CRONOGRAMA TALLER DE COMUNICACIÓN 18 Y 19 DE DICIEMBRE 2008

Responsables: Pedro T. Sánchez, Lina Adsuara, Ascensión Bellver.
Colaboración: IMPROASISTENCIA.

JUEVES 18 DE DICIEMBRE

- **13:00- 13:30 horas :** Ponencia: Dificultades de Comunicación de un oncólogo en la clínica diaria. **Dr. Ramon de las Peñas Bataller**

- **13:30- 14:00 horas:** Almuerzo de trabajo.

- **14:00- 14:20 :** Presentación del Taller: **Pedro T. Sánchez.** Presentación de los docentes**: Lina Adsuara y Ascensión Bellver.** Dinámica de presentación de participantes: **Ascensión Bellver.** Hoja de autoevaluación de estilos espontáneos de comunicación. **Pedro T. Sánchez.**

- **14:20-15:00 :** Visionado Video "En terapia". Discusión de aspectos relacionales en la comunicación e interrelaciones con usuarios. **Pedro T. Sánchez.**

- **15:00-16:00 :** Representación de sketchs sobre situaciones médicas con pacientes y familiares en el contexto hospitalario por IMPROASISTENCIA. Reflexiones y valoración con los participantes por **Ascensión Bellver y Lina Adsuara.**

VIERNES 19 DE DICIEMBRE

- **13:30- 14:00 :** Introducción a las habilidades de comunicación. **Pedro T. Sánchez.**

- **14:00- 14:30 :** Almuerzo de trabajo

- **14:30-14:50 :**Dinámica de improvisación por IMPROASISTENCIA

- **14:50-17:00 :** Dinámica de role-playing, IMPROASISTENCIA con los participantes, dirección **Ascensión Bellver y Lina Adsuara.**

- **17:00-17:30 :** Conclusiones y cierre de las habilidades de comunicación. **Lina Adsuara.** Auto-evaluación de estilos de comunicación y Cuestionario de Satisfacción.

- Cierre Taller.

AUTOEVALUACIÓN

Rodea con un circulo una de las seis respuestas

CASO 1.- Mujer de 34 años que va a ser intervenida de un cáncer de mama. “Me han dicho que pasado mañana me operarán. Quiero que todo pase pronto, aunque temo no querer mirarme luego al espejo.”

1. Tú descansa. Estás en buenas manos, confía en los cirujanos. Haz lo que ellos digan, y nadie notará nada después.
2. Te preocupa tu aspecto, porque das más importancia a lo que los demás puedan pensar; pero eso no es lo más importante.
3. ¿Ya te ha explicado el cirujano en qué consiste la intervención y las posibilidades que hay de mantener un buen aspecto?
4. Te preocupa cuál será tu aspecto después de la operación y cómo te verán los demás.
5. No tengas miedo, María. El tiempo te va a ayudar a hacer las paces con tu nuevo aspecto.
6. Te preocupas más de tu aspecto que de tu salud, y eso no te conviene en estos momentos. Sé valiente.

CASO 2.- Mujer de 32 años con dos hijos. Lleva ingresada más de dos semanas haciéndole pruebas sin haberle informado de un diagnóstico. “Esto está siendo muy largo. Nadie me dice nada, pero yo sé que no tengo nada bueno.”

1. No te dejes abatir por el desánimo, Julia. El que las pruebas y análisis sean largos, se debe a que las cosas se hacen bien. Pronto estarás en casa y bien tranquila.
2. Crees que después de 2 semanas ya deben saber algo sobre lo que te pasa y no te lo dicen.
3. Lo que tienes que hacer es preguntarle a tú médico y verás como enseguida aclara tus dudas.
4. No tienes que pensar cosas que el médico no te ha dicho. Te informarán en su momento; no te impacientes tanto.
5. La falta de información te hace sentirte más insegura a medida que pasa el tiempo.
6. ¿Ya has preguntado a tú médico si tienen lo resultados sobre lo que te pasa?

CASO 3.- Hombre de 35 años, enfermo de Linfoma de Hodking. Este es su cuarto ingreso. “No se para que me ponen esos goteros. No me sirven de nada.”

1. ¡Venga, anímate hombre! ¿Dónde está el valor que has demostrado siempre? Estos goteros son cada día mejores.
2. No exageres, vamos a ver. ¿Cuándo ingresaste por última vez?
3. Tienes la sensación de que no sirve de nada el tratamiento ¿no es eso?
4. Tú confía en la mejora de los tratamientos y no te angusties por tener que ingresar de vez en cuando.
5. Crees que están haciendo cosas inútiles contigo.
6. Los goteros sirven de mucho, aunque tú no lo creas. Te estás desanimando demasiado y cada vez confías menos.

CASO 4.- Mujer de 50 años con su madre enferma en casa. Lleva un tiempo ingresada con un diagnóstico incierto. “Aquí no me hacen más que pruebas y pruebas. Tengo que ir a mi casa, porque mi madre no puede estar sola”:

1. Sientes impaciencia por volver a casa, al pensar que tu madre te necesita, y crees que tu ingreso va para largo, ¿no?
2. ¿No has encontrado a nadie que te pueda ayudar a tu madre en casa?
3. Confía en que tu madre estará bien atendida e irá mejorando poco a poco, ya verás como pronto estarás con ella.
4. Esperemos que tu madre esté bien, ya verás como pronto estarás con ella
5. No crees necesario hacer tantas pruebas.
6. Sería conveniente buscar a alguien de los servicios sociales que se ocupe de tu madre mientras estés ingresada.

CASO 5.- Joven de 25 años. Cáncer de Mama con mal pronóstico. Sufre un accidente de tráfico. Fractura vertebral que le ha insensibilizado parte de la pierna izquierda. “¿Me voy a quedar paralítica? La gente dice que íbamos bebidos, pero no es verdad. No tuvimos la culpa. Quiero volver a caminar.”

1. Tienes vergüenza, porque te preocupa lo que piensen los demás.
2. ¿No recuerdas a ningún testigo que pueda confirmar si habías bebido o no?
3. ¡Anímate! Esto es lento y pesado, pero siempre termina como un mal recuerdo.
4. Estás preocupada por cómo quedarás y por lo que dicen del accidente ¿Verdad?
5. Las imprudencias al volante pueden llegar a ser muy graves.
6. Pienso que seria bueno que, mientras estés aquí, alguien se ocupara de todo el papeleo para que se aclarara el accidente y así pudiera estar tranquila.

CASO 6.- Viuda de 70 años, Cáncer de Pulmón, no tiene ninguna visita. “Quédese un rato conmigo. Mis hijos son unos desagradecidos. Les hemos dado todo, y ellos no vienen a verme.”:

1. No debe pensar así de sus hijos. Seguro que tienen que trabajar y atender a sus cosas.
2. Podría entretenerse haciendo ganchillo, que tanto le gusta a usted, y otros ratos charlando en la tertulia que hacen las vecinas de su planta.
3. Mujer, seguro que sus hijos le quieren como siempre y vendrán a verla. Ya sabe lo que cuesta ganarse la vida ¡hace falta tanto tiempo!
4. Usted cree que sus hijos ya no se interesan por usted y que no vienen porque no quieren.
5. Se siente injustamente tratada por sus hijos, y eso le produce tristeza, sumada a la soledad...
6. ¿Ha hablado ya con alguno de sus hijos para decirle cómo se siente?

CASO 7.- Mujer de 50 años, tiene a su hijo de 25 años ingresado en la Sala. “Mi hijo se pondrá bien ¿verdad? Es mi único hijo y es lo que más quiero en este mundo.”

