



COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE- FAMILIA: MUCHO MÁS QUE PALABRAS

YAIZA MORENO MARTÍN

Psicóloga General Sanitaria

Posgrado en Psicooncología

Especialista Vivir un Buen Morir

Psicóloga de la Asociación de Cáncer
de Mama de Tenerife (ÁMATE)

#13congresogepac



13º CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Las grandes historias comienzan aquí...

Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

16-18
noviembre
de 2018

CONTENIDO

1. OBJETIVO PRINCIPAL

2. INTRODUCCIÓN

3. ASPECTOS GENERALES

4. COMPONENTES BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN

5. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

6. SITUACIONES DIFÍCILES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

7. INDICIOS PARA DERIVAR A UN PSICOONCÓLOGO

1. OBJETIVO DE LA CHARLA

**Objetivo principal: conocer los principios
generales de la comunicación con el paciente
oncológico**

2. INTRODUCCIÓN

2.1 IMPACTO PSICOSOCIAL DEL CÁNCER

El diagnóstico de un cáncer puede producir **cambios psicológicos importantes** en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido... y de un sinfín de factores más.

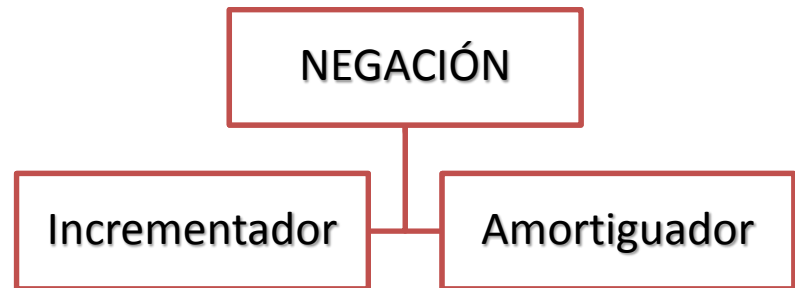
Por tanto, la experiencia con el cáncer difiere en cada paciente y en cada familia.

También encontraremos diferentes reacciones emocionales y necesidades dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente.

2.1 IMPACTO PSICOSOCIAL DEL CÁNCER

Así, encontraremos las siguientes reacciones emocionales principalmente:

- Recién diagnosticad@:
 - Miedo, ansiedad, dudas, avidez o rechazo de información (negación)
- En fase de tratamiento:
 - Negación, ira, incertidumbre
- En fase libre de enfermedad
 - Incertidumbre, miedo a recidiva



2.2 COMUNICACIÓN: proceso por el cual se comparten e intercambian los significados entre individuos a través de un sistema común de símbolos como el lenguaje, los gestos o los signos

- Es un proceso bidireccional.
- Implica información, pero va más allá de ésta.
- La comunicación auténtica **respeto y expresa la verdad**.
- Representa el intento de unificar dos organismos, así como el intento de salir de la propia soledad interior.

LOS PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN:

- Constituyen una de las fuentes más importantes de dificultades interpersonales.
- La falta de comunicación es un factor importante en quejas médicas y en litigios.

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

La buena comunicación entre los pacientes de cáncer, los familiares que los cuidan y el equipo de atención de salud es muy importante para la atención del cáncer, pues **ayuda a mejorar el bienestar del paciente y su calidad de vida.**

La comunicación médico-enfermo influye no sólo en la relación que mantengan entre ellos, sino también en el tratamiento médico (facilita o interfiere en la adhesión a la terapia médica prescrita) **y la toma de decisiones;** y puede afectar el **estado anímico** del paciente durante el curso de la enfermedad.

3.1 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

Las **metas** de una buena comunicación en la atención del cáncer incluyen:

- Establecer una relación de **confianza** y respeto entre el paciente, los familiares que lo cuidan y el equipo de atención de salud.
- **Empatía** del equipo sanitario con el paciente y sus familiares.
- Aceptación, por parte de los especialistas, de las **preocupaciones y temores** del paciente.
- Ayudar a que el paciente, los familiares y el equipo de atención de salud **compartan** información entre ellos.

