

Revisiones

La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos

The communication of health professionals in palliative care

María Povedano-Jiménez ^{1*}, Daniel Catalán-Matamoras ², Genoveva Granados-Gómez ³

¹ Hospital de San Rafael (Granada)

² Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual. Universidad Carlos III de Madrid

³ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería

Fecha de recepción: 02/11/2013 – Fecha de aceptación: 05/03/2014

Resumen

Nos encontramos ante una sociedad evitativa y tanatofóbica en la que los profesionales sanitarios para protegerse de la frustración que les causa el tema de la muerte, establecen barreras de comunicación y se distancian de sus pacientes moribundos. El **objetivo** de este artículo es resaltar la necesidad de incorporar habilidades de comunicación en el profesional de la salud mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica. Se ha demostrado que el entrenamiento en comunicación conlleva a una mejora de la relación de ayuda entre los profesionales sanitarios y el paciente en situaciones tan difíciles como el proceso de muerte. Por ello, es necesario un trabajo profesional de aceptación de la muerte como parte más de la vida donde las habilidades de comunicación son uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo.

Palabras clave: Comunicación en Salud, Cuidados Paliativos

Abstract

We are facing a society that denies and flees from death and in which health professionals to protect themselves from the frustration that causes the subject itself, establish communication barriers and distance themselves from their dying patients. **The aim** of this paper is to highlight the need to incorporate communication skills in healthcare through a literature review of the scientific literature. It has been shown that training in communication leads to improved aid relationship between health professionals and patients in difficult situations such as the death process. Therefore, you need a professional job acceptance of death as part of life where communication skills are one of the essential points to carry out a comprehensive approach to palliative patient.

Key words: Health Communication, Hospice Care

*Correspondencia: mariapoji@hotmail.com

Introducción

Mirando a nuestro alrededor podemos ver que nos encontramos ante una sociedad hedonista, que huye y evita el dolor. Observamos cómo van desapareciendo los rituales que acompañan al hecho de la muerte y los individuos no están preparados para ello, recurriendo a todo lo que pueden para continuar evitando ese dolor. Asimismo, los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, etc.) que viven inmersos en la misma sociedad evitativa y tanatofóbica descrita, requieren un trabajo personal de aceptación de la muerte como un proceso natural de la condición humana (Landa y García, 2004). Esto nos lleva a preguntarnos: ¿estamos los profesionales realmente capacitados? A pesar de vivir en una sociedad bastante desarrollada científicamente, en la que hay una solución para casi todo lo imaginable, resulta increíble que tengamos que morir aislados, silenciados, negados en la condición de moribundos, con mucho miedo y mucho sufrimiento. Entonces es cuando morimos mal (Nomen, 2008). Con dificultad y esfuerzo se está consiguiendo, actualmente, que uno de los objetivos de las ciencias de la salud, en general, sea que podamos morir con dignidad, sin negar dicha realidad.

Acompañamos la opinión de Clariés Costa (Infocop, 2008) cuando argumenta que los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial en el contexto de los cuidados paliativos como son, principalmente: la comunicación interpersonal, el soporte emocional, el acompañamiento profesional o el manejo de situaciones difíciles (García, Linertová, Martín, Serrano y Benítez, 2009). En el proceso de morir, la Dra. Elizabeth Kübler-Ross expone un modelo en su obra *On death and dying* (1969) y señala que "aquel que tiene el valor de estar junto a un moribundo y escuchar sus silencios, aprenderá de él lo que es la vida y lo que es la muerte y este será su regalo de vida personal" (citado por Hernández, 2008). Se pone de manifiesto que los profesionales sanitarios por la experiencia de sufrimiento, por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración y de la impotencia que les causa el tema en sí, establecen barreras en la comunicación y se distancian de sus pacientes moribundos y sus familias; desconociendo que el verdadero fantasma de los moribundos por encima del dolor y de la propia muerte es la soledad (Del Río y Palma, 2007). Los derechos a la libertad de expresión y la autonomía del paciente han crecido enormemente en nuestro país, por lo que es una necesidad incorporar habilidades de comunicación y de competencia emocional en estos tiempos en que vivimos, y porque es uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo, con calidad, eficacia y eficiencia (Feito, 2009). Por este motivo, la intención de este trabajo es el de revisar la bibliografía existente sobre la importancia de adquirir habilidades de comunicación dentro del contexto hospitalario y, más concretamente, en la relación de ayuda con el paciente paliativo.

