



# Comunicación en cuidados paliativos

Autora: Susana Lúa Nava, paliativista clínica y directora del asilo Santísima Trinidad, Guadalajara, Jal.

**P**ara la mayoría de los médicos es muy difícil establecer una comunicación abierta con el enfermo terminal. La muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen directa o indirectamente a evitar la comunicación con el paciente y su familia, por lo que resulta necesario vencer la ansiedad, el miedo, la posible sobreidentificación y el desconocimiento de algunas respuestas.

Comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene, ya sea información, sentimientos, pensamientos o ideas. Los objetivos de la comunicación son informar, orientar y apoyar. Asimismo, sus componentes son:

- a) Mensaje: algo que transmitir.
- b) Emisor: alguien que lo transmite.
- c) Receptor: alguien que lo recibe.
- d) Código: lenguaje.
- e) Canal: oral, escrito, telefónico, no verbal.

El lenguaje no verbal incluye:

- Posición de pie o sentado.
- Lugar (un pasillo o una habitación privada de preferencia).
- Dirección de la mirada.
- Atención y escucha.
- Tiempo dedicado.
- Actitud.
- Contacto físico.
- Contacto ocular.
- La expresión facial.
- Los movimientos de la cabeza.
- Postura y porte. ➔

## Referencias bibliográficas

1. Faulkner, A. ABC of palliative care: communication with patients, families and other professionals. *BMJ* 1998;316:130-132.
2. López Imedio, E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid, Panamericana, 1998.
3. González Barón M. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid, Panamericana, 1996.
4. Gómez Sancho M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPPS, 1998.

- Proximidad y orientación.
- Apariencia y aspecto físico.

La habilidad en la comunicación implica: escucha activa, empatía, evitar paternalismo, evaluar grado de información e identificar lo que sabe, lo que quiere saber y lo que le preocupa, así como evitar una excesiva emoción.

### **Conocimiento de la verdad**

Es necesario conocer la historia emocional previa del paciente, lo cual dará la pauta para elegir la forma de manejar la información; no es lo mismo darle la mala noticia a una persona que tuvo un intento de suicidio previo a uno que no lo tenga. El conocimiento de la verdad supone para el individuo: conciencia de la propia mortalidad, separación del pasado y la idea de que el presente debe vivirse intensamente y de que el futuro es una incertidumbre.

Por otro lado, la información de la verdad por parte del médico supone: la legitimación de su desconocimiento, que se vea como verdugo, que debe hacer frente a las nuevas demandas (apoyo psicoemocional permanente) y que sea receptor de angustias y agresiones (solicitud de protección y no abandono, conocimientos del control de síntomas).

Para comunicar la verdad se requiere más de una entrevista a fin de lograr un proceso de maduración. Además, se debe contar con el tiempo suficiente para llegar a conocer al paciente, a su familia y al ambiente que lo rodea. La información debe darse de forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del enfermo. Es importante que nunca se quite la esperanza a pesar de que se dé mucha información.

### **Las malas noticias**

Las malas noticias son aquellas que alteran las expectativas de futuro de la persona. El grado de maldad está definido por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación. Las malas noticias nunca suenan bien. A continuación se menciona cómo se debe dar esta clase de información.

- La honestidad del mensaje nunca debe cambiarse para mejorar su aceptación. Es importante mantener una esperanza real.
- Tras pronunciar palabras como cáncer, muerte o *no hay más que hacer*, la persona no puede recordar nada de lo que se diga después (bloqueo posinformación).
- El paciente olvida 40% de la información recibida, especialmente si se le han dado malas noticias.
- No se debe presuponer lo que le angustia al paciente.
- Se debe alargar el tiempo de transición entre el sentirse sano y el sentirse gravemente enfermo.
- Hay que dar síntomas en vez de diagnósticos.
- No es válido mentir.
- Es imprescindible preguntar inmediatamente después: ¿cómo se siente?, ¿por qué?, ¿qué otras cosas le preocupan?
- No hay que olvidar comprobar las emociones evocadas, tranquilizar al enfermo y cerrar la entrevista.

Quien da las malas noticias debe tener muy claro que sólo el paciente puede indicarnos lo que quiere. De igual forma, es esencial devolverle la pregunta ¿por qué lo pregunta?, evaluar las razones de por qué lo pregunta y valorar si está en condiciones de poder escuchar. **DOLOR**

*Agradecemos al Hospital Civil de Guadalajara por las facilidades otorgadas para la publicación de este trabajo.*