



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de trabajo:

Trabajo de carácter profesional

TÍTULO:

**ENFERMERÍA Y COMUNICACIÓN EN
CUIDADOS PALIATIVOS**

Estudiante: Sandra Delgado Sánchez

Tutor: María Paulina Pérez Yuste

Salamanca, mayo del 2020

Agradecimientos:

A mi familia, por su apoyo incondicional.

A mi madre, por ser el motor de mi vida.

A Pauli, por compartir conmigo sus conocimientos,
dedicación y amor por los cuidados paliativos.

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	1
3.	OBJETIVOS	3
3.1.	OBJETIVO PRINCIPAL	3
3.2.	OBJETIVOS SECUNDARIOS	3
4.	DESARROLLO DEL TEMA	4
4.1.	ELEMENTOS Y AXIOMAS	4
4.2.	EFFECTOS DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA	5
4.1.	TIPOS DE COMUNICACIÓN	6
	COMUNICACIÓN VERBAL	6
	COMUNICACIÓN NO VERBAL	6
4.1.	ACTITUDES PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN	9
	EMPATÍA	9
	ACEPTACIÓN INCONDICIONAL	9
	SABER ESCUCHAR O ESCUCHA ACTIVA	9
	AUTENTICIDAD O CONGRUENCIA	10
4.1.	PROBLEMAS DE LA COMUNICACIÓN	11
4.2.	ENTREVISTA	12
4.1.	COUNSELLING	16
4.2.	FAMILIA	18
5.	CONCLUSIÓN	20
6.	BIBLIOGRAFÍA	21

1. RESUMEN

En los cuidados paliativos, la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente es una parte imprescindible para asegurar una atención de calidad. El personal de enfermería no solo se encarga de prestar cuidados, sino que también acompaña al paciente y tiene una función comunicadora, que le permite conocer y satisfacer sus necesidades multidimensionales. Por lo tanto, la comunicación es una herramienta terapéutica indispensable en el cuidado que, a la vez, permite fortalecer el vínculo entre el profesional y el paciente. Por este motivo, resulta necesario que el personal de enfermería, además de tener conocimientos teóricos y una capacitación técnica, desarrolle y mejore habilidades de comunicación y competencias emocionales que permitan proporcionar una respuesta humana al sufrimiento del enfermo y su familia.

En este trabajo se pretende demostrar la eficacia de la comunicación en la promoción de los cuidados y sugerir actitudes y pautas básicas para establecer la comunicación con el paciente y su familia.

Palabras clave: enfermería, cuidados paliativos, comunicación, counselling, nursing, palliative care, communication.

2. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos engloban las actuaciones sociosanitarias destinadas a personas que tienen una enfermedad en situación avanzada o terminal con la finalidad de prevenir y evitar el sufrimiento del paciente y mejorar su calidad de vida y la de sus allegados. Cabe aclarar que están considerados en el derecho humano a la salud, por lo que es necesario garantizar unos cuidados adecuados ⁽¹⁾.

Estos cuidados tienen como base fomentar la autonomía y dignidad de la persona, crear un ambiente adecuado, considerar al enfermo y su familia como una unidad a tratar y prestar una atención activa. Asimismo, el paciente terminal precisa un abordaje integral, puesto que tiene necesidades físicas, psíquicas, emocionales, sociales y espirituales que determinan su sufrimiento y que deben ser reconocidas y atendidas adecuadamente. Las herramientas básicas para llevarlos a cabo son el control de síntomas, el equipo interdisciplinar, el apoyo emocional y la comunicación con el enfermo y la familia ⁽²⁾. De esto se puede deducir que la calidad asistencial está

condicionada no solo por los recursos y elementos técnicos e instrumentales, sino también por la comunicación.

La Real Academia de la Lengua Española define la acción de comunicar como “hacer partícipe a otra persona o cosa de algo que se tiene” ⁽³⁾. Es necesario aclarar la diferencia existente con la información: informar supone “dar a alguien noticia de alguna cosa” ⁽⁴⁾, por lo que es un proceso unidireccional que forma parte y complementa a la comunicación, que, por su parte, es multidireccional y permite la interacción entre los comunicantes ⁽⁵⁾, es decir, va más allá de transmitir información.

La comunicación en la fase final de la vida está basada en el acompañamiento emocional y espiritual del paciente, por lo que en el ámbito de los cuidados paliativos no es un fin sino un medio, es decir, un instrumento imprescindible en el cuidado del paciente terminal. Por este motivo se habla de **comunicación terapéutica**, que debe ir estrechamente unida a la bioética. Los profesionales sanitarios deben conocer y respetar los principios básicos bioéticos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia y confidencialidad y veracidad) y disponer de las habilidades y actitudes adecuadas para mejorar la relación de ayuda. Cabe aclarar que dicha relación es un proceso continuo tiene como objeto informar, guiar y apoyar y que permite proporcionar el principio de autonomía del paciente, haciéndole partícipe en su proceso, mejorando su satisfacción, confianza y seguridad ^(6,7).

La comunicación es un proceso que precisa la participación del equipo, paciente y familia y que supone dejar a un lado la relación paternalista que a menudo se produce en el ámbito sanitario y centrarse en una relación personalista ⁽⁸⁾, que, por su parte, respeta la libertad del paciente.

Varios estudios afirman que las habilidades de comunicación se pueden enseñar y mejorar y reclaman la importancia de incorporarlas en el cuidado del paciente terminal, puesto que, a menudo, los pacientes perciben una comunicación insuficiente con los profesionales sanitarios ⁽⁹⁾. Es necesario destacar que, pese a que la comunicación puede resultar dolorosa, su ausencia lo es más.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Describir la comunicación como una herramienta de trabajo imprescindible en la atención al paciente terminal y su familia.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Descubrir si una comunicación de calidad tiene efectos sobre el paciente terminal.
- Detallar el papel de enfermería en la comunicación y las destrezas que debe poseer.
- Señalar algunas recomendaciones básicas para realizar la entrevista con el paciente terminal.
- Sugerir el counselling como instrumento terapéutico y considerar la comunicación como un medio para fomentar la expresión emocional.
- Establecer las bases de la comunicación con la familia.