3.2 REQUISITOS NECESARIOS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Ser conscientes del **impacto** que podemos tener sobre el paciente.
- Superar el temor a ser culpados por transmitir la información, así como el sentimiento de fracaso por no poder manejar mejor la situación muchas veces.
- Aprender a manejar las reacciones emocionales de los pacientes.
- Preparar adecuadamente la entrevista inicial.
- Asegurarse de que el paciente ha entendido la información.
- Tomar conciencia de las **necesidades** del paciente tras la primera entrevista con él.

NECESIDADES: varían enormemente de un paciente a otro y durante el curso de la enfermedad.

3.3 POR QUÉ SE VE ALTERADA LA COMUNICACIÓN

1. Muchas veces los esfuerzos del personal sanitario se centran exclusivamente en el cáncer: salvar la vida del paciente y controlar los síntomas. Sin tomar en cuenta un **acercamiento multidisciplinar** que englobe también **factores psicológicos y sociales**.
2. En ocasiones nos encontramos con actitudes paternalistas y abuso de poder en el personal sanitario. Aquí el paciente se limita a escuchar pasivamente y a seguir las recomendaciones médicas sin cuestionarlas y con total resignación acerca de la **cantidad de información** que el profesional decide transmitir.
3. Muchos profesionales se distancian emocionalmente del enfermo como mecanismo de defensa para no sobreimplicarse .
4. Por último, la comunicación puede verse alterada por la ausencia de habilidades comunicativas hacia los pacientes.

En oncología, por desgracia, la comunicación de malas noticias es muy frecuente, y poseer habilidades comunicativas es imprescindible.

3.4 LA INFORMACIÓN

Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). Capítulo II. El derecho de información sanitaria.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su **voluntad de no ser informada**. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La **información clínica** forma parte de todas las actuaciones asistenciales, **será verdadera**, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto **también serán responsables de informarle**.

3.4 LA INFORMACIÓN

Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). Capítulo II. El derecho de información sanitaria.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
(...)



3.5 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO

“Los enfermos, sobre todo los enfermos graves e incurables, necesitan la palabra confortante de su médico, y necesitan ser escuchados por su médico, quien con mucha frecuencia olvida que la palabra, el diálogo, es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazable por ningún aparato”.

Gómez Sancho

- Médico: en él depositan su vida, sus esperanzas e ilusiones. El equipo de enfermería es igualmente importante.
- Los familiares no siempre constituyen fuentes adecuadas de comunicación durante la enfermedad:
 - pueden proyectar sus propios miedos y angustia
 - temor a dañar al paciente si son sinceros con respecto al cáncer
 - incapacidad para tolerar el sufrimiento y las lágrimas del enfermo
- Además, muchos pacientes son reacios a solicitar ayuda de un profesional en salud mental.

4. COMPONENTES BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

“Nos han sido dadas dos orejas, pero en cambio una sola boca, para que podamos oír más y hablar menos”

Zenón de Elea (hace veinticinco siglos)

- Escucha activa: atención a los mensajes verbales y no verbales y a los pensamientos y sentimientos manifiestos y subyacentes de la persona que habla.
- Con ella demostramos al otro que estamos vitalmente interesados en ayudarlo.
- Para escuchar es necesario observar: observar el nivel de energía que emite el otro, sus sentimientos y su grado de congruencia externa (si realmente es como aparenta ser).
- Muchas veces se considera (erróneamente) que escuchar es un proceso natural y se dedica poco tiempo y esfuerzo a practicar y mejorar esta habilidad.

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

- Bloqueos automáticos de la capacidad que un individuo tiene para escuchar:
 - ansiedad y temores;
 - prejuicios morales, primeras impresiones;
 - superficialidad, tendencia a juzgar, etc.



4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

1. PERCEPCIÓN DE MENSAJES VERBALES

- Los mensajes verbales pueden estar compuestos por contenidos cognitivos (información y las palabras que transmiten), afectivos (incluye emociones, actitudes y conductas) o una mezcla de ambos.
- La recepción de mensajes verbales implica la comprensión de su contenido cognitivo y afectivo, y la capacidad para diferenciar ambos.
- Si sólo respondemos al contenido cognitivo, nunca profundizaremos en las emociones subyacentes de quien emite el mensaje.