1. Le vendría bien hablar más con su marido sobre esta situación. Los problemas compartidos son menos problemas.
2. Al ser su único hijo, no se plantea otra cosa más que su mejoría.
3. Las madres son capaces de todo por sus hijos. Debe cuidarle lo mejor que pueda.
4. ¿Cuántas sesiones de quimioterapia le han dado?

5. Teme que su hijo no salga adelante, y eso debe de resultar muy duro ¿no es así?
6. La esperanza es lo último que se pierde, mujer. Ya sabe que se ha avanzado mucho en el tratamiento del cáncer.

CASO 8.- Hombre de 60 años recidiva de cáncer colón. “Dicen que no hay dos sin tres, pero yo no quiero morirme. Ustedes deben estar acostumbrados, pero para mí es el segundo aviso.”

1. Vive usted este segundo aviso con miedo a morirse ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. Tiene que cuidarse, llevar una dieta y cumplir el tratamiento. Ya verá como esto le ayudará a que no se repita.
3. Cree que no será capaz de seguir las indicaciones que le den para prevenirlo.
4. ¿Cómo puede pensar algo así? Está en un hospital rodeado de buenos profesionales 24 horas al día.
5. ¿Tiene en cuenta y cumple lo que su médico le ha dicho?
6. No tiene por qué sufrir una nueva recaída.

CASO 9.- Hombre de 55 años, con 5 hijos, le han diagnosticado un cáncer de estómago. “En casa, el único que trabaja soy yo, mi mujer se ocupa de los hijos, este año hacíamos las bodas de plata.”

1. No se angustie dándole vueltas a todo eso, cuando alguien enferma en la familia siempre se encuentran nuevas energías.
2. Cree poco en las posibilidades de su mujer.
3. Si le preocupa su trabajo, debería hablar con su mujer, seguro que entre los dos encuentran una solución.
4. Está preocupado por lo que será de su familia si usted faltara ¿verdad?
5. ¿No hay en su familia nadie que pueda ponerse a trabajar?
6. Está bien que usted sea el hombre de la casa. Es bueno para los chicos tener un punto de referencia.

CASO 10.- Joven de 33 años que padece leucemia, tras una gran mejoría vuelve a recaer. “Los médicos han experimentado conmigo y ahora soy yo quien lo pago. Si me hubieran puesto de principio el tratamiento americano que llevo ahora, todo habría ido mucho mejor.”

1. ¿ Te han explicado la diferencia entre los tratamientos posibles para tu caso?
2. Estás enfadado porque crees que había otras posibilidades que te habrían ido mejor que esta.
3. Has empezado a desconfiar de los tratamientos y de tus médicos y eso te hace daño.
4. El mismo tratamiento que tienes tu lo tienen otros y está dando muy buenos resultados. Tu tranquilo que la calma ayuda mucho.
5. Lo que tienes que hacer es confiar en el tratamiento y colaborar para que todo salga lo mejor posible.
6. Crees que te han utilizado y no se han preocupado de tú mejoría.

Edad: **Sexo**: ♀ ♂

Año residencia:

AUTOEVALUACIÓN 1

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
A	6	4	6	3	5	1	3	4	6	3
B	2	2	5	5	1	4	2	3	2	6
C	5	1	1	4	3	3	6	6	1	4
D	3	6	2	2	2	6	4	5	5	1
E	1	3	4	6	6	2	1	2	3	5
F	4	5	3	1	4	5	5	1	4	2

ESTILO o ESTILOS PREDOMINANTES:

AUTOEVALUACIÓN 2

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=	R=

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
A	6	4	6	3	5	1	3	4	6	3
B	2	2	5	5	1	4	2	3	2	6
C	5	1	1	4	3	3	6	6	1	4
D	3	6	2	2	2	6	4	5	5	1
E	1	3	4	6	6	2	1	2	3	5
F	4	5	3	1	4	5	5	1	4	2

ESTILO o ESTILOS PREDOMINANTES:

ESTILOS DE RESPUESTA.

- **VALORATIVA**: Consiste en expresar la opinión propia respecto al sentido, utilidad o moralidad de lo dicho por el paciente, o indicarle sobre cómo debería actuar. Este tipo de respuestas colocan al otro en una situación de inferioridad, y generan sentimientos de inhibión, culpa, angustia…. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "A".**

- **INTERPRETATIVA:** Consiste en interpretar parte de lo que se nos dice, a partir de nuestra propia concepción o forma de entender. Este tipo de respuesta genera la sensación de no haber sido entendido y generan sentimientos de desinterés y hostilidad. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "B"**.

- **CONSOLATIVA:** Consiste en intentar animar al otro mediante la desdramatización de la situaciones o minimizando su importancia. Forma parte de una actitud paternalista o maternalista. Este tipo de respuestas favorecen la dependencia y las posiciones regresivas. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "C".**

- **INDAGATIVA:** consiste en responder preguntando para obtener más datos sobre la situación. Este tipo de respuestas generan sensación de interrogatorio fuera de un contexto de entrevista formal. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "D".**

- **SOLUCIONADORA DE PROBLEMAS:** Consiste en proponer al otro soluciones propias a sus problemas, colocando al otro en la posición de tener que seguir mis consejos. Este tipo de respuestas generan la paradoja de quitar responsabilidad al sujeto pues el acierto o error es mío y no suyo. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "E".**

- **EMPÁTICA:** Consiste en ESCUCHAR al otro, lo que dice y lo que no dice, colocándose emocionalmente en su perspectiva. Este tipo de respuestas es de entrada la más difícil y menos espontánea. Se corresponde a las RESPUESTAS **TIPO "F".**

LAS PROPUESTAS RELACIONALES.

Extraído del Libro Breve Introducción a la Teoría Sistémica.
Pedro T. Sánchez, Promolibro, Valencia, 1995.

Allan: No hay forma de aplastar este maldito pelo... el calor le sienta como un tiro. No soy un tipo tan mal parecido... la mandíbula un poco débil... ¡Que demonios... no tiene por qué llevarse una desilusión! ¿Qué espera? ¿Rock Hudson? Soy un tipo normal, de buen aspecto... quizá un poco por debajo de lo normal. Ojala me hubiera visto antes... odio estar ahí, en esos encuentros, cuando la chica te pone los ojos encima por primera vez. ¿Y si me mira y le da por reírse, o gritar? ¡Quieres tranquilizarte! ¿Acaso alguna chica ha reaccionado riéndose o chillando? Una vez. La niña aquella de Brooklyn College llegó a la puerta, me vio y se desmayó... pero estaba débil porque hacía régimen. Qué demonios... Bogart era bajo... y a nadie le importaba.

Sueños de Seductor (Play it again, Sam). De Woody Allen

Voy a tratar de presentar el análisis de las relaciones interpersonales desde la perspectiva de la teoría sistémica. Cuando conocemos a una persona nos presentamos en función del tipo de relación que esperamos compartir con ella. Parece evidente que no nos presentamos igual ante una persona con la que vamos a iniciar una relación profesional, que cuando nos presentamos con la intención de establecer una relación intima, o cuando no pensamos en tener ninguna relación duradera.

En el breve monólogo con que Allan nos deleita, podemos observar en forma de diálogo interno, las fantasías, los miedos, los deseos que él plasma en la idea de una nueva relación, y además nos aporta información sobre cuál va a ser su **propuesta relacional** (formada por el conjunto de normas o reglas aprendidas que definen en ese tipo de relación cómo la queremos o cómo deseamos que se realice), y esta propuesta debemos considerarla implícita en todos sus actos y comportamientos. Sus pensamientos [1] nos muestran algunas de estas reglas de forma que podemos intuir de una manera más o menos certera cómo se va a comportar en la primera cita.

