇒ No interpretar sino aclarar lo que ambos expresan.
 - ⇒ Respetar los silencios.
 - ⇒ Preguntar con sencillez.
 - ⇒ Expresar lo mismo con la palabra y con el gesto.
 - ⇒ Utilizar el humor y no la ironía o el sarcasmo.
-

En el curso del ciclo vital el enfermo que sana, dejará de tener una relación complementaria cuando se encuentre fuera del contexto sanitario, con su enfermero y pasará a ser simétrica. Esto a veces descoloca un poco, porque entonces ya la relación no sea necesaria o sea muy difícil de cambiar. Uno no sabe muy bien cómo hablar, qué decir, fuera de la enfermedad que les unía.

Pero mientras el paciente es paciente y si además se halla en el tramo final de su vida, no está en posición de ser rechazado, ni juzgado, ni criticado, aunque sí lo esté en posición de ser reconvenido amablemente, respetado en sus decisiones y acompañado en su dolor que puede adoptar expresiones poco amables.

Para favorecer la comunicación con el paciente es bueno tener en cuenta algunos aspectos:

Si es preciso, reconocerse cansado vale más que considerarse fracasado o etiquetar de intratable. Terminaré esta pequeña aportación con una reflexión que a todos nos atañe:

EL PROCESO DE MORIR ES EL PROCESO DE VIVIR HASTA EL FINAL Y EMPIEZA CUANDO NACEMOS. CUALQUIER LOGRO COMPARTIDO REFUERZA NUESTRA IMPRESIÓN DE VIVIR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watzlawick, P. Weakland, J.H. y Fisch, R. (1967) *Teoría de la comunicación humana*. Trad. esp.1993. Herder
2. Watzlawick, P. y otros 1974. "Cambio". Trad. Esp. Herder.
3. Wittezaele, J.J., García, T. "La Escuela de Palo Alto" 1994. Herder
4. Boszormenyi-Nagy, J., Spark, G. 1994. "Lealtades invisibles". Amorrortu.
5. Astudillo W., Mendinueta, C. Importancia de la comunicación en la terminalidad. En: Astudillo, W, Muruamendaraz, A y Arrieta, C. "La comunicación en la fase terminal", Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián. 1998
6. Gabilondo S. "La comunicación en la relación terapéutica. En *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. De Astudillo, W y otros. 1999. Sovpal,37-62.
7. Gabilondo, S. El papel de enfermería en cuidados paliativos. En: "Medicina paliativa, bases para una mejor terminalidad". Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián. 1997. 89-122.
8. Beyebach, M. "Enfermedad terminal, muerte y familia" en *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Espina, A. Comp. 1995. Promolibro. 225-264.
9. Rogers, Carl. "El proceso de convertirse en persona". Trad. esp. 1972. Paidós Barcelona 17ª edición.
10. Bermejo, J.C. La relación de ayuda en el sufrimiento en "La comunicación en la terminalidad". Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 1998,277-310.
11. Masiá Clavel, J. "Bioética y antropología". 1998. Universidad Pontificia Comillas. Madrid