4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

1. PERCEPCIÓN DE MENSAJES VERBALES

a) CONDUCTAS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN

- Lenguaje sencillo y claro
- Repetir y aclarar las verbalizaciones
- Utilizar refuerzos verbales: “sí”, “ya veo”
- Proporcionar información de manera adecuada
- Utilizar el humor ocasionalmente para reducir tensión
- No emitir juicios
- Interpretar las frases de manera tentativa
- Mantener una velocidad moderada en el habla
- Emplear un tono de voz que transmita confianza



4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

1. PERCEPCIÓN DE MENSAJES VERBALES

b) CONDUCTAS QUE **INTERFIEREN** EN LA COMUNICACIÓN

- Interrumpir
- Aconsejar
- Reñir
- Calmar
- Culpar
- Dirigir o exigir
- Dar más información de la que el paciente solicita
- Sobreinterpretar
- Utilizar vocabulario especializado o técnico
- Hablar excesivamente sobre sí mismo
- Quitar importancia (“no te preocupes”)
- Mostrarse incrédulo
- Emplear un tono de voz desagradable

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

2. PERCEPCIÓN DE MENSAJES NO VERBALES

- Más de dos tercios de la información que se transmite pertenece al nivel no verbal.
- Mientras las personas se comunican están interpretando patrones de gestos y posturas, expresiones faciales, relaciones espaciales, aspectos personales y características culturales.

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

2. PERCEPCIÓN DE MENSAJES NO VERBALES

a) CONDUCTAS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN



- Contacto visual
- Asentir con la cabeza
- Expresividad facial
- Sonrisa ocasional
- Cercanía física
- Actitud relajada
- Postura abierta
- Gestos ocasionales con la mano
- Orientación corporal: cuerpo dirigido hacia el que habla



4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

2. PERCEPCIÓN DE MENSAJES NO VERBALES

a) CONDUCTAS QUE **INTERFIEREN** EN LA COMUNICACIÓN

- Evitar el contacto visual
- Gestos distractores
- Ceño fruncido
- Distancia física
- Actitud tensa o despectiva
- Postura cerrada (brazos cruzados)
- Bostezos; actitud aburrida
- Orientación corporal: cuerpo no dirigido hacia el que habla

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

Cuando se captan y comprenden los mensajes afectivos del enfermo y se responde adecuadamente a ellos, se transmite no sólo que se aceptan sus emociones, sino también que se le “da permiso” para experimentar y “hacerse dueño” de ellas

- Es importante saber que las emociones pueden agruparse en cuatro categorías básicas: ira, tristeza, miedo y felicidad.
- A veces se expresa tristeza, pero enmascara a la ira, o la ira puede enmascarar al miedo.
- Tan fundamental como escuchar los mensajes afectivos del paciente es identificar nuestras propias emociones para evitar proyectarlas sobre él.

4.1 LA ESCUCHA ACTIVA

PARTE FUNDAMENTAL PARA ACERCARNOS AL PACIENTE:

- Validar su vida, sus miedos, sus preguntas
- La empatía
- La compasión



*«Cuando tu miedo toca el dolor de otro, se convierte en lástima.
Cuando tu amor toca el dolor de otro, se convierte en compasión».*
Stephen Levine

4.2 EMISIÓN DE RESPUESTAS VERBALES Y NO VERBALES

- Es fundamental que los mensajes verbales y no verbales emitidos por los profesionales sean congruentes, que expresen lo mismo.

RESPUESTAS VERBALES QUE PUEDEN **FACILITAR** NUESTRA TAREA DE COMUNICACIÓN:

- Emitir expresiones verbales mínimas
- Parafrasear
- Explorar
- Reflejar
- Aclarar
- Comprobar
- Interpretar
- Confrontar
- Informar
- Resumir

5. OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

5.1 BARRERAS SOCIALES

- Así como le ocurre a muchos pacientes, también los profesionales sanitarios tienen poca oportunidad de compartir con las personas de su entorno detalles de su trabajo diario debido a la reducida tolerancia al sufrimientos que expresan éstas.



5.2 BARRERAS EN EL PERSONAL SANITARIO

- Falta de habilidades de comunicación.
- Tendencia a asumir erróneamente (que se conocen los pensamientos y sentimientos del paciente).
- Miedo a perjudicar al enfermo si se le transmite una mala noticia.
- Miedo a provocar emociones fuertes en el paciente.
- Necesidad de documentar y recoger datos del paciente, lo que dificulta el contacto visual y la capacidad de atención.
- Distanciamiento emocional para protegerse de la carga afectiva que conllevan las interacciones. Es importante que esto se identifique y evalúen los modos de manejarlo.
- Evitar que el paciente exprese sus emociones.
- Cambiar de tema o hablar de cosas neutras.
- Emitir juicios de valor.
- Proyectar los propios sistemas de valores.

5.2 BARRERAS EN EL PERSONAL SANITARIO



Ejemplos

- Médico: *Bueno, doña Ana, a ver si la operamos ya a usted pronto y se olvida de todo esto.*
- Paciente: *Sí... Pero no es la operación lo que me preocupa...*
- Médico (sin dejar acabar a la paciente): *Dentro de unos pocos días estará en su casa con los suyos, y ya ni se acordará de nosotros...*
- Paciente: *Pero me faltará algo muy importante...* (refiriéndose a la mama que se le va a extirpar).
- Médico: *En cuanto salga del hospital, todo será mucho más fácil para usted.*



- Médico: *Bueno, doña Ana, a ver si la operamos ya a usted pronto y se olvida de todo esto.*
- Paciente: *Sí... Pero no es la operación lo que me preocupa...*
- Médico: *Dígame, ¿qué es lo que le preocupa?* (sentándose al lado de la cama de la paciente).
- Paciente: *No quiero entretenerle doctor. A lo mejor son tonterías mías...*
- Médico: *Si le preocupa tanto, seguramente no es ninguna tontería. Ahora tengo un ratito para hablar con usted. Si no nos da tiempo de acabar, continuaremos en otro momento, ¿le parece?*
- Paciente: *Lo más que me preocupa es que me quiten la mama* (comienza a llorar). *Qué aspecto más horrible voy a tener.*
- Médico: *Es efectivamente muy duro que le tengamos que quitar la mama, doña Ana. Entiendo que pueda sentirse tan triste.*
- Paciente: *Además, no sé si le seguiré gustando a mi marido.*
- Médico: *Tiene que ser realmente difícil pasar por esto. ¿Ha hablado de ello con su marido?*

5.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL ENFRENTAMIENTO A LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

- La falta de experiencia con la enfermedad y la muerte en la vida personal, los propios temores a la muerte, la angustia que genera el enfrentamiento diario al sufrimiento, y los valores religiosos cambiantes de la sociedad actual, que impiden muchas veces darle un sentido al sufrimiento y a la enfermedad, son factores que también bloquean la comunicación entre el paciente y el personal sanitario.

6. SITUACIONES DIFÍCILES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

6.1 CÓMO TRANSMITIR LAS MALAS NOTICIAS

- Prepararse para el comienzo de la entrevista.
- Averiguar lo que el enfermo sabe: *“¿A qué piensa que se debe este dolor?” “¿Ha pensado en algún momento que su enfermedad puede ser grave?” “¿Qué información le dio el doctor Pérez cuando le envió aquí?”*
- Averiguar lo que el enfermo quiere saber: *“¿Le gustaría que le diera los detalles de su situación o preferiría que se los diera a alguien de su familia?” “¿Necesita conocer los detalles de lo que está pasando o prefiere centrarse en los planes de tratamiento?”*
Si no desea recibir información: *“Está bien, pero si cambia de opinión sabe que podemos hablar en cualquier otro momento”*
- Compartir la información (pequeñas cantidades para que se puedan ir asimilando).
- Responder a los sentimientos del paciente: *“¿Qué es lo que más le preocupa?” “¿Cómo se siente?” “¿Qué le molesta?”*
- Planificar el futuro y ofrecer un seguimiento.

6.2 SITUACIONES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

- **Pacto o conspiración de silencio:** «acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o personal sanitario con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación» (*P. Arranz, J. Barbero, P. Barreto y R. Bayés; 2003*).
 - Adaptativo: el paciente evita o niega la información.
 - Desadaptativo: el paciente desea conocer su situación, pero la familia no desea que se le proporcione.

- **Negación**
 - Adaptativa: reduce sufrimiento, es temporal y forma parte del proceso de adaptación.
 - Desadaptativa: bloqueo de la comunicación y apoyo social. Impide la toma de decisiones, genera ansiedad. Obstáculo en la aplicación de tratamientos.

6.2 SITUACIONES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

QUÉ PODEMOS HACER ANTE EL PACTO DE SILENCIO

- Evitar que el paciente permanezca fuera de la habitación durante los encuentros con la familia.
- Identificar las fuentes de temor de la familia.
- Explorar cómo piensa la familia que el paciente va a reaccionar ante la transmisión de la información médica y en qué se basan para pensar así.
- Empatizar con la familia y facilitar la expresión afectiva.
- Aclarar que el profesional quiere apoyarlos y tampoco quiere dañar al paciente, pero que no le pueden mentir y además habrá que contestar preguntas que genere el enfermo.
- Anticipar las consecuencias negativas del secretismo e incluso plantearle que esa situación les puede suceder a ellos mismos.



6.2 SITUACIONES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

QUÉ PODEMOS HACER ANTE EL PACTO DE SILENCIO

- Explicar que el paciente está expuesto a múltiples fuentes de información.
- Negociar con la familia y asegurarle que la información no se le impondrá al paciente y se respetarán sus deseos de no querer saber.
- Asegurar a la familia que se la mantendrá informada acerca de la información que se transmita al paciente.
- Aliarse con la familia reconociendo que son ellos quienes mejor conocen al paciente y solicitar su ayuda para facilitar el proceso de información.
- Pedir al enfermo que hable con la familia (cuando el paciente conoce su enfermedad y la familia se niega a reconocerlo).

6.2 SITUACIONES QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

QUÉ PODEMOS HACER ANTE LA NEGACIÓN

- Identificar aquellas conductas, verbalizaciones y planes del paciente que son manifestaciones de negación.
- Respetar la negación siempre y cuando no interfiera con el tratamiento.
- Explorar los conocimientos que tiene el paciente acerca de su situación nos permite averiguar qué información niega.
- Formular las preguntas adecuadamente: las preguntas cerradas aluden a la razón; bloquean y distancian. Las preguntas abiertas no dañan pero tampoco ayudan. La **respuesta empática** transmite comprensión de lo difícil que resulta aceptar la noticia transmitida (validación).



7. INDICIOS PARA DERIVAR A UN PSICOONCÓLOGO

7. INDICIOS PARA DERIVAR A UN PSICOONCÓLOGO

- Pacientes con problemas psicológicos y/o psiquiátricos previos al diagnóstico de cáncer
- Pacientes con poco apoyo social o nulo
- Problemas para adaptarse al diagnóstico, mostrando una negación desadaptativa
- Estado anímico depresivo por un periodo prolongado (anestesia emocional, insomnio, aumento o reducción de apetito...)
- Presencia de ideación suicida o intento autolítico
- Adaptación complicada al tratamiento
- Sobrecarga del cuidador
- Náuseas y vómitos anticipatorios y condicionados
- Problemas familiares de adaptación al diagnóstico y tratamiento
- Problemas de pareja derivados del diagnóstico y tratamiento
- Asesoramiento para dar explicaciones a los hijos acerca de la enfermedad



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

- Datos de contacto:
 - Correo electrónico:
ymoreno.psicologa@gmail.com
psicologia@amate-tenerife.com
 - Teléfono: **636 817 205**