Los objetivos específicos del presente estudios son:

- Comprender la relación entre el profesional de la salud y el paciente en situación final de su vida
- Conocer la importancia de la comunicación y relación eficaz en la sanidad y en los Cuidados Paliativos
- Determinar las principales características y la convergencia de sus resultados de estudios más relevantes en el tema de las habilidades de comunicación.
- Señalar algunas recomendaciones básicas para una comunicación eficaz en el proceso de morir de los pacientes

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica de lo publicado en las bases de datos de Ciencias de la Salud así como libros de texto recientes, el criterio de inclusión ha sido todo lo relacionado a la comunicación de los profesionales sanitarios con pacientes en el final de vida. La búsqueda se llevó a cabo consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en el Medical Subjects Headings (MeSH) con las palabras clave “comunicación en salud”, “cuidados paliativos”, “relaciones profesional-paciente” y “profesionales de la salud”.

Las bases de datos requeridas para la búsqueda bibliográfica fueron: CUIDENSplus, ENFISPO, LILACS y Medline, limitándose la búsqueda de documentos publicados entre el año 2000 hasta la actualidad y excluyendo los anteriores. Las dos únicas referencias bibliográficas anteriores al año 2000 fueron seleccionadas por su importancia para el trabajo (Gafo, 1990; Allué, 1998).

El estudio se llevó a cabo desde el mes de Febrero de 2011 a Junio del mismo año. De la búsqueda inicial, en las bases de datos Medline, ENFISPO, CINAHL Y CUIDENplus se seleccionaron 37 por sus referencias a la comunicación en salud y los cuidados paliativos, de los cuales siete de ellos hacían especial referencia a la formación de habilidades de comunicación en cuidados paliativos (Razavi, Delvaux, Marchal, Durieux, Farvacques, Dubus y Hogenraad, 2002; Peñacoba, Ardoy, González, Moreno, Martínez, 2003; Ramió, 2005; Infocop, 2008; Fellowes, Wilkinson y Moore, 2008; Bragard, Razavi, Marchal, Merckaert, Delvaux, Libert, Reynaert, Boniver, Klastersky, Scalliet, et al., 2006; Aradilla y Tomás, 2006). En las bases de datos en castellano se eligió una búsqueda con palabras clave relacionadas con el tema que aparecieran en el resumen.

Resultados

La relación entre los sanitarios y los pacientes paliativos/terminales

Cuando se habla de atender al paciente moribundo podemos observar cómo en la sociedad occidental actual se ha producido un desplazamiento llamativo desde los hogares a los hospitales (Cerdá, 2000). El 75% de las muertes se dan en los hospitales (Sanz, et al. 2006).

En este contexto se olvida la parte afectiva, considerando lo más importante el diagnóstico y el tratamiento médico. El paciente queda reducido a una “cosa” y la atención asistencial que recibe queda reducida a pura rutina, incluso, a veces, se le evita y se le abandona en su proceso de morir (Costa, Siurana, Pereiro y Suberviola, 2002). En dicho modelo de hospital supertecnificado, los profesionales de la salud se sienten frustrados, impotentes, con sentimientos de culpa pues todos los esfuerzos asistenciales van dirigidos al derecho que tiene todo ser humano a vivir, se lucha contra la muerte, ya que se considera un fracaso de la tecnología médica y no como un acontecimiento determinado e inamovible dentro del ciclo de la vida de todo ser humano (Costa et al. 2002). En todo momento se niega la muerte como una realidad (Allué, 1998). Con el objetivo de sostener la vida por encima de todo, se administra una tecnología que cubre todas las necesidades físicas del enfermo (dolor), prescindiendo de las necesidades psicológicas inherentes en toda persona. Así, el paciente muere rodeado de personas ajenas a él que realizan procedimientos que no entiende, aislado de sus seres queridos, convirtiendo el morir en un acto deshumanizado y sin apoyo emocional. Se considera que la actitud del profesional de la salud frente al proceso de muerte del enfermo terminal es paradójica y difícil, se confía que sea responsable y seguro, y, al mismo tiempo, que emane ternura y sentimiento de proximidad (Ramió, 2005).