En esa primera cita veríamos así a Allan mostrando su propuesta relacional, pero también veríamos la propuesta relacional de ella. A partir de ambas propuestas, de los elementos comunes o complementarios que presenten, y de la capacidad e interés de negociación de ambos, podrá aparecer como viable el mantenimiento de una relación determinada.

En un contexto profesional nuestras propuestas de relación (nos mostramos correctos, cortantes, simpáticos, cercanos, distantes, etc.) junto con las propuestas de relación que trae el paciente (confiado, querellante, inhibido, afectuoso, etc.) van configurando día a día el modelo de relación que se va a establecer. Además contamos con la seguridad de que una mala relación no puede prolongarse en el tiempo si existe un cuestionamiento continuo de la misma, de forma que si el proceso relacional no entra a corto plazo en una dinámica de estabilidad, las condiciones llevaran inexorablemente hacia la disolución.

MODELOS O PROPUESTAS DE RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.

Existen numerosos (quizás demasiados) modelos de la relación en función de la perspectiva teórica utilizada o del tipo de interacción analizada, podemos sin embargo esquematizarlos sin afán de ser simplistas en tres modelos o propuestas básicas que llamaremos: Modelo Paternalista, Modelo Neutro y Modelo Compartido.

En un modelo de relación Médico – Paciente Paternalista (definida por la premisa "yo sé lo que es mejor para ti") la perspectiva de comunicación se centra en la Información. Lo fundamental en este contexto para el médico es aprender cómo puede transmitir la información para que el paciente entienda correctamente el significado de lo que le digo. El paciente / enfermo es considerado en alguna medida como incapacitado para tomar las decisiones sobre su enfermedad y, por tanto, solamente debe de ser informado sobre su tratamiento.

En un modelo de relación Médico – Paciente Neutro (definido por la premisa "yo soy un técnico, tu eres un usuario") la perspectiva de la comunicación se centra también en la información. Lo fundamental en este contexto para el médico es aprender cómo puede transmitir toda la información disponible de forma que el paciente entienda correctamente el significado de las alternativas existentes en el tratamiento (semántica). El paciente / usuario es considerado como un consumidor capacitado para elegir entre las diferentes estrategias terapéuticas sobre su enfermedad, y por tanto debe de ser informado lo más imparcialmente posible sobre todas y cada una de las alternativas de tratamiento.

Por último en un modelo de Compartido de relación Médico – Paciente (definido por la premisa "yo tengo una formación y una experiencia en este campo, usted tiene unas necesidades personales y unos valores".), la perspectiva de la comunicación ya no se centra en la información sino en la misma relación. Lo fundamental en este contexto para el médico es aprender cómo puede comportarse para comunicar la información disponible, para en colaboración con el paciente valorar las alternativas existentes en el tratamiento. El paciente en este modelo es considerado como una persona totalmente capacitada para elegir entre las diferentes estrategias terapéuticas sobre su enfermedad, y por tanto debe de ser informado sobre las mejores alternativas posibles de tratamiento atendiendo a sus peculiaridades y a sus necesidades. Si entre ambos tenemos que decidir qué es lo mejor en esta situación, lo más importante es una buena comunicación (o podríamos decir una buena relación), siendo conscientes de que la autonomía no es una utopía, es una necesidad que nos abre nuevas perspectivas en nuestras relaciones, ampliando las posibilidades de interacción y de armonía.

Cuando analizamos estas propuestas en el marco de una relación ya establecida y consolidada, nuestro análisis se desplaza desde los planteamientos de los sujetos hacía la relación misma, transmutándose nuestro marco de investigación desde lo personal hasta lo interaccional, y es justamente en este marco donde lo que dicen y hacen los sujetos adquiere todo su significado y valor.

Una vez consolidada la relación podemos considerarla explícitamente como un "juego" [2] y aplicarle por lo tanto algunas de las reglas y de los conceptos teóricos propuestos por Von Neumann y Morgenstern. De esta teoría nos interesaremos ahora básicamente por el concepto de utilidad y por el de los juegos de suma cero.

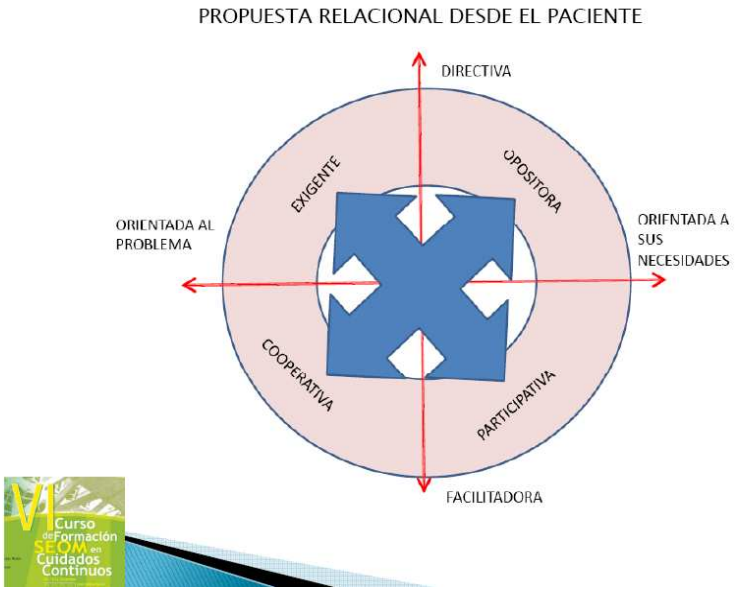
El concepto de **utilidad** nos cuestiona muchas de nuestras habituales (tópicas) reflexiones acerca del comportamiento de los jugadores racionales en los juegos con ganancia. ¿Qué es lo más útil para un jugador en el desarrollo del juego? Cuando observamos a dos jugadores de ajedrez o de damas el sentido "normal" de utilidad queda necesariamente diferido hasta el final mismo de la partida. De hecho es habitual ver como uno de los jugadores sacrifica alguna de sus piezas, o realiza una jugada que al observador se le antoja carente de sentido y de utilidad, y sin embargo sólo posteriormente podemos descubrir que formaba parte de una elaborada estrategia que define al ganador del juego.

Por su parte, el concepto de **juegos de suma cero**, ha resultado fundamental en el desarrollo de la teoría sistémica, dado que son los "juegos" más comunes en nuestra interacción social. Estos juegos vienen definidos por la inexistencia de cualquier posibilidad de ganancia más allá del mismo juego, de forma que la ganancia real del sistema es siempre nula, dicho de otra forma sólo puede haber transferencias internas de beneficio. De forma que la ganancia de un jugador significa la pérdida de otro. Si suponemos que existe un vencedor y un perdedor, podríamos expresarlo matemáticamente como: $A=+1$; $B = -1$; obtenido entonces en el sistema

$$A + B = 0.$$

Los **juegos de suma no cero** son por tanto, aquellos en los que no se pueden igualar ganancias y pérdidas, dicho de forma sencilla en estos juegos todos los jugadores pueden ganar o perder. Por ejemplo en una ruptura, ambos pierden algo aunque desde un punto de vista ajeno uno pierda más que otro. El reconocimiento de esta clase de juegos por parte del profesional permitiría en el plano relacional que se estableciera el convencimiento de que ambos pueden ganar.

Ser jugador de suma cero, significa a niveles prácticos, estar convencido de que en esta vida sólo se puede ganar o perder, rechazando la existencia de otra posibilidad. Por contra, cuando una persona realiza un comportamiento de ayuda se convierte en un jugador de suma no cero, en la medida que abre otra vía, y no hay en el juego ni vencedores ni vencidos, sino que los dos ganan.



Otra cuestión importante a nivel estratégico surge cuando aparecen diferencias importantes entre los contenidos de la comunicación y el aspecto relacional de la misma.

- Se está de acuerdo con el contenido pero no con la relación. En estos casos sólo existen dos posibilidades, o se renegocia una nueva relación o la estabilidad de la relación estará seriamente cuestionada cuando deje de existir la necesidad de acuerdo en el contenido.
- Se está en desacuerdo con el contenido pero no con la relación, en ella se pueden negociar acuerdos sobre el desacuerdo y la forma de tratarlo.

Comunicación e Información. Extraído del Libro "Cuidados Continuos en Oncología" Camps C, ed. Cap. 8 Pedro T. Sánchez. Monografías de Oncología Médica. 2006.

SOBRE LOS CONCEPTOS DE RELACIÓN, COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.

Los términos comunicación e información se utilizan habitualmente en las publicaciones oncológicas, en relación a "cómo debemos dar las malas noticias". Es además frecuente la utilización de ambos conceptos como sinónimos cuando en realidad nos plantean dos concepciones muy diferentes. Informar ha tenido en nuestro idioma el significado de dar noticias sobre algo, siendo por tanto esta información considerada como un acto puntual, consciente y voluntario. En contraste, los términos Comunicar y Comunicación que proceden del vocablo latino "Communicare" mantienen un significado que se corresponden con las ideas de participar en común o poner en relación. Comunicar es pues un concepto que requiere de al menos dos personas, que incluye aspectos tales como los no verbales o los posturales, que no puede ser entendida desde una perspectiva lineal (Yo comunico) sino circular (Nosotros nos comunicamos).

BASES PARA DESARROLLAR UNA BUENA COMUNICACIÓN.

Para establecer una buena comunicación, el primer requisito –aunque parezca obvio – es conocer y reconocer al otro. Muchos pacientes nos relatan que una de sus experiencias más dolorosas (que más sufrimiento le generaron) en el proceso de la enfermedad oncológica, ha sido el no ser saludado – reconocido por "su doctor". La antropología hace ya tiempo que nos advirtió sobre este fenómeno: cuanto más se agrava y / o prolonga la enfermedad, más desarrollamos la sensación de indefensión y soledad, más necesitamos un conocimiento / reconocimiento social por parte de aquellas personas que son un referente para nosotros.

El segundo requisito para establecer una buena comunicación es aprender a Escuchar. La Escucha implica algo más que dejar hablar y oír, exige de nuestra plena atención e interés. Pocas cosas hay tan importantes y gratificantes en la relación profesional como escuchar y ser escuchado. La Escucha ("activa" según la denominación impulsada por Carkhuff o "empática" para Rogers) es una habilidad que requiere de un aprendizaje basado en:

1. Reconocer la propia actitud: Cuando se trabaja en contextos de sufrimiento se suelen generar mecanismos y barreras defensivas para distanciarnos del dolor ajeno.
2. No presuponer nada: Cada uno de nosotros tenemos nuestras propias necesidades y preocupaciones, por mucha experiencia que tengamos en un campo de trabajo siempre existen las sorpresas.
3. Ayudarle a concretar: Lo que sabe, lo que quiere saber, lo que le preocupa, lo que teme, lo que le molesta...
4. Centrarse en lo que se puede hacer y mantener una actitud positiva: Las lamentaciones no sirven de nada, lo que en el pasado se hiciera o se dejara de hacer no aporta nada a la situación actual.
5. Fomentar la Esperanza: Lo imposible viene definido por lo que no puede ser, lo posible se define por su probabilidad de ser. La esperanza no tiene nada que ver con lo imposible que es el campo de la Fe (podemos definir la Fe como esperar contra toda esperanza) sino con lo posible. Fomentamos la esperanza en la medida que nos ofrecemos a agotar las posibilidades de lo posible.

El tercer requisito para una buena comunicación es desarrollar la propia autenticidad (muchos terapeutas familiares utilizan el término "espontaneidad", o lo que es lo mismo, perder el miedo a mostrarnos como somos.

EL SIGNIFICADO DE LA INFORMACIÓN.

Si informar significa dar noticias sobre algo, informar al paciente sobre cualquier aspecto de su enfermedad tiene el objetivo de transmitirle un conocimiento. Ese conocimiento es un derecho que tiene el propio paciente aunque en ningún caso se puede considerar obligación, por tanto, le corresponde al paciente la decisión de hasta dónde quiere conocer. Sin embargo, la información nunca es neutra, según el contexto, la forma de transmisión, las expectativas… la misma información se puede convertir a los ojos del paciente en una buena o en una mala noticia.

Para informar correctamente necesitamos:

1. Tener claro lo que vamos a informar (contenido de la información). Informar de un diagnóstico, de los resultados de unas pruebas, de la evolución observada en un tratamiento… no se puede dejar a la improvisación. Debemos de clarificar previamente la información relevante y según su contenido las posibles dudas o preguntas que van a surgir durante la entrevista.
2. Escoger un espacio adecuado y dedicar el tiempo suficiente. Decir algo y no poder esperarse a que el otro nos confirme que ha entendido, es aceptar que no nos parece muy relevante lo dicho, y entonces ¿para qué informar?
3. Informar en el lenguaje más claro y sencillo que podamos utilizar.
4. Utilizar frases cortas, y a ser posible confirmar que se van entendiendo. En un monólogo de tres minutos, la mayoría de las personas nos perdemos unas cuantas veces y aunque seamos capaces de recuperar el hilo y "rellenar" los espacios vacíos, nuestra conclusión diferirá sensiblemente respecto a la lectura de ese mismo monólogo, sobre todo, si en esa situación tenemos en juego algo emocionalmente tan importante como nuestro propio estado de salud.
5. Animar al paciente a preguntar las dudas o a pedir que se especifique algún punto de la información dada.
6. Distinguir claramente entre la información y nuestras opiniones personales, juicios de valor, o nuestra experiencia…

7. La información es puntual, pero está insertada en un proceso dinámico y a veces cambiante. Por ello es fundamental, sopesar la validez y fiabilidad de la información antes de darla.
Una buena información facilita la adaptación y la percepción de control por parte del paciente, le ayudan a vivir el día a día, a conservar su autonomía, a mejorar su calidad de vida, a marcarse objetivos realizables. Una buena información es un instrumento eficaz tanto para incrementar la comunicación y la confianza entre el médico y el paciente, como en la adherencia a los tratamientos.

---

[1] Las cogniciones (pensamientos e imágenes) sobre un acontecimiento se basan en actitudes o suposiciones (esquemas) derivados de la experiencia previa y que se usan para clasificar, interpretar, evaluar y asignar significado a aquel. Para el constructivismo los pensamientos mostrados en el monólogo inicial serian el conjunto de constructos, de patrones o guiones aprendidos que "construyen" la realidad tal y como es percibida por el sujeto.

[2] "Juego" en el sentido matemático y no en el sentido lúdico.

JUEVES 18 DE DICIEMBRE
5 SKETCHS - TALLER COMUNICACIÓN

SKETCH 1

1. **TEMA GENERAL:** Entrevista Inicial: Comunicación del Diagnóstico, Tratamiento, y Pronóstico.

   SITUACIÓN: Consultas externas
   PERSONAS IMPLICADAS: 1 Oncólogo, paciente, esposa
   SITUACIÓN MÉDICA: hombre de 58 años operado hace 1 mes de un cáncer de ciego Dx. cáncer colorrectal, acude a primera consulta de oncología, hay 2 ganglios afectados y hay que valorar tratamiento adyuvante con quimioterapia. El paciente cree que con la operación hay suficiente y sólo piensa en volver a su trabajo y empresa propia.

SKETCH 2

2. **TEMA GENERAL:** Docencia en consulta, comentarios, atención, comunicación no verbal…
   SITUACIÓN: Consultas externas
   PERSONAS IMPLICADAS: Médico adjunto, residente de medicina, paciente, familiar
   SITUACIÓN MÉDICA: Mujer de 56 años diagnosticada de cáncer de mama hace 4 años. Se le practicó cirugía y se le dio tratamiento quimioterápico más radioterapia. Actualmente en tratamiento hormonal. Acude a la consulta para revisión. Pendiente del resultado de analítica y de mamografía

SKETCH 3

3. **TEMA GENERAL:** Esperanza y tiempo de vida (conspiración de silencio).

   SITUACIÓN: Consultas externas
   PERSONAS IMPLICADAS: oncólogo, marido e hija mayor.
   SITUACIÓN MÉDICA: Mujer 65 años diagnosticada de cáncer de mama con recaída múltiple con metástasis óseas, hepáticas y pulmonares se encuentra en fase terminal. Se plantea tratamiento paliativo y control de síntomas.

SKETCH 4

4. **TEMA GENERAL:** Familiares acusadores, responsabilizan al médico de la no posibilidad de curación del paciente, de no saber encontrar el origen de la enfermedad y su solución, del diagnóstico tardío….
   SITUACIÓN: Sala
   PERSONAS IMPLICADAS: Médico, marido, hija de la paciente
   SITUACIÓN MÉDICA: Mujer de 60 años ingresada para estudio por deterioro del estado físico y dolor difícil de controlar en zona lumbar. Se objetivan metástasis hepáticas y pulmonares de primario desconocido. Siguen las pruebas para localizar el tumor primario.

SKETCH 5

5. TEMA GENERAL: Fallecimiento del compañero de habitación que tenía la misma enfermedad que el paciente. ¿Me voy a morir?
SITUACIÓN: Sala
PERSONAS IMPLICADAS: el oncólogo y el paciente ingresado
SITUACIÓN MÉDICA: Paciente de 61 años diagnosticado de un cáncer gástrico ingreso por problemas de ingesta y dolores abdominales, el compañero de la habitación tenía el mismo diagnóstico y falleció la noche anterior, no dio tiempo a aislarlo.

TALLER DE COMUNICACIÓN

LINA ADSUARA, H. ARNAU DE VILANOVA.
ASCENSIÓN BELLVER, H. LA FE.
PEDRO T. SÁNCHEZ, Dep. 9.

CON LA COLABORACIÓN DE IMPROASISTENCIA

OBJETIVOS del TALLER

- Aprender Establecer una **RELACIÓN AFIRMATIVA** con el paciente

- Aprender a **COMUNICAR** lo que queremos informar

- Aprender a Transmitir **ESPERANZA**.

METODOLOGIA del TALLER

NECESITAMOS que ESTEIS:

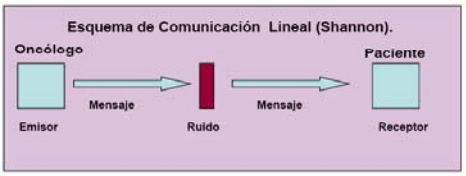
Activos,
Afanosos,
Atentos,
Comedidos,
Cómodos,
Conectados
Considerados
Despejados,
Diligentes,
Dinámicos,
Divertidos

Educados,
Eficaces,
Empáticos,
Entretenidos,
Enérgicos,
Interactivos,
Intercambiados,
Finos,
Mirados,
Laboriosos,
Obsequiosos

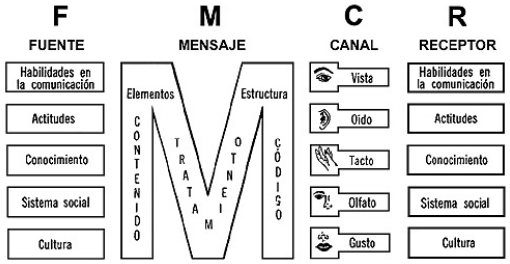
Relajados,
Solazados,
Y.....
.....

INFORMAR

significa dar noticias sobre algo, teniendo el acto un carácter puntual, consciente y voluntario.



Modelo Tradicional de Información / Comunicación (D. Berlo)

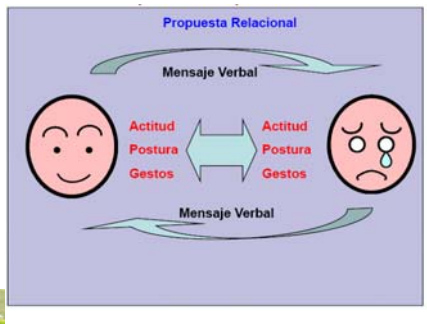


Modelo de los componentes de la comunicación.

COMUNICAR

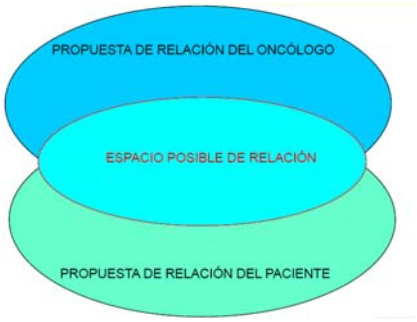
Significa participar en común o poner en relación.

Incluye TODOS los aspectos, verbales, no verbales, posturales...

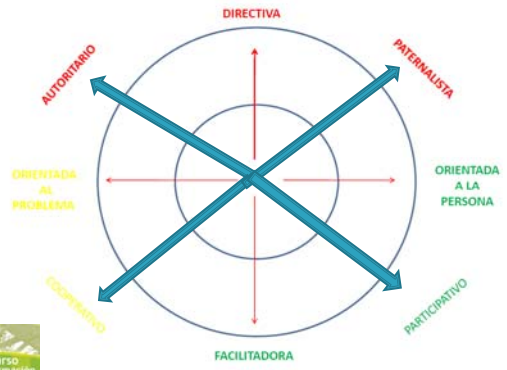


Comunicación y Relación son conceptos complementarios hasta el punto de que no podemos relacionarnos sin comunicarnos.

LA RELACIÓN SE ESTABLECE A PARTIR DE LAS PROPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES EN UN ESPACIO POSIBLE



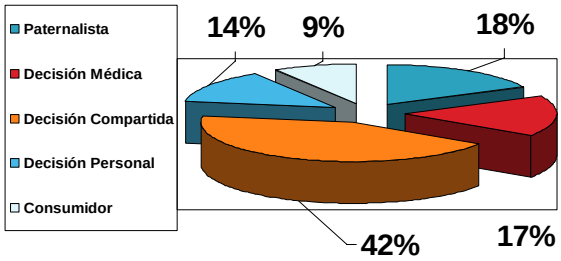
PROPUESTA RELACIONAL DESDE EL MÉDICO



Propuestas de Relación del Oncólogo y Objetivos de aprendizaje

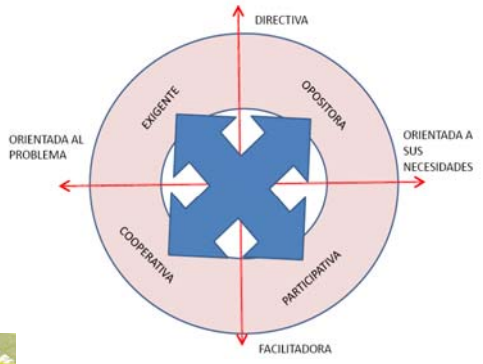
PATERNALISTA	Yo se lo que es mejor para ti. Centrado en aprender para dar la información
NEUTRO	Yo soy un técnico, tu eres un usuario. Centrado en aprender como dar toda la información disponible ⟶ Imparcialidad
COMPARTIDO	Yo tengo una formación y una experiencia, Usted tiene necesidades personales y valores. Centrado en Comunicarse para colaborar.

Modelo de Decisión VISIÓN de 999 mujeres con Cáncer de Mama.



Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in Oncology. Cancer J Clin 2005;55:164-177.

PROPUESTA RELACIONAL DESDE EL PACIENTE

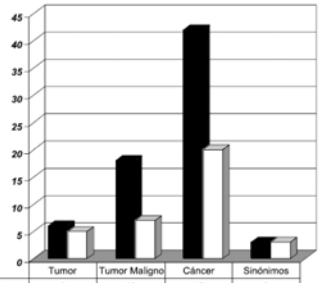


PSICONCOLOGIA, Vol. 3, Núm. 1, 2006, pág. 9-17

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PROCESO DE COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO EN ONCOLOGÍA

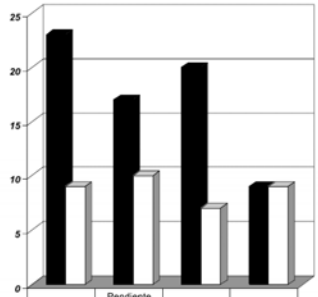
Gema Pérez*, Cristina Cortabitarte**, Carlos Campo**, Pedro T. Sánchez**, Mónica Godoy**, Mariano D'Andreis* y Arturo Blasco**
* Instituto D'Andreis
** Hospital General Universitario de Valencia

Figura 1. **Términos literales utilizados por el oncólogo en la comunicación del diagnóstico. Número de casos según el estadio**



	Tumor	Tumor Maligno	Cáncer	Sinónimos
▪ Localizado	6	18	42	3
▫ Avanzado	5	7	20	3

Figura 2. **Términos literales utilizados por el oncólogo en la comunicación de pronóstico. Número de casos según el estadio**



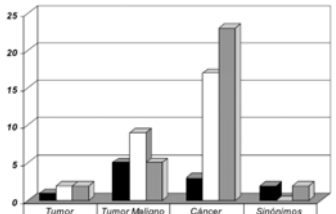
	Bueno	Pendiente Estadiaje	Porcentaje	otros
▪ Localizado	23	17	20	9
▫ Avanzado	9	10	7	9

PSICOONCOLOGÍA. Vol. 4, Núm. 1, 2007, pp. 21-33

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL RECUERDO DEL PACIENTE TRAS LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y DEL PRONÓSTICO EN ONCOLOGÍA

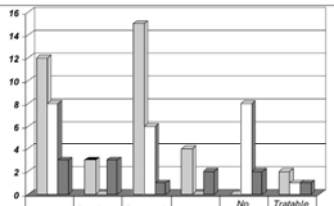
Mª Luisa Vidal, Pedro T. Sánchez*, Cristina Corbellas*, Gema Peiró**, María Godes*, Ana Blasco*, Cristina Caballero*, y Carlos Camps*.*

Figura 1. **Recuerdo del paciente según el término literal utilizado por el Oncólogo en la Comunicación del Diagnóstico**



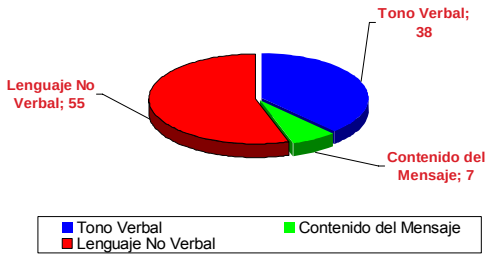
	Tumor	Tumor Maligno	Cáncer	Sinónimos
No recuerda	1	5	3	2
Recuerdo Incorrecto	2	9	17	0
Recuerdo Correcto	2	5	23	2

Figura 2. **Recuerdo de los términos literales utilizados por el oncólogo en la comunicación del pronóstico**



	Bueno	Pendiente Estadiaje	Porcentaje Recaída	otros	No Comentado	Tratable no curable
No Recuerdan	12	3	15	4	0	2
Recuerdo Correcto	8	0	6	0	8	1
Recuerdo Incorrecto	3	3	1	2	2	1

IMPORTANCIA POR AREAS EN LA COMUNICACIÓN



Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale AE, Kuldeka A.
A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the patient with Cancer.
Oncologist. 2000; 5:302-311.

1 Setting, Listening.
2 Patient's perception.
3 Invite patient to share information.
4 Knowledge transmission.
5 Explore emotions and emphatize.
6 Summarize & strategize.

1. Encuadre y Escucha:
2. Conocer al paciente.
3. Tanteo: No presuponer nada.
4. Informar: Concretar, utilizar el silencio, centrarse en lo que se puede hacer, comprobar la comprensión.
5. Explorar y Empatizar: Fomentar la esperanza.
6. Resumir y Acordar: Ser +, vamos ha hacer.....

BASES PARA REALIZAR UNA BUENA CONSULTA, Guía SPIKES

1

ACEPTAR = Reconocimiento, Respeto y Comprensión.
ESCUCHAR = Lo que dice y lo que no dice.

Habilidades de Escucha

- Reconocer nuestra propia actitud
- Atención integra
- Mostrar empatía
- Brindar retroalimentación y reforzar al interlocutor
- Prestar atención al lenguaje no verbal

2

Una buena relación = una buena comunicación.

- Basar la relación en el respeto y la colaboración.
- Entender las emociones del paciente.

Manejo de la comunicación no verbal

- Mirada y contacto visual
- Tono de voz y ritmo del habla
- Manejo de la distancia y el espacio
- Coherencia de los mensajes enviados

Baile W &.Aaron J.
Patient-physician communication in oncology: past, present, and future.
Curr Opin Oncol. 2005;17:331 - 335.

3

No presuponer nada.

· Solicitarle que nos amplíe la Información que no nos quede clara.

4

Habilidades de Transmisión de la información

· Mostrarse uno mismo (honestidad)
· Información Planificada
· Información Sopesada
· Información Clara
· Información Sencilla.
· Información Concreta
· Información que trata de despejar dudas.

4

Aprender a manejar el silencio

· El silencio no se improvisa, es necesario educarse para callar.
· El silencio no es neutro, hay silencios hechos de presencia y silencios hechos de ausencia.

Comprobar lo comprendido

5

Habilidades asertivas o de autoafirmación

Autoexpresión positiva

Expresión adecuada de las emociones

TRANSMITIR ESPERANZA = Compromiso de agotar las posibilidades de lo posible.

6

RESUMIR Y ACORDAR:

CENTRARSE EN LO QUE SE PUEDE HACER = Ser Positivo

RESULTADOS DE UNA MALA COMUNICACIÓN

- ▲ distrés, miedos, insatisfacción.
- Dificulta el manejo de los síntomas y la adherencia al tratamiento.
- Cuestiona las decisiones de tratamiento.
- ▼ Calidad de vida del paciente.
- ˆ significativamente el impacto económico de la enfermedad para el sistema sanitario.

Thorne SE, Bultz BD, Baile WF.
Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. Psychooncology. 2005;14: 875-884.

RESULTADOS DE UNA BUENA COMUNICACIÓN

- Humaniza el tratamiento.
- ▼ miedo, ansiedad, incertidumbre.
- ▲ autoestima y autocontrol.
- ▲ adaptación emocional a la enfermedad, al tratamiento y al pronóstico.

