

La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad

Silvia Fernández Peris*

Resumen: La comunicación en el contexto sanitario se puede entender como una herramienta terapéutica que facilita la relación entre el profesional y la persona enferma. Pero supone, a la vez, controversia cuando la enfermedad avanza y la perspectiva de una muerte cercana se hace real. El miedo y la evitación de los profesionales y los familiares pueden llevar al enfermo a un estado de soledad e incomunicación. En este artículo planteamos la comunicación terapéutica como herramienta de cuidado.

Palabras clave: comunicación de malas noticias, comunicación terapéutica, cuidados paliativos, toma de decisiones compartida.

Therapeutic communication: accompanying the person along the path of disease

Abstract: Communication in the healthcare context may be understood as a therapeutic tool that facilitates the relationship between the healthcare professional and the ill person. However, it also raises issues as the disease progresses and the prospect of approaching death becomes more real. Fear and avoidance among healthcare professionals and family members may lead the patient to loneliness and isolation. The present article discusses therapeutic communication as a tool for patient care.

Key words: bearing bad tidings, palliative care, shared decision making, therapeutic communication.

Panace@ 2016; 17 (44): 111-114

Recibido: 15.VI.2016. Aceptado: 11.X.2016.

He observado que la información, adaptada a la que el enfermo quiere recibir, si la recibe en esos términos, siente un gran alivio en los efectos de su enfermedad; la indefensión del principio dará paso, poco a poco, a otros sentimientos más constructivos: esperanza y seguridad.

En esta etapa de la enfermedad hay muchos procesos abiertos (revisión de quién eres, qué sentido ha tenido tu vida, la resolución de asuntos pendientes, reconciliaciones, etc.) tan importantes para elaborar una despedida en paz.

La desagradable frase «No hay nada que hacer» es, como poco, mentira; hay mucho por hacer y hay que ayudar a que se haga.

Si este proceso se consigue hacer bien, observarás que el miedo y el sufrimiento dan paso a una gran paz, tanto del enfermo como de los familiares.

La despedida será dolorosa, siempre lo es, pero el duelo será tranquilo y la muerte de la persona querida, con el tiempo, pasará a ser un amoroso recuerdo.

(Pepa Costa Mulet)¹.

1. Introducción

Los problemas de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes son comunes en cualquier especialidad médica, pero se acentúan en los casos de enfermedades potencialmente mortales, como el cáncer, en las que una in-

formación ansiógena y compleja ha de ser transmitida con frecuencia.

Cuando la enfermedad avanza y el pronóstico de vida es limitado, la complejidad en la comunicación aumenta. La experiencia de la muerte es una presencia inquietante en la vida humana. A menudo intentamos ignorarla, pero todos sabemos que, tarde o temprano, tenemos que morir. Los profesionales que trabajamos con personas con enfermedades graves nos enfrentamos de forma continuada al sufrimiento que acompaña la pérdida y la muerte, lo que nos obliga a adoptar una actitud de acompañamiento con el enfermo y su familia, pero también a enfrentarnos con nuestro propio proceso de duelo y pérdida. Esta proyección tiene como consecuencia la formación de barreras en la comunicación como autodefensa ante nuestro propio sufrimiento —el del profesional—.

Sin embargo, podemos decir que la comunicación con el enfermo es en sí misma una herramienta de control, tanto para el paciente como para el personal sanitario. Trabajar los aspectos relacionales y favorecer espacios para el aprendizaje de habilidades de comunicación y manejo de la expresión emocional nos brinda la oportunidad de completar nuestra intervención profesional, dándole un carácter de excelencia y humanidad, así como construir una vía para la prevención del *burn-out* o quemamiento profesional.

Se dice de la comunicación que es bidireccional y puede implicar la transmisión de información, pero vas más allá de

* Psicóloga clínica. Asociación Carena y colaboradora en el Hospital Dr. Peset, Valencia (España). Dirección para correspondencia: silviafp9@gmail.com.

ella. ¿Qué significa que la comunicación va más allá de la información? Podemos contemplar la comunicación como un acto creativo que no es resultado de la imposición de una información estándar preestablecida.

El primer debate que surge en el contexto de una enfermedad como el cáncer es qué información dar y cómo darla. Que la comunicación sea creativa necesariamente implica un arte en el hecho de transmitir y comunicar, en tanto se la considera un proceso en movimiento en el que el profesional transmite información pero a la vez es sensible a las respuestas del paciente. El profesional no impone una información, sino que acompaña al paciente en un camino, registrando las reacciones que conlleva la información ofrecida para así poder ir adaptándola a las necesidades particulares de cada paciente.