Para la realización de este trabajo y para conseguir estos objetivos se ha realizado una revisión de la bibliografía, buscando artículos en diferentes bases de datos y fuentes bibliográficas como EBSCO, Dialnet, SciELO, Google Académico y Cuiden. Por otro lado, se han consultado diferentes revistas electrónicas y libros relacionados con los cuidados paliativos y la comunicación a través de la biblioteca de enfermería de la Universidad de Salamanca. Para concluir la búsqueda se han consultado páginas web oficiales de asociaciones y sociedades tales como la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

4. DESARROLLO DEL TEMA

4.1. ELEMENTOS Y AXIOMAS

La comunicación es un proceso bilateral en el que intervienen la percepción, la memoria y el procesamiento. Consta de varios elementos (ilustración 1): el *emisor* transmite un *mensaje* formado por *códigos* al *receptor* a través de un *canal*, produciéndose una *retroalimentación* o feedback entre ellos. Este concepto hace referencia a la interactividad entre emisor y receptor y es la condición necesaria para que se lleve a cabo la comunicación. Mediante esta, el receptor transmite cómo le llega el mensaje, si lo entiende o su interés, por lo que se trata de un proceso en el que el emisor y el receptor intercambian constantemente sus funciones. Esta acción se desarrolla en un *contexto* o condición temporo-espacial determinada.

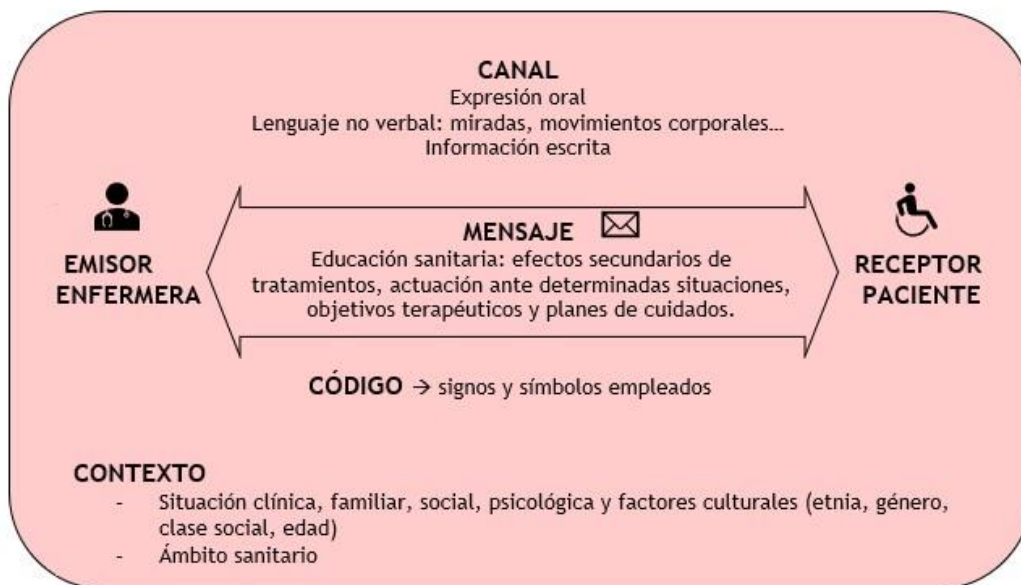


Ilustración 1: elementos de la comunicación ^(10,11)

Cuando se habla de comunicación, es necesario citar las cinco verdades incuestionables de la comunicación o axiomas que describió Paul Watzlawick ⁽¹²⁾ en su teoría de la comunicación:

- **1º axioma:** *es imposible no comunicarse*. Todo encuentro entre dos personas supone una forma de comunicación independientemente de la intención. Vale la pena aclarar que no es necesario hablar para comunicarse; algunos ejemplos de comunicación son el silencio o el lenguaje corporal.

- **2º axioma:** *toda comunicación presenta un aspecto de contenido y de relación.* La interpretación del mensaje depende, no solo del significado de las palabras, sino de la relación que mantengan los comunicantes.
- **3º axioma:** *la naturaleza de una relación depende de la puntuación de secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.* La comunicación es bidireccional, de modo que ambos comunicantes se influyen mutuamente en la relación comunicativa.
- **4º axioma:** *las personas emplean información digital y analógica.* La digital hace referencia a la comunicación verbal y la analógica a la no verbal.
- **5º axioma:** *todo intercambio comunicacional es simétrico o complementario según se base en la igualdad o la diferencia.* Cuando en el intercambio los comunicantes adoptan la misma posición, es igualitario y se considera que es simétrico. Por el contrario, cuando existen diferencias entre los participantes, es complementario.

4.2. EFECTOS DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Se considera que la comunicación es efectiva cuando mejora el estado del enfermo y se adapta a sus necesidades. La calidad en la comunicación reside, entre otras cosas, en la capacidad de adaptarse a las expectativas de conocimiento y a la situación psicológica y actual del paciente. Además, debe ajustarse al curso de la enfermedad sin adelantar acontecimientos, ser concreta y cercana, coherente entre todas las fuentes y esperanzadora, transmitiendo aspectos positivos⁽¹³⁾. Estas cualidades tienen muchas consecuencias sobre el estado general del paciente.

La comunicación no solo permite el intercambio de información (necesaria para el diagnóstico y tratamiento), sino que es fundamental para identificar cómo se alteran las diferentes esferas del paciente y garantizar el bienestar en todas ellas. Además, puede condicionar su sintomatología (puesto que sus síntomas suelen ser de carácter multidimensional y para su correcto control precisan intervención en varios niveles), su estado funcional y dolor⁽¹⁴⁾.

La comunicación terapéutica permite crear una relación de ayuda que facilita que el enfermo transmita sus dudas, inquietudes y emociones, lo que puede servir para

evaluar sus reacciones y temores y así, intentar resolverlos. De esta forma, influye en la asimilación de la enfermedad y disminuye su malestar ⁽¹⁵⁾. Además, contribuye a reforzar aquellas conductas que favorecen su capacidad de adaptación.

Así mismo, permite al paciente y su familia participar en su propio proceso, aumentando su implicación en los cuidados y el cumplimiento del tratamiento (se considera que aproximadamente el 80% de la adherencia terapéutica está basada en una comunicación efectiva), facilitando así la toma de decisiones ⁽¹⁶⁾.

Con ella se pretende que el enfermo se sienta cuidado y acompañado, proporcionándole apoyo y manteniendo una relación basada en la confianza y respeto. De esta manera, evita sentimientos de desesperanza, mejora la autoestima del enfermo y le ayuda a relacionarse con los demás.

Cuando la comunicación enfermero-paciente es inadecuada aumentan los sentimientos de soledad y desconfianza, dificulta que el enfermo utilice sus propios recursos y produce trastornos emocionales, malentendidos, desacuerdos y preocupaciones excesivas ⁽¹⁷⁾, lo que contribuye a aumentar el sufrimiento del paciente.

4.1. TIPOS DE COMUNICACIÓN

Existen dos tipos de comunicación, verbal y no verbal, y debe existir congruencia entre ambas para no perder la credibilidad.

COMUNICACIÓN VERBAL

Este tipo de comunicación está constituida por las palabras empleadas y debe presentar claridad, verosimilitud, precisión y sencillez. Se recomienda adaptar el lenguaje al paciente (utilizar el mismo código que él, adaptándolo a su edad y cultura entre otros factores), emplear frases cortas, utilizar un vocabulario neutro y evitar tecnicismos para que el mensaje sea entendido ^(10,15). En caso de que sea el enfermo el que emplee tecnicismos, la enfermera debe asegurarse de que entiende perfectamente su significado.

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Se ha demostrado que la importancia de la comunicación recae principalmente en la comunicación no verbal (supone entre el 80-90% de la comunicación), que es la que fortalece los mensajes verbales transmitiendo la actitud del cuidado al enfermo ⁽⁴⁾. Mediante el lenguaje no verbal, el mensaje verbal que transmite el profesional será

interpretado de una u otra manera por el paciente, que percibirá, a través de este, la intención de escucharle y ayudarle. Es importante que el paciente descubra en el profesional seguridad en los cuidados, puesto que la atención le acompañará durante todo el proceso de la enfermedad. Para que la comunicación sea efectiva, no solo es necesario que el profesional controle y trabaje su propia comunicación no verbal, sino que, además, debe prestar atención al lenguaje no verbal del paciente para poder entenderle y evitar errores comunicativos ⁽¹⁰⁾. Esta comunicación se expresa mediante los siguientes elementos:

- **Elementos visuales:** la mirada, las expresiones faciales y la apariencia física son formas de comunicación que ponen de manifiesto la actitud. El contacto visual (que es uno de los elementos que más información transmite) debe ser sincero y cálido, puesto que no solo permite conectar con el enfermo, sino que, además, proporciona al profesional información sobre su situación y sentimientos (muchas veces lo evitan por temor, malestar o desazón). Por otra parte, la postura corporal debe ser relajada, confortable y orientada al paciente para mejorar la relación. Conviene recordar que la sonrisa es también una herramienta terapéutica que ayuda a tomar distancia del problema y afrontarlo con otros recursos ⁽²⁾.
- **Elementos vocales o paralingüísticos:** el profesional debe adecuar el tono o volumen de voz, la entonación y la velocidad con la que transmite el mensaje y respetar e interpretar los silencios del paciente (considerando el silencio una respuesta terapéutica). El tono transmite el estado emocional del emisor y permite acercar o separar a la persona del profesional, por lo que, pese a que las palabras empleadas y los argumentos sean buenos, si no es adecuado, la comunicación no será efectiva ^(18,19).
- **Elementos kinésicos:** como los gestos y movimientos de cabeza y corporales. Es recomendable que el profesional asienta con la cabeza cuando habla el enfermo, transmitiendo así su atención y aceptación. Se debe prestar atención a estas manifestaciones para entender lo que expresa el paciente, así como usar el propio cuerpo para crear una comunicación eficaz.
- **Elementos proxémicos** como la proximidad, distancia y orientación del cuerpo. Se recomienda que el profesional se incline y se ponga a la altura del paciente para poder establecer contacto visual (de este modo, el paciente no le mirará desde una posición inferior, y por lo tanto, no se sentirá intimidado), manteniendo una

distancia adecuada y adoptando una posición cómoda ⁽¹⁵⁾. De esta forma, se transmite disponibilidad, que puede servir para aumentar la confianza del enfermo.

- **Contacto físico:** puede ser muy beneficioso para el paciente y permite al profesional transmitir cercanía, apoyo, comprensión, ayuda y tranquilidad teniendo siempre como base el respeto. Es importante detectar previamente mediante el diálogo y entrevista qué pacientes toleran y aceptan ese contacto y qué pacientes perciben este como una invasión del espacio personal y lo rechazan. Son formas de contacto físico las caricias, dar la mano, ejercer presión en el hombro o brazo del enfermo, así como colocarle la almohada, la ropa o cubrirle con una sábana ^(2,19). Las personas enfermas tienen más necesidad de contacto físico, y para que este sea efectivo debe realizarse con espontaneidad, manifestando un sentimiento humano.

Se debe considerar la existencia de una serie de gestos o signos que repercuten negativamente en la comunicación y que el personal de enfermería debe evitar en los encuentros con el paciente o su familia (Tabla 1).

ELEMENTOS NEGATIVOS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL
<ul style="list-style-type: none">· Mantener barreras físicas entre la enfermera y el enfermo.· Permanecer muy alejado del paciente.· Fruncir el ceño.· Levantar las cejas.· Evitar contacto visual con el paciente.· Suspirar.· Resoplar.· Elevar la mandíbula transmitiendo superioridad.· Rigidez corporal.· Realizar sonidos con las manos.· Realizar movimientos que expresen desacuerdo (negar con la cabeza) o repetitivos (mover continuamente los pies).· Mirar frecuentemente el reloj y estar pendiente de la puerta o ruidos externos.

Tabla 1: elementos negativos de la comunicación no verbal ⁽¹⁹⁾

4.1. ACTITUDES PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN

Para garantizar una comunicación adecuada es necesario que el profesional, además de poseer conocimientos teóricos, desarrolle, entrene y adquiera las habilidades que se muestran a continuación.

EMPATÍA

Es la habilidad de comprender y transmitir comprensión a la persona a la que se ayuda (siendo, por tanto, una disposición unidireccional) ⁽¹⁷⁾. Se trata de una intervención afectiva y solidaria que precisa atención y que aporta veracidad y confianza a la relación. Haciendo uso de la empatía, se logra aumentar el nivel de autoestima del paciente, mejorar la calidad asistencial y ayudar a la persona a manifestar sus emociones para que tomen consciencia de ellas ^(8,14). Para conseguir una intervención empática es necesario distinguir las emociones, expectativas y deseos de la otra persona, detectar su origen y, por último, manifestar tanto de forma verbal como no verbal que se le comprende. Con esto no se pretende que el profesional viva los mismos sentimientos que el paciente, sino que los capte de la misma forma que son percibidos por la otra persona, adoptando su modo de ver las cosas y respetándolo ⁽¹⁷⁾. Algunas respuestas empáticas son “comprendo que esta noticia le haga sentir mal”, “entiendo que tenga razones para sentirse así”. En última instancia, es importante dejar claro que no se debe relacionar la empatía con la simpatía, puesto que esta última es un fenómeno que suele acompañarse de sentimientos de lástima.

ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Aceptar a la persona y su experiencia. Se manifiesta respetando la expresión de sentimientos y acogiendo sus respuestas con interés, sin mostrar rechazo, evitando hacer juicios de valor. Esta aceptación no supone que el profesional considere sus reacciones “buenas”, únicamente que las respete ⁽¹⁴⁾.

SABER ESCUCHAR O ESCUCHA ACTIVA

Es una estrategia que permite obtener información sobre los sentimientos, dudas y preocupaciones del enfermo, entendiendo qué le pasa y determinando la actuación. Esta actitud puede ser aprendida y demuestra interés, aceptación y comprensión global del enfermo ⁽¹⁵⁾. En ella participan la sensación, interpretación, evaluación y respuesta (S.I.E.R), permitiendo entender al enfermo para, después, transmitir que el profesional ha comprendido lo que quería transmitir, por lo que es necesario la integración de la

empatía y el respeto de los silencios (puesto que, a menudo, en esas pausas, el paciente tiene pensamientos dolorosos que son difíciles de verbalizar) ^(17,19).

En este proceso activo interviene tanto el lenguaje verbal (comprender sus palabras) como el no verbal (valorar la coherencia con lo expresado verbalmente), por lo que es preciso el uso de varios sentidos para poder hacer una valoración: detectar cambios bruscos en la conducta del enfermo, temas que evita (las omisiones pueden poner de manifiesto problemas del paciente), el tono y timbre de voz empleados (pueden expresar miedo, tristeza o enfado entre otros) o la búsqueda de contacto físico cuando tiene miedo y necesita tranquilidad. De esta forma, se puede conocer lo que es importante para el paciente para orientar la intervención asistencial.

Para que el paciente perciba la disponibilidad del enfermero, es recomendable promover mediante gestos y palabras que el paciente continúe contando y expresando sus sentimientos y evitar interrumpir, inducir respuestas o terminar las frases del enfermo, sacar conclusiones precipitadas y presuponer las cosas ^(17,20). En el medio sanitario, con frecuencia, se presuponen las necesidades del enfermo en lugar de escucharle, porque esta habilidad, a menudo, genera ansiedad en los sanitarios.

Con el objeto de mejorar el proceso de escuchar, se recomienda disminuir el deseo de hablar (dejar hablar a los demás es la base de la escucha activa), ser amable y comprensivo y demostrarlo, adaptarse a los términos del enfermo, prepararse para hablar del tema más relevante, comprender la situación de la persona y tener voluntad de que la escucha tome protagonismo en el proceso de comunicación, y no únicamente la expresión oral ⁽¹⁹⁾.

AUTENTICIDAD O CONGRUENCIA

Supone manifestar coherencia entre lo vivido y lo sentido. Esto conlleva a experimentar en el interior lo que se transmite exteriormente y, para ello, es necesaria una adecuada comunicación con uno mismo y con los demás ⁽²¹⁾.

Además, es muy importante individualizar la atención (facilitando que el paciente se implique en su cuidado), tener sensibilidad al sufrimiento y aprender a gestionarlo ⁽²²⁾. Por otra parte, conviene dejar a un lado sentimientos como la pena o la lástima, puesto que dificultan la comunicación y el acompañamiento.

4.1. PROBLEMAS DE LA COMUNICACIÓN

Algunos de los factores que impiden una correcta comunicación son un ambiente inapropiado (lugares ruidosos o con mucha gente y la existencia de muchos motivos de distracción en el ambiente), la falta de tiempo (muchas veces derivada de la excesiva carga de trabajo que impide dedicar el tiempo necesario a cada paciente) y dificultades derivadas del idioma o de la cultura ⁽⁹⁾.

Sin embargo, otros problemas están directamente relacionados con el personal de enfermería y se puede trabajar para evitarlos. Algunos errores derivan de:

- La falta de habilidades para la comunicación y manejo de emociones, dando lugar a actitudes no terapéuticas como la escucha superficial.
- Cansancio personal.
- Establecer una relación enfermera-paciente basada en un modelo paternalista.
- Un escaso conocimiento de lo que desea saber el paciente y lo que es mejor para él.
- Fallos producidos en la entrevista como impedir que el paciente tome la iniciativa de la conversación (imponiendo los tiempos) y que participe de forma activa en ella, así como el uso de mentiras para no hacer daño.
- Temores del personal sanitario: algunos profesionales adoptan una actitud evitativa y establecen barreras en la comunicación para protegerse, por lo que, para que sea adecuada, es necesario eliminar esos miedos. Es común que sientan frustración e impotencia ante la muerte, inseguridad, sufrimiento por experiencias personales previas, intranquilidad interna, temor a perjudicar al paciente, a determinadas preguntas, a manejar ciertas situaciones o a no estar a la altura y miedo a sobreimplicarse o ser incapaz de controlar las emociones.

Todos estos factores ^(9,17,21) deben tenerse en cuenta y ser corregidos por su repercusión negativa en la comunicación.

4.2. ENTREVISTA

Para establecer una actuación adecuada se deben establecer las bases de la comunicación, entre las que destacan:

- Ante todo, la enfermera debe aprender a gestionar sus sentimientos y perder el miedo a hablar de emociones, reconociendo la vulnerabilidad propia. Es común que los enfermeros muestren fragilidad emocional (que deben reconocer como algo positivo e interiorizarlo sin ocultarlo al resto) y frustración, por lo que es esencial que reconozcan sus propias limitaciones, revisen el plan de actuación y se centren en el cuidado del paciente ⁽²⁾.
- La base de la conversación será el respeto de los derechos del paciente (que tiene derecho tanto a conocer la verdad como a no hacerlo) y la confidencialidad ⁽²⁰⁾.
- Considerar al paciente como una persona frágil y con muchos temores, que puede verse desestabilizada con la mínima expresión y en la que todo influye en su estado anímico ⁽²⁾.
- Identificar y respetar su ambivalencia, tanto afectiva (cambios anímicos) como informativa (desean conocer la verdad, pero no están preparados para recibir malas noticias) ⁽²⁰⁾.
- Tener en cuenta que la entrevista está determinada por el paciente, que tomará la iniciativa indicando qué quiere o necesita saber en cada situación y el ritmo, límites, cantidad y profundidad de la comunicación ⁽¹¹⁾. Los pacientes necesitan tiempo para asimilar la situación y los cambios que debe ser respetado.
- La actuación a seguir debe ser consensuada con todo el equipo sociosanitario ⁽¹⁷⁾.

La enfermera es la profesional que más tiempo pasa con el paciente y, en muchas ocasiones, es un medio de unión entre el médico y el paciente, por lo que debe construir una comunicación basada en la sinceridad, confianza y comprensión ⁽¹⁹⁾. El presente punto tiene como objeto sugerir algunas recomendaciones para realizar una entrevista de calidad.

Antes de iniciar la conversación, el personal de enfermería debe **informarse** de la **situación** del enfermo, conociendo, si es posible, el contexto, el estado general y la situación clínica y sociofamiliar. Puede ser útil revisar la historia clínica para conocer

la trayectoria de la enfermedad y tratamientos actuales o pasados e intercambiar información con otros profesionales o su familia. De esta forma, se puede adaptar la conversación al momento y personalizar la interacción ⁽²⁾. En la entrevista, la enfermera debe identificar lo que sabe y lo que desea saber el paciente, reconocer su estado emocional, personalidad y capacidad de adaptación y tener en cuenta la fase de aceptación en la que se encuentra el paciente y sus expectativas ⁽¹¹⁾.

La enfermera debe escoger un **ambiente** cómodo, aislado, tranquilo (evitando pasillos y salas de espera) y en un momento en el que el paciente no esté desarrollando otras actividades como comer. Es importante que el paciente perciba que la enfermera no tiene prisa, por lo que, siempre que se pueda, se recomienda que esta se siente en una silla o en la cama pidiendo siempre permiso para acercarse. En relación con el entorno del paciente, es importante hacer uso de la observación: analizar cómo está distribuida la habitación, qué objetos tiene cerca o si está solo o acompañado permite obtener información sobre sus recursos y proceso.

Para que se establezca la relación enfermera-paciente, se debe comenzar por el saludo y **presentación** de todos los miembros del equipo. Es importante que, al igual que la enfermera conoce al paciente, este sepa con quién está hablando. En este primer momento, se debe saludar también a los acompañantes para que perciban que el tratamiento no solo va dirigido al enfermo, sino también a su familia e identificar al cuidador principal (permitir que el enfermo esté acompañado de las personas que desee). La enfermera puede aprovechar y pedir permiso para un acercamiento *¿me permite acercarme para ver ese libro?*. En este momento hacer bromas o contar anécdotas relacionadas con el enfermo (su ciudad natal, por ejemplo) ayudarán a que se relaje y perciba que importa en su totalidad y evitar que se sienta *cosificado* ⁽²⁾. Varios autores recomiendan que en el primer encuentro la enfermera se interese por la vida personal del paciente y su familia, conociendo su trabajo o aficiones para que el paciente perciba interés. Posteriormente, se puede realizar la historia de enfermería^(11,19). Conviene recordar que el objetivo de la primera entrevista con el paciente no es conocer toda la información, sino establecer las bases de la relación y transmitir el apoyo continuo que tendrá por parte del equipo sanitario ⁽⁸⁾. Será, por tanto, en los encuentros posteriores en los que se profundice en determinados aspectos.

Se debe tratar de iniciar el diálogo de una **forma abierta** para permitir que sea el paciente el que oriente la conversación hacia aquello que más le preocupa. Posteriormente, si se desea abordar otros temas, se centralizará y focalizará la conversación en ellos, reconduciendo la conversación ⁽¹⁹⁾. De este modo, se puede comenzar con preguntas para conocer las necesidades como *¿Cómo está hoy? ¿Qué le ha pasado por la cabeza esta mañana?* tratando de mantener un tono de voz cálido y suave.

La enfermera debe mostrar **empatía** y prestar atención al **lenguaje no verbal**, manteniendo siempre el buen humor. Es fundamental **escuchar** al enfermo respetando el silencio útil para poder entender sus síntomas, permitir que la entrevista dure el tiempo necesario para conocer todos los matices que están detrás de cada uno de ellos y pedir opinión ⁽²⁾. Se puede hacer uso de algunas técnicas como:

- Preguntar a qué atribuye las cosas.
- Facilitación: estimular al paciente a seguir hablando mediante el uso de silencios o gestos y palabras (*continúe, es muy interesante lo que me está diciendo*).
- La reconceptualización, que consiste en dar una interpretación positiva a los síntomas del paciente (*la tristeza facilita la expresión de sentimientos*).
- La paráfrasis, que supone repetir lo que el enfermo ha dicho con otras palabras para que este recapite sobre ello (invitándole a reflexionar) y, al mismo tiempo, permite indagar en determinados aspectos, aunque es difícil hacerlo con naturalidad ^(11,15).

La enfermera debe ser **creíble** y decir la **verdad** de forma gradual para no perjudicar al paciente y permitir que la vaya aceptando progresivamente. Se tendrá en cuenta lo que es mejor para él, sus necesidades y demandas, comenzando por lo positivo y valorando si el paciente está preparado para recibir la verdad y evitar falsas promesas. Para que no sea nociva, es necesaria la prudencia y delicadeza, puesto que no supone decir al paciente todo lo que se piensa. En este momento se debe prestar atención al lenguaje no verbal puesto que a través de él suelen manifestar si desean saber más o no. Además, debe estimular pensamientos y sentimientos **positivos**, transmitiendo al enfermo **esperanza** sin distanciarse de la realidad y garantizando continuidad de cuidados ^(17,21). En el paciente terminal la esperanza no va orientada a la curación, sino

a objetivos a corto plazo, como la disponibilidad tratamientos que puedan paliar su sintomatología y, de este modo, aliviar su sufrimiento.

El personal de enfermería tratará sin miedo **preguntas difíciles**, ofreciendo respuestas realistas pero que terminen siempre de forma positiva. La muerte no debe ser el único tema de la conversación, por lo que en ocasiones será necesario que la enfermera reconduzca la conversación. Antes de dar por finalizada la entrevista, se debe dar la oportunidad al paciente de que **pregunte** o exprese algo **más** *¿nos hemos dejado algo olvidado?* ^(2,9), porque muy pocas veces comienzan diciendo todo lo que quieren expresar, por lo que es necesario estimular el diálogo para explorar nuevos problemas.

Al final de la conversación, se puede repetir la información más importante, preguntar si ha comprendido y realizar un resumen para que el paciente perciba que el profesional ha prestado atención ⁽¹¹⁾. En última instancia, el paciente tiene que ser consciente de que existe una continuidad asistencial y un compromiso personal que permitirá que esté acompañado a lo largo de todo el proceso.

En el desarrollo de la entrevista es importante evitar algunos aspectos que derivan en una comunicación inadecuada (tabla 2).

RESPUESTAS Y ACTITUDES NO TERAPÉUTICAS
Múltiples preguntas a la vez (dificultan la atención y agobian al paciente sin respetar sus tiempos).
Uso de preguntas que condicionan las respuestas.
Imposiciones (es preferible dar opciones para que el enfermo participe de forma activa en su cuidado).
Uso de frases que no consuelan y cerradas: “no se preocupe por eso” “no hay motivo para preocuparse” (reducen importancia de sus sentimientos).
Mensajes contradictorios o que no sean positivos.
Negar su sufrimiento o reprimir la expresión emocional y su impacto.
Juzgar o discutir.
Generalizar.
Desacreditar.
Imponer criterios o valores personales.
Proporcionar mucha información seguida que deriva en olvidos.

Tabla 2: respuestas y actitudes no terapéuticas ^(19,20)

4.1. COUNSELLING

El counselling es un instrumento clínico muy útil en el contexto clínico. Es un modelo de relación basado en la psicología humanista de Carl Rogers y Robert Carkhuff que permite una comunicación efectiva con el paciente terminal con el fin de aliviar el sufrimiento de él y su familia favoreciendo la adaptación al proceso ⁽²⁰⁾. Se puede hacer referencia a él como relación de ayuda o consejo asistido y tiene como objetivos disminuir el coste emocional y la vulnerabilidad, aumentar los recursos (externos e internos) y el grado de satisfacción y cuidar tanto al cuidador principal como al sanitario ⁽⁶⁾.

Se trata de un proceso interactivo que respeta la autonomía del paciente eliminando la imposición y la aseveración (y por tanto la manipulación) y que se fundamenta en el principio de beneficencia no paternalista ⁽¹⁷⁾. Se trata, por tanto, de un modelo democrático.

Entendiendo el counselling como una forma de relación de ayuda se distinguen dos participantes en ella que interactúan entre sí. Por un lado, está la persona que precisa ayuda (el paciente) y presenta un problema y por otro, el ayudante o counsellor (la enfermera), que orienta al paciente para que encuentre por sí mismo la solución a sus problemas ⁽¹⁴⁾. De esta forma, no es la enfermera la que busca la solución al problema del paciente (eliminando así el control externo que habitualmente se emplea en el marco clínico) sino que mediante el uso de la pregunta promueve la capacidad del enfermo de buscar respuestas y decidir por sí mismo, confiando en la persona ⁽⁶⁾.

Para llevarlo a cabo, se emplean preguntas abiertas y focalizadas que hacen que el enfermo reflexione sobre los problemas y tome las decisiones que considere apropiadas para afrontarlos en base a sus valores (teniendo cuidado de no cambiarlos) y utilizando sus recursos ⁽¹⁴⁾.

El counselling se compone de conocimientos técnicos, actitudes (la empatía, aceptación incondicional y veracidad) y estrategias relacionales, entre las que se encuentran la comunicación asertiva, estrategias personales de autorregulación (para evitar la impulsividad y costumbres) y de resolución de problemas.

En una sesión de counselling, la enfermera comenzará por identificar la situación y patología del paciente junto con sus problemas, necesidades y temores. Mediante la

empatía fomentará la expresión de emociones y ayudará a establecer un orden de prioridad de las preocupaciones. Ayudará al paciente a detectar recursos tanto externos como internos, proporcionará información y posteriormente valorará junto con él las posibles alternativas, ayudando en la toma de decisiones basándose siempre en los valores e intereses del paciente y no en los propios ⁽⁶⁾. Tras ayudar a clarificar y tomar decisiones, se consultará a los familiares si se dispone del consentimiento del paciente.

En esta relación se trata de explorar las emociones del paciente para que, en última instancia, el personal sanitario ofrezca **apoyo emocional** al enfermo y su familia. En la exploración de las emociones del paciente se pueden dar cuatro niveles de interacción (Tabla 3), siendo el cuarto el que se espera alcanzar.

<i>Nivel</i>	Intercambio emocional
<i>Nivel 0</i>	No existe expresión emocional.
<i>Nivel 1</i>	El paciente ofrece pistas de sus sentimientos en relación con un problema. El profesional impide la expresión emocional ofreciendo soluciones prematuras.
<i>Nivel 2</i>	El paciente comparte sus emociones. El profesional, sin profundizar en ellas, hace saber al paciente mediante preguntas que entiende su estado anímico.
<i>Nivel 3</i>	El paciente expresa sus emociones. El profesional le ayuda a enfrentarse y adaptarse a ellas.

Tabla 3: niveles de interacción emocional ⁽²⁰⁾

Las emociones reprimidas producen desgaste y por ello es importante fomentar su expresión para encontrar el alivio. El paciente puede manifestar reacciones de rabia y enfado o tristeza y llanto. Sus enfados no deben considerarse como algo personal y en estos momentos, el personal de enfermería debe estar preparado para recibir críticas y solicitar cambios de conductas no deseadas desde la persuasión (argumentando razones) y no desde la imposición. Ante el llanto del enfermo es recomendable acompañar y guardar silencio, prestando especial atención a la comunicación no verbal; el enfermo se siente en confianza y está tomando conciencia de que se

encuentra en un momento crítico ^(2,23). Es importante transmitir al paciente que estar mal puede servir para expresar y aliviar su dolor (tiene derecho a estar así).

Por otra parte, es importante señalar que la existencia de burnout o desgaste profesional afecta negativamente a la comunicación con el paciente y dificulta el apoyo emocional. Es consecuencia del estrés laboral y produce cansancio emocional, despersonalización (producida por el agotamiento de recursos emocionales) y disminución de la realización personal (que da lugar a una autoevaluación negativa y una baja autoestima). Puede estar producido por distintos factores como el trabajo con pacientes terminales, la excesiva carga asistencial, la escasa formación, la falta de habilidades o una comunicación inadecuada con el resto del equipo ⁽²⁾. Es por esto por lo que resulta esencial que exista una adecuada comunicación del personal de enfermería no solo con el paciente, sino también con el resto de los profesionales.

4.2. FAMILIA

El paciente y su familia en el ámbito de los cuidados paliativos son una unidad a tratar. El enfermo encuentra en su familia seguridad y confianza, por lo que se debe considerar a la familia un instrumento terapéutico y una parte activa e indispensable del cuidado que necesita ser cuidada para poder establecer su rol y que, al igual del paciente, necesita adaptarse a la situación. El personal de enfermería debe conocer a la familia, sin juzgarla, y averiguar los principales problemas con los que se encuentra dicha familia para poder intervenir: el impacto emocional, la reestructuración familiar, la incertidumbre, gestión de recursos y preocupaciones existenciales en relación con el cuidado ^(17,20).

Es necesario que la familia perciba desde el principio la disponibilidad de la enfermera para comunicarse con ella ⁽⁶⁾ ya que es una herramienta que permite mejorar el funcionamiento familiar: transmite apoyo emocional y social, facilita el afrontamiento y disminuye la incertidumbre y ansiedad.

Lo primero por parte del personal de enfermería es realizar una evaluación de las necesidades o preocupaciones de la familia para entender mejor el contexto familiar ⁽²⁰⁾. Posteriormente, para establecer una comunicación adecuada es necesario identificar el estilo de comunicación que presenta la familia, su comportamiento y los temores que tienen al comunicarse para favorecer la expresión de sentimientos y emociones ⁽¹⁸⁾.

El diálogo con la familia debe realizarse, al igual que con el paciente, en un ambiente tranquilo y con intimidad. Se debe comenzar con la presentación tanto del equipo como de todos los miembros de la familia y agradecer la asistencia. Es recomendable permitir que empiecen contando lo que saben en relación con el enfermo, para poder adaptar la conversación y plantear objetivos terapéuticos con ella. Además, es aconsejable resaltar el esfuerzo que están haciendo y el valor de su presencia, facilitar recursos cuando se den malas noticias para mejorar su adaptación y hablar de forma clara priorizando los problemas.

A través de la comunicación, la enfermera realizará educación sanitaria, permitiendo la participación y planificación de cuidados, manteniendo la autonomía del paciente siempre que sea posible (pautas sobre alimentación, higiene, cambios posturales y medicación entre otros). Además, es importante ayudar a la familia a identificar las necesidades del enfermo y sus distintos estados anímicos, encontrar lo positivo en el proceso (dar un sentido a la experiencia que están viviendo), despedirse, resolver asuntos pendientes y elaborar duelos saludables. Es importante que la enfermera detecte la claudicación familiar (muy frecuente por la tensión emocional y el estrés que da lugar a un abandono por parte de la familia del enfermo) y facilite la adaptación ^(6,11,20).

En ocasiones, la familia puede desarrollar un modelo paternalista (unidireccional) y evitar que el enfermo reciba información por miedo a las consecuencias, dando lugar a la conspiración del silencio o protección informativa, que puede ser adaptativa (cuando es el propio paciente el que no quiere información o la niega) o desadaptativa (cuando es el equipo sanitario o la familia los que, pese a que el paciente desea saberla, deciden no proporcionársela). En este último caso, el personal de enfermería debe intervenir mediante el diálogo con la familia, advertir de las consecuencias derivadas de la falta de información y ayudar a determinar qué desea saber el paciente y el coste emocional que supone para él. El objetivo es mantener la confianza del enfermo con el equipo sanitario y estimular la comunicación de este con la familia, ayudando a resolver asuntos pendientes y, de esta forma, aumentar el bienestar emocional del enfermo. Por este motivo, no solo se debe abordar a la familia de forma individual, sino que es necesario establecer reuniones con la familia y el paciente para fomentar la comunicación intrafamiliar ^(6,17).

5. CONCLUSIÓN

- 1- La comunicación con el paciente terminal es un instrumento terapéutico indispensable para asegurar unos cuidados de calidad.
- 2- Una comunicación de calidad permite aumentar la eficacia terapéutica de las intervenciones y los tratamientos, por lo que tiene efectos positivos sobre el enfermo. Por el contrario, cuando es inadecuada tiene repercusiones negativas en el enfermo y su familia, contribuyendo a aumentar su malestar.
- 3- Es necesario que el personal de enfermería tenga una adecuada formación teórica e incorpore, aprenda y desarrolle actitudes, competencias y habilidades de comunicación entre las que destacan la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional.
- 4- Existen unas pautas de actuación en la entrevista que el personal de enfermería debería seguir por su utilidad para crear una relación de ayuda basada en la confianza.
- 5- El counselling es una herramienta terapéutica útil que permite que el enfermo haga frente a sus problemas, fomentando la autonomía y toma de decisiones por parte del enfermo.
- 6- La comunicación con la familia debe ser considerada como una parte del cuidado. El personal de enfermería debe fomentar la comunicación familia-paciente para poner fin a problemas como la conspiración del silencio o la claudicación familiar.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2018 [citado 15 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Nabal Vicuña M, Pascual López A. Manual de medicina paliativa. 1.^a ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.(EUNSA); 2009.
3. Círculo de lectores S.A. Diccionario manual de la lengua española. Larousse Editorial, S.A.; 1999. 285 p.
4. Círculo de lectores S.A. Diccionario manual de la lengua española. Larousse Editorial, S.A.; 1999. 649 p.
5. Fernández Peris S. La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. Panace@ Rev Med Leng y Traducción [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2020];17(44):111-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=5794530>
6. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 1.^a ed. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. SECPAL. 2002 [citado 25 de enero de 2020]. p. 1-52. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
8. González Otero J, Stablé Duharte M. Cuidados paliativos: Recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
9. Povedano Jiménez M, Catalán Matamoros D, Granados Gámez G. La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos =The communication of health professionals in palliative care. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2014 [citado 27 de enero de 2020];5(2):78-91. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3335/1987>

10. Campos Palomo LD, Campos Palomo ÁD. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2012 [citado 2 de febrero de 2020];3(2):133-46. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3378/2030>
11. Amblàs J. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, Calsina-Berna A, editores. Barcelona: Elsevier; 2014.
12. Inio A. Comunicación Terapéutica: Requisitos fundamentales para acompañar emocionalmente al paciente paliativo y su familia. [Internet] [Trabajo Fin de Máster]. RECERCAT (Dipòsit de la Recerca de Catalunya). Universitat Internacional de Catalunya; 2014 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/243032>
13. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. Atención Primaria [Internet]. 2002 [citado 13 de febrero de 2020];30(7):463-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656702790732>
14. Bermejo JC, Díaz-Albo E, Sánchez E-J. Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. 1.^a ed. Centro de Humanización de la Salud, editor. Madrid: Cáritas Española Editores; 2011.
15. Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García-Baquero Merino MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2012.
16. Plan Nacional para el SNS del MSC, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet]. 1.^a ed. Madrid: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/Guia_de_practica_clinica_sobre_Cuidados_Paliativos_del_SNS_2008.pdf

17. Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C, Astudillo Alarcón E. Medicina paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. 5e. ed. co. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA); 2008.
18. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Univ [Internet]. enero de 2016 [citado 10 de febrero de 2020];13(1):55-60. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/107>
19. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 3 ed. co. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.(EUNSA); 1997.
20. López Imedio E. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 1998. 221-235 p.
21. Bondyale Oko TM. Enfermería en cuidados paliativos. 1.^a ed. Difusión Avances de Enfermería, editor. Madrid; 2007.
22. Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer = Communication in the aid relationship to the nursing patient: knowing what to say and to do. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2020];3(2):147-57. Disponible en: <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3379>
23. Jiménez López FR, Román López P, Díaz Cortés M del M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo. 1.^a ed. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2017.