Gracias por su atención

APRENDER

TRANSMITIR ESPERANZA

INFORMAR

SER EN RELACIÓN

COMUNICAR

SER UNO MISMO

TALLER DE COMUNICACION

LINA ADSUARA, H. ARNAU DE VILANOVA.
ASCENCION BELLVER, H. LA FE.
PEDRO T. SÁNCHEZ, Dep. 9.

CON LA COLABORACIÓN DE IMPROASISTENCIA

COMUNICAR es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene:

- Información
- sentimientos
- pensamientos
- ideas

OBJETIVOS

- INFORMAR
- ORIENTAR
- APOYAR

COMUNICACIÓN (II)

- Concepto más amplio que información
- Implica una relación entre, al menos, dos personas
- Herramienta terapéutica esencial

DECÁLOGO DE LOS PACIENTES "DECLARACIÓN DE BARCELONA 2003"

- 1- Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes
- 5- Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.

DOS TIPOS DE COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN VERBAL

- La que **utiliza el lenguaje**
- Puede ser **oral o escrita**

COMUNICACIÓN NO VERBAL

- **Aspectos que no tienen que ver con la palabra**: Mirada, expresión de la cara, postura, distancia/proximidad…
- **Aspectos relacionados con la palabra:** Volumen, fluidez, tono de voz, ritmo…

PASOS BÁSICOS DE LA ENTREVISTA MÉDICA

1. Prepararse para escuchar
2. Preguntar
3. Escuchar efectivamente
4. Demostrar que se escucha
5. Responder

1- PREPARARSE PARA ESCUCHAR

- Presentaciones
- Dar la mano
- Controlar el contexto físico
- Postura relajada….

2- PREGUNTAR

- Es uno de los elementos principales de la entrevista.
- DOS TIPOS FUNDAMENTALES
  1. Preguntas cerradas
  2. Preguntas abiertas

PREGUNTAR

PREGUNTAS CERRADAS

- Se centran específicamente en un problema en particular
- Ofrecen un número limitado de respuestas
- Son las más comunes para hacer la historia clínica

PREGUNTAR

PREGUNTAS ABIERTAS

- No fuerzan a seguir ningún curso de pensamiento en particular
- Dejan que sea el paciente el que define el centro de interés

3- ESCUCHAR EFECTIVAMENTE

- Dejar hablar al paciente
- Animar al paciente a hablar (mantener contacto visual, asentir..)
- Tolerar silencios cortos
- Escuchar las preguntas escondidas

4- DEMOSTRAR QUE SE ESCUCHA

- **Repetición** (Repetir una o dos palabras de la última frase) *("Por las mañanas, con las pastillas de la noche, me cuesta mucho despejarme". "Con estas pastillas te cuesta mucho despejarte …")*
- **Reiteración** (Repetir lo dicho por el paciente pero con otras palabras) *("Por las mañanas, con las pastillas de la noche, me cuesta despejarme". "Así que por las mañanas con estas pastillas estás más somnoliento..")*
- **Reflexión** (devuelve una interpretación de lo dicho al paciente) *("Por las mañanas, con las pastillas de la noche, me cuesta despejarme". "Parece que esta medicación no te deja aprovechar tan bien las mañanas*

5- RESPONDER (I)

- BÁSICAMENTE TRES FORMAS:
  - **Nuevas preguntas**. Más información
  - **Afirmaciones**. Dicen lo que se piensa de la situación
  - **Silencio corto**. Se espera que el paciente diga algo más

RESPONDER (II)

- **DIFERENTES CONTENIDOS**
  - Respuesta objetiva (+/-)
  - Respuesta agresiva/hostil (-)
  - Respuesta empática (+)
  - Respuesta judicativa (-)
  - Respuesta tranquilizadora (+/-)
  - Silencio (+/-)

BARRERAS DE COMUNICACIÓN

- Preguntas cerradas
- Imponer
- Desviar la atención únicamente a lo físico
- Minimizar preocupaciones
- Etiquetar
- Menospreciar los argumentos del interlocutor

MALAS NOTICIAS

- Son aquellas que, de forma drástica y negativa, **alteran las expectativas de futuro de las personas.**
- Las malas noticias en sí causan angustia: una entrevista hecha con sensibilidad y dando apoyo puede minimizar la intensidad de esa angustia.

EL PROTOCOLO DE SEIS PASOS PARA DAR MALAS NOTICIAS (Buckman, R.)

- PASO 1: INICIO
  - Conseguir el CONTEXTO FÍSICO adecuado
  - Tener en cuenta QUIEN está con el paciente
  - Tener en cuenta CÓMO está el paciente
- PASO 2: DESCUBRIR QUÉ SABE EL PACIENTE
  - Particularmente si piensa que es grave o no y/o
  - Cómo le afectará en el futuro

EL PROTOCOLO DE SEIS PASOS PARA DAR MALAS NOTICIAS (Buckman, R.)

- PASO 3: DESCUBRIR QUE QUIERE SABER EL PACIENTE
  - Preguntar directamente al paciente de qué quiere ser informado
- PASO 4: COMPARTIR LA INFORMACIÓN
  - DECIDIR LA AGENDA (Diagnóstico, Plan de tratamiento, Pronóstico, Resultado)
  - COMENZAR POR EL PUNTO DE PARTIDA DEL PACIENTE
  - EDUCAR

EDUCAR (?)

- Acercar lo más posible la percepción de la situación que tiene el paciente, a los hechos médicos
- PRINCIPALES PAUTAS
  - Información en pequeñas dosis
  - Utilizar la "narración" es útil para comprender lo que ha pasado
  - Utilizar lenguaje común, no médico
  - Comprobar a menudo la recepción de la información y clarificarla (Aclarar significado, repetir puntos importantes, utilizar esquemas, mensajes escritos..)
  - Adaptar el nivel y el vocabulario al del paciente
  - Tener en cuenta la agenda del paciente

EL PROTOCOLO DE SEIS PASOS PARA DAR MALAS NOTICIAS (Buckman, R.)

- PASO 5: RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE
  - Identificarlos, Reconocerlos, Legitimarlos
  - Se hace necesario la escucha activa y la respuesta empática
- PASO 6: PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO
  - Aclarar cualquier confusión ofrecer un PLAN DE FUTURO
  - Importante distinguir entre lo que puede resolverse y lo que no

REACCIONES ANTE UNA MALA NOTICIA

- Incredulidad
- Shock
- Negación
- Desplazamiento
- Búsqueda de información
- Miedo y ansiedad
- Rabia y acusación
- Culpabilidad
- Desesperanza
- Llanto
- Alivio
- Amenazas

CONFLICTOS
ALGUNAS SUGERENCIAS PARA AFRONTARLOS

- **IMPORTANTE: ACTUAR Y NO REACCIONAR**
- CEÑIRSE A LAS NORMAS BÁSICAS DE LA ENTREVISTA
  (Preparar-preguntar-escuchar-demostrar que se escucha-responder)
- SEGUIR EL PROTOCOLO DE 6 PASOS
  (Inicio-que sabe-que quiere saber-compartir la información-responder a los sentimientos-planificación)

CONFLICTOS
ALGUNAS SUGERENCIAS PARA AFRONTARLOS (II)

- Intentar dar un paso atrás y no dejarse llevar por los sentimientos intentando definir ambos estados emocionales; el del paciente y el propio
- Describir, y no manifestar, las emociones
- Intentar conseguir una definición mutua del área de conflicto
- No dejarse llevar muy lejos de la realidad clínica

EL ENFERMO NEGADOR

NEGACIÓN

Mecanismo de defensa (inconsciente) para protegerse ante una situación demasiado amenazadora o ansiógena.

PAUTAS BÁSICAS

- Identificar conductas, verbalizaciones o planes manifestación de la negación
- Respetarla. No forzar al paciente a enfrentarse con información para la que no está preparado
- Respuesta empática (se centra en la emoción y no en el contenido)

EL ENFERMO HOSTIL

PAUTAS BÁSICAS

- Evitar postura defensiva y justificación
- Recordar que generalmente surge de la impotencia y el malestar o encubre un gran temor.
- No es un ataque personal
- Permitir y facilitar la expresión de hostilidad
- Reconocer la hostilidad y empatizar
- No dejarse intimidar

EL ENFERMO RETRAIDO Y AISLADO

PAUTAS BÁSICAS

- Evaluar motivo y ofrecer tratamiento (p.ej. depresión, causa orgánica)
- Evitar censurar con comentarios impositivos. Culpabilizar *("lo que le está haciendo a su familia no está bien …, ellos no se lo merecen …")*
- No animar falsamente *("Anímese hombre, pronto se pondrá bueno")*
- No asumir que existe falta de colaboración.
- Ofrecer alternativas *("Parece que ahora le resulta difícil hablar … quizás en otro momento …")*

EL ENFERMO RETRAIDO Y AISLADO (II)

- No imponer soluciones sin saber lo que le ayuda
  ("tendría que charlas más con sus amigos …le haría estar mejor")
- Hacer preguntas abiertas
- Mostrar mucha paciencia
- No olvidar el contacto físico y visual
- Empatizar con el sufrimiento *("Entiendo que esta situación le resulta difícil y no tiene ganas de hablar")*
- Transmitir aceptación en todo momento
  (principalmente tener en cuenta la comunicación no verbal)

EL ENFERMO QUE HACE PREGUNTAS DIFÍCILES

- Aquellas sobre el diagnóstico, pronóstico o eficacia del tratamiento que tienen gran carga afectiva
  - ¿Me voy a morir?
  - ¿Cuánto tiempo me queda?

PAUTAS BÁSICAS

- Identificar diferentes aspectos
  - ¿qué está preguntando realmente el paciente?
  - Por qué lo está preguntando
  - El deseo real de conocer la respuesta
  - La percepción actual que tiene el paciente de su situación

EL ENFERMO QUE HACE PREGUNTAS DIFÍCILES (II)

- No evitar responder a las preguntas
- Mantener una actitud de escucha activa
- Averiguar qué sentimientos subyacen y facilitar su expresión
- Hacer preguntas abiertas que faciliten su expresión
- Transmitir esperanzas realistas
- Identificar que sentimientos nos provocan para no angustiarnos en exceso y bloquear la comunicación

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

- Acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de los hechos

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

- CONSPIRACIÓN ADAPTATIVA
  - Cuando el paciente también evita la información o la niega
- CONSPIRACIÓN DESADAPTATIVA
  - El paciente sí quiere conocer la información y es la familia la que no quiere que se la proporcione

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO (II)

CONSECUENCIAS

- **Problemas emocionales** para el enfermo
  - **sentimientos de soledad**
  - **Incomunicación**
  - **aislamiento**
- **Entorpece la relación de confianza** entre médico y enfermo
- Puede potenciarse **sintomatología ansiosa y depresiva**
- **Disminuye el umbral del dolor** y otros síntomas
- Se le **impide cerrar asuntos** importantes
- Puede **dificultar el duelo** posterior a la familia

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO (II)

- **PAUTAS BÁSICAS**

1. **Identificar temores** y hacerlos explícitos *("¿Qué es lo que más le preocupa si …llega a saber…..?")*
2. **Empatizar** *con sus miedos y validar su necesidad de no dar información* *("Entiendo su temor a que …no sepa…")*
3. **Explorar cómo piensa la familia que el enfermo va a reaccionar** y en qué se basan para pensar así (*posibilidad de aclarar malos entendidos, ideas erróneas)*
4. **Transmitir respeto** a las decisiones y **tranquilizar**

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO (II)

5. **Negociar** con la familia. No se informará más de lo que el enfermo quiera.
6. **Solicitar su ayuda** para que facilite el proceso de información *("Ud que lo conoce, ¿cómo cree que se lo podríamos plantear?")*
7. **Anticipar consecuencias del secretismo** *("¿Cómo cree que se sentirá cuando se de cuenta de que no mejora?")*
8. Explicar que el enfermo está expuesto a **múltiples fuentes de información** *(también propio cuerpo)*

COMUNICACIÓN

- La información debe darse de forma lenta, continuada y paulatina; respetando el ritmo y las condiciones del paciente.
- NUNCA QUITAR LA ESPERANZA

COMUNICACIÓN

- El QUÉ se transmite es clave, pero el CÓMO se transmite es, en la mayor parte de las veces, tan clave como aquello que es transmitido.

- Una comunicación eficaz:

1. mejora la relación médico-paciente
2. favorece la adhesión terapéutica

COMUNICACIÓN

INFORMAR ADECUADAMENTE del diagnóstico, tiempos de espera, cambios, alternativas de tratamiento, intervenciones…, suele **DISMINUIR LA PERCEPCIÓN DE AMENAZA Y AUMENTAR LA PERCEPCIÓN DE** *CONTROL* del paciente sobre la enfermedad y su propia vida, con lo que se consigue una **NOTABLE DISMINUCIÓN DEL SUFRIMIENTO**

BIBLIOGRAFÍA

Baile WF, Aaron J. Patient-physisian communication in oncology: past, present, and future. Curr Opin Oncol 2005; 17: 331-85.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale AE, Kuldeka A.A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the patient with Cancer. Oncologist. 2000; 5:302-311

Back AL, Arnold RM, Baile WF et al. Approaching difficult communication tasks in Oncology. Cancer J Clin 2005; 55:164-77.

Bermejo JC. Apuntes de relación de ayuda. Sal Terrae, Santander. 1998.

Buckman R, Yvonne K. Com donar les males noticies. Una guía per als professionals de la salut. Eumo Editorial. Universitat de Vic, 1998.

Buckman R. Cancer is Word, not a sentence. Firefly Books, 2006.

Camps C, Sánchez PT (Eds). Comunicación en Oncología. SEOM. Madrid. 2006.

Camps C, Sánchez PT (Eds). Duelo en Oncología. SEOM. Madrid. 2007.

Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008; 336: 488 – 491.

Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. 2ª Edición. Aran Ediciones S.A. 1998.

Hoffman M, Ferri J, Sison C, et al. Teaching communication skill: an AACE survey of oncology training programs. J Cancer Educ 2004; 19: 220-4.

Neuwirth ZE. Physician empathy-should we care? Lancet 1997; 350:606.

Peiró G, Corbellas C, Camps C, y cols. Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. Psicooncología 2006; 3: 9-17.

Sánchez PT. Habilidades en paliación: comunicación e información. Cómo dar malas noticias. En C. Camps Herrero (Ed) Ciudados Continuos en Oncología. You & Us. Madrid. 2006.

Sanz Ortiz J. La comunicación en medicina paliativa. Med Clin (barc) 1992; 98: 416 -418.

Sanz J. Comunicación e información. Med Clin (barc) 1995; 104:59-61

Sanz Ortiz J. El factor humano en la relación clínica: El binomio Razón – Emoción. Med Clin (barc) 2000; 114: 222 – 226.

Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol 2003; 14:48-56.

Thorne SE, Bultz BD, Baile WF. Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. Psychooncology, 2005; 14:875-84.

Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer related self efficacy and perceived control over the disease. Br J Cancer 2003; 88: 658-65.

Boletín Oficial del Estado (2002).Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Autor, núm 274 de 15 de noviembre, 40126-36.