De esta manera el proceso de información sobre la enfermedad se convierte en un proceso de acompañamiento gracias al cual la persona se siente escuchada, respetada y validada por el profesional. Esto es lo que denominamos comunicación terapéutica.

Entender la comunicación como un acto terapéutico significa rescatar al paciente de la soledad y la incomunicación que la enfermedad trae consigo en el estado del bienestar en el que vivimos. La sociedad occidental ha marcado el camino de una supuesta felicidad que prepara a la persona para conseguir objetivos relacionados con dicho bienestar; sin embargo, esta sociedad no ofrece pautas para manejar las reacciones emocionales intensas y desagradables, como el miedo y la tristeza. El paciente no habla de sus miedos y no habla de la muerte por no hacer sufrir a los suyos. Y de ese modo cae en el pacto de silencio cumpliendo con la expectativa de la sociedad paternalista en la que nos han educado, y en la que se aísla a la persona del conocimiento de su situación y con ello se le condena al silencio.

Los problemas de comunicación son percibidos por muchos profesionales como los más importantes en el trato con los pacientes al final de la vida. Afrontar abiertamente cuestiones que tienen que ver con el sufrimiento y la muerte cercana puede resultar muy estresante, tanto para el paciente como para los profesionales. Es difícil informar a un paciente que se encuentra en la etapa final de su vida; se teme causarle dolor y desesperanza.

Informar sobre malas noticias siempre es difícil, ya que confronta el derecho del paciente de conocer la verdad frente al deber del médico de mantener la esperanza. De hecho, el objetivo de la *no información* deriva de la creencia errónea de que solo así se mantiene la esperanza del paciente. Abordar la información al final de la vida nos confronta con nuestro propio miedo a la muerte. Se limita la libre comunicación porque implica una confrontación emocional del paciente y de las propias emociones del profesional.

Sin embargo, el profesional se encuentra ante la incongruencia resultante entre las perspectivas del paciente y las del profesional. La ley le obliga ética y moralmente a informar (Ley 41/2002 de autonomía del paciente), pero la realidad le ofrece un escenario que no se ajusta al guion y ha de afrontar el gran reto de la comunicación de malas noticias: el reto de informar y a la vez dar esperanza. ¿Cómo informar sobre una

situación clínica compleja, deteriorante y que conlleva gran fragilidad y, a la vez, ayudar a reformular la esperanza, desde la inicial esperanza en la curación, hasta la de tener calidad de vida y finalmente una muerte digna? Este es el gran reto de la comunicación. Y es aquí donde la comunicación terapéutica es la principal herramienta en el cuidado del enfermo.

2. La comunicación como herramienta terapéutica

La comunicación se puede entender como un proceso multidireccional en el que el profesional comunica, el enfermo comunica y el familiar comunica; y no solo el lenguaje verbal es comunicación, sino que esta se completa con los mensajes emitidos a nivel no verbal, que reflejan la actitud que unos y otros adoptan frente a la situación.

La información es solo una parte de la comunicación, que es un fenómeno mucho más complejo. No es lo mismo informar que comunicar: informar implica una vía unidireccional, mientras que comunicar es un proceso circular. En muchas ocasiones se confunde la información con la comunicación.

Podemos considerar la comunicación en el contexto de los cuidados paliativos —atención integral al paciente en fase de enfermedad avanzada— como una herramienta terapéutica con cuatro niveles de intervención:

- Comunicación como **información**: ofrecer información sobre la enfermedad y los tratamientos permitirá al enfermo recuperar en parte la sensación de control. Pero la información médica a veces no es suficiente. Informar al enfermo y a la familia sobre las reacciones de adaptación psicológica les permitirá entender las diferentes emociones y cambios de humor que están experimentando. La falta de información deja al enfermo en un estado de incertidumbre que le lleva a aumentar la sensación de pérdida de control, genera miedo y, como consecuencia, mayor ansiedad.
- Comunicación como **actitud**: sabemos que el lenguaje no verbal constituye el 80% de la comunicación. A veces, con el lenguaje verbal estamos expresando un mensaje, pero a través del lenguaje no verbal estamos transmitiendo justo lo contrario —falta de congruencia entre lenguaje verbal y no verbal—. El profesional comunica al enfermo mediante su actitud si está dispuesto a escucharle, a informarle, si la información que le ofrece es segura. Dependiendo de la actitud de la persona que habla, el mensaje transmitido traerá esperanza y ofrecerá acompañamiento o, por el contrario, generará distancia y frialdad. Acercarnos a una persona que está sufriendo requiere por nuestra parte adoptar una actitud abierta y flexible ante su experiencia, para poder entender y escuchar sus necesidades. Solo así podremos ofrecerle los recursos necesarios para afrontar su enfermedad.
- Comunicación como un tratamiento en sí mismo: la **comunicación terapéutica** es la herramienta que utilizamos para favorecer un canal de expresión emocional que nos permita ayudar al paciente a identificar temores y poder ofrecerle apoyo emocional y espiritual. Sus

pilares son la empatía, la sinceridad y la aceptación de la experiencia del paciente. Dejar que el enfermo se comunique desde su mundo emocional, que exprese sus miedos, su rabia o su tristeza, le ayudará a seguir avanzando en su proceso de adaptación hacia el sentimiento de tranquilidad, paz y esperanza.

- Comunicación como **escucha**: implica atender al que habla desde una comprensión global de la persona, desde la totalidad de su experiencia. Nos han enseñado y corregido para hablar bien, pero no nos han preparado para escuchar. La escucha activa implica escuchar no solo el lenguaje verbal. Nos lleva a estar atentos a los diferentes canales de comunicación del enfermo: el habla, el tacto —cuando el enfermo te coge la mano porque siente miedo y necesita un asidero—, los gestos —que nos permiten validar la congruencia entre lenguaje verbal y no verbal—. En muchas ocasiones, nuestra intervención vendrá marcada por la escucha, dándole al paciente espacio y tiempo para su expresión, más que por las respuestas verbales que le podamos ofrecer.

Acompañar al enfermo en su camino a través de estos niveles de comunicación conduce a un proceso terapéutico de ayuda desde el que poder responder a la persona en función de su situación particular, en un marco de confianza que ofrece seguridad tanto al paciente como al profesional, para poder abordar en profundidad los temas que a ambos preocupan. Algunos autores hacen referencia a diversos conceptos que ayudan a encontrar un equilibrio entre la necesidad de información y el mantenimiento de la esperanza desde los principios de la comunicación terapéutica.

Espinosa *et al.* (1993) hacen referencia a González Barrón, quien planteó en los años 90 la idea de *verdad soportable* como el acto comunicativo que implica decir la verdad en función de la capacidad que tiene el paciente para recibir y asimilar dicha información.

Considerando el contexto de una enfermedad cambiante y progresiva, hay muchos momentos que obligan al profesional a tomar decisiones y a cuestionarse de qué informar al paciente, cómo y en qué momento. La relevancia de compartir la información con el enfermo tiene su base en el objetivo general de conseguir el mayor bienestar del mismo, favorecer la adaptación a sus limitaciones y ofrecer espacios abiertos de expresión y toma de decisiones conjuntas.

En esta línea Barbero *et al.* (2011) introducen el modelo de la Toma de Decisiones Compartida (TDC) desarrollado a partir del consentimiento informado y que tiene como meta invitar al paciente a la reflexión conjunta con el profesional sobre su situación clínica y el establecimiento de nuevas metas.

Barbero hace una revisión de estilos de relación clínica y el tipo de decisiones, según Diego Gracia (1991) plantea desde la bioética: decisiones dilemáticas cuando se ha de elegir entre dos o más alternativas y decisiones problemáticas, concepto que hace referencia al proceso más que a la meta, que valora más el desarrollo y la deliberación que la conclu-

sión. Este proceso deliberativo lleva consigo no solo la toma de decisiones según las variables técnicas o clínicas que la medicina pueda ofrecer, sino que principalmente pone el énfasis en las variables morales o éticas. Contemplando el mundo de valores de cada persona la toma de decisiones se ajusta a la experiencia particular del paciente. Barbero *et al.* (2011: 150) lo describen de la siguiente manera:

Los pacientes suelen aportar al proceso de toma de decisiones tres elementos importantes: información, expectativas y preferencias y en la transacción de los tres aparecerá esencialmente su mundo de valores; sobre el contenido y el nivel de estos tres elementos habremos de establecer un adecuado proceso de deliberación.

Emanuel y Emanuel (1999) distinguen cuatro modelos de relación clínica, basándose en cómo se tratan en cada uno de ellos los valores y la autonomía del paciente, así como las obligaciones y el papel del médico. Concretamente, se refieren a los modelos paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo.

El modelo paternalista es unidireccional, el médico actúa como tutor del paciente, le ofrece una información poco detallada de su situación y el paciente deja en manos de este las decisiones. En el modelo informativo el profesional informa al paciente de forma excesivamente científica y formal, sin dejar espacio para la contemplación de valores. Según el modelo interpretativo el médico ofrece información detallada y contratada, además de ayudar al paciente a decidir teniendo en cuenta su mundo de valores; el médico actúa como consejero o consultor. Y finalmente, el modelo deliberativo apuesta por una implicación del médico en el análisis de los valores de salud apropiados para el paciente en cada situación, de forma que, como estos autores apuntan, «será el paciente quien defina su vida y seleccione el orden de valores que va asumir» (Emanuel y Emanuel, 1999: 112).

La relación clínica necesaria para llevar a cabo un proceso de toma de decisiones compartidas se basa en este modelo deliberativo. Ni el paternalista ni el informativo contemplan el mundo emocional ni de valores del paciente, que supone vínculo y que implica un compromiso. Barbero resalta la importancia de los adjetivos: «Solemos hablar de implicación *emocional* y de compromiso *moral*. En la TDC hay un claro compromiso ético con la realidad global de la persona (tanto biológica como biográfica)» (Barbero *et al.*, 2011: 165), lo que supone trabajar el proceso de comunicación desde una dinámica específica de **acompañamiento**. Esto significa no solo reconocer y atender las emociones del paciente para ajustar información, sino también aproximarse a su mundo de valores, que definen su postura ante la vida y la muerte.

3. Conclusiones

Podemos concluir, pues, que la comunicación como herramienta terapéutica es una habilidad imprescindible para atender a los enfermos en situación de enfermedad grave y/o

avanzada. Es difícil y, la mayoría de las veces, doloroso, tanto para el paciente como para la familia y también para el profesional, manejar fluidamente la comunicación y la sinceridad en una sociedad sobreprotectora y el impacto emocional es intenso; este se puede incrementar o amortiguar en función de cómo se interactúe, se comunique y se informe.

Sin embargo, dar malas noticias de un modo empático, directo y compasivo —compartir el dolor— puede mejorar la capacidad del paciente y su familia para adaptarse a su nueva situación y planificar su vida en función de objetivos realistas. Siempre que se dé una mala noticia ha de acompañarse de esperanza, de un camino por el que el profesional acompaña y da seguridad al paciente. De esta manera el profesional estará dando respuesta a la excelencia como experto consejero y a la vez da respuesta a un requerimiento moral: el cuidado del paciente.

Nota

1. Pepa Costa Mulet fue fundadora de la Asociación Carena. Pronunció estas palabras en el marco de la «Jornada de Enfermería: intervención ante el dolor», celebrada en el Hospital de Dénia (Alicante, España) el 14 y 15 de octubre de 2010.

Referencias bibliográficas

- Barbero, J.; C. Prados y A. González (2011): «Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida», *Psicooncología*. Vol. 8, Núm.1: 143-168.
- Costa Mulet, Pepa (2011): *La carcajada al cáncer*. Valencia: Asociación Carena.

Emanuel, E. J. y L. L. Emanuel (1999): «Cuatro modelos de la relación médico-paciente», en A. Couceiro (ed.): *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, pp. 109-126.

España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132. Disponible en <https://boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf> [consulta: 12.XII.2016].

Espinosa, E.; M. González Barón, J. Poveda e I. de la Gándrara (1993): «La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer», *An Med Int.*, 10: 147-149.

Gracia, D. (1991): *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica*. Madrid: Eudema.

Bibliografía recomendada

Arranz, P.; J. Barbero, P. Barreto y R. Bayés (2001): *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.

Bayés, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Gracia, Diego (2009): *La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica*. Madrid: Universidad Complutense.

Barbero, J.; X. Gómez-Batiste, J. Maté y D. Mateo (2016): *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Barcelona: Obra Social La Caixa. http://www.neorgsite.com/lacaixa/intervencion_psicologia/ [consulta: 12.XII.2016].