Así los Cuidados Paliativos definidos según la OMS (Organización Mundial de la Salud) como “el enfoque busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad amenazante para la vida, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (World Health Organization, 2003). El cuidado paliativo es un sistema continuo de cuidado que empieza desde el momento en que el paciente es diagnosticado con una enfermedad debilitante crónica o amenazante para la vida y continua a lo largo del proceso de la enfermedad hasta que el paciente se recupera o muere. Los cuidados paliativos como programas de cuidados activos, hacen por dar a conocer los conocimientos que integran al paciente en su fase terminal de enfermedad (cuidados sanitarios, psicológicos, emocionales y espirituales) tanto en el entorno hospitalario como en el domicilio y junto a la familia y amigos del paciente. Según el Plan

Andaluz de Cuidados Paliativos se consideran los Cuidados Paliativos como un elemento cualitativo esencial, con un lugar propio dentro del sistema sanitario (citado por Pujiula, et al. 2006), y cuyo objetivo principal es facilitar una atención integral que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último periodo vital.

Las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establecen las bases de la terapéutica en pacientes terminales (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 1994, p. 4-5):

1. *Atención integral*, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. *El enfermo y la familia son la unidad a tratar*. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. *La promoción de la autonomía y la dignidad* al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran “con” el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. *Concepción terapéutica activo*, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el ‘no hay nada más que hacer’. Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. *Importancia del “ambiente”*.

Es necesario el respeto a la dignidad del paciente considerando la situación de vulnerabilidad tanto física como psíquica en la que se encuentra. Intentando ayudar al enfermo a buscar la mejor la calidad de vida de los pacientes con un equipo interdisciplinar con formación específica y apoyo adicional que controle los síntomas (dolor, disnea, anorexia, etc.) y promocióne un medio de comunicación y expresión del paciente y familia, en una relación franca y honesta (Gajardo, 2009; Marcos del Cano, 2003). Como afirma M. Vidal (1989) el derecho a morir con dignidad no es tanto un derecho, cuanto una exigencia ética, que se refiere más bien a las circunstancias y a la manera de morir. Dignidad significa merecer respeto, no ser tratado con lástima ni vergüenza. Ayudar al paciente a morir con dignidad es un reto de la Ética médica (Ramió, 2005).

“Ayudar a morir humanamente significa tener la capacidad para acompañar al enfermo, para compartir y asumir sus angustias y miedos, para ir discerniendo qué es lo que el enfermo desea conocer, cuándo hay que acentuar o recortar sus esperanzas, en que momento es mejor dejar al paciente sin respuestas, sin falsos ánimos, ya que ha llegado a descubrir la verdad sobre su vida y su muerte” (Gafo, 1990).

Comunicación y relación eficaz con el paciente paliativo

Las necesidades del paciente terminal no sólo se cubren de forma técnica sino que también necesita conocer y vivir su enfermedad, a su manera, es decir, cada persona asimilará el proceso de morir dependiendo de su cultura, educación, personalidad, valores y creencias (Bayés, 2004). Una relación distante con el enfermo hace que se desconozcan las necesidades de cuidado que requiere, porque no es igual en todos los pacientes y estos necesitan que se respete. Los pacientes y sus familiares piden una medicina «más humanizada» en la que el profesional establezca una relación basada en la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad, lo que proporciona una visión completa de las necesidades del paciente y la familia (Martins y Paes da Silva, 2007).

Cuesta creer que aún, en nuestra cultura profesional, muchos profesionales de la salud consideren imprudente hacer partícipe al paciente terminal de la información sobre su enfermedad (diagnóstico, pronóstico, etc.) porque no lo crean capaz de entender los procedimientos que se le realicen, o bien porque lo ven innecesario para la curación de la enfermedad. Esta actitud hace que la confianza del paciente sobre el profesional sanitario se pierda.

La familia, en nuestra cultura, es un elemento muy importante en el proceso de morir del paciente y que acostumbra a reclamar que el consentimiento informado pueda ser negado al propio enfermo, y lo más fácil y frecuente, para el profesional sanitario, es mantener ese papel, haciendo que se le quite el derecho del paciente de conocer su salud, su pronóstico, su vulnerabilidad, etc. mientras que los demás (familia) sí lo saben. A pesar de una falta grave al derecho de conocer la verdad de cada persona es una situación muy habitual, sobre todo en nuestra cultura española (Miraldea, Sanz J. y Sanz A., 2009) y se denomina *Conspiración del silencio* (Codorniu et al. 2011). Ésta se define como el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de que desconozca su diagnóstico o pronóstico, dificultando la adaptación a la enfermedad del propio paciente. Por otro lado, podemos encontrar la situación en la que un médico o cualquier otro profesional de la salud ante un pronóstico fatal se empeñan en informar de todo, independientemente de lo que desee el paciente, y que además luego se aleja de esa realidad tan dolorosa, abandonándolo y sometiendo al enfermo a un sufrimiento indebido. El manejo de esta situación requiere proporcionar una información adecuada al cuidador principal y a la familia y una buena comunicación con ellos, intentando establecer acuerdos garantizándole que no va a ser abandonado, y en un contexto en el que pueda expresar sus preocupaciones y sus miedos, facilita una comunicación adecuada y el apoyo emocional que necesita (Castillo, Ibis y Torres, 2007).

Dar un cuidado holístico o global, no sólo es observar la parte biológica del paciente, sino que además implica comunicación y relación de ayuda. La relación de ayuda consiste en comunicarse en dos lenguajes: el del hablar y el de escuchar, es darle protagonismo a las personas y alejarnos del paternalismo médico (Cruz et al. 2005). Así, mediante un proceso continuo de evaluación y comunicación, el profesional de la salud tratará de entender el problema que la persona presenta y poder dar los mejores cuidados para una mejor calidad de vida (Cibanal, 2010).

Desgraciadamente, seguimos encontrándonos profesionales que tienden más a poseer las habilidades necesarias para dominar el aparataje biomédico como único recurso que cubre los aspectos físicos del paciente, que contribuir a proporcionar una buena relación profesional-paciente (Granados, 2009). En ocasiones, el medio laboral en el que se mueven estos profesionales (falta de cooperación de los compañeros, falta de formación, etc.) hacen que no se dé la importancia que realmente tiene la relación de ayuda, incluso se dificulta poder relacionarse con el paciente por la falta de tiempo, los horarios, los espacios físicos, etc. (Cibanal, 2010)

Las quejas presentadas por los pacientes a menudo no se centran en la falta de competencia clínica en sí, no considerándola menos importante, sino en la percepción de la falta de comunicación o de una incapacidad por parte del profesional sanitario para transmitir de forma adecuada una sensación de cuidado, y es que investigaciones realizadas indican que, para los pacientes, "la voluntad de escuchar y explicar" es uno de los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud (Pujiula et al. 2006).

Se podría definir la comunicación eficaz (García y Ogando, 2005; Peñacoba, Ardoy, González y Martínez, 2003) como aquel valor indiscutible en la intervención profesional y en la consecución de la mejor calidad de vida posible del paciente y la familia de la forma más adecuada y atendiendo a las necesidades específicas de cada persona, pero si no se realiza así, ésta puede llevar a consecuencias enormemente beneficiosas a maleficas o iatrogénicas. Ser consciente de la responsabilidad que ello conlleva nos puede ayudar a realizar el esfuerzo necesario para el desarrollo de las habilidades de comunicación (González et al. 2008).

La necesidad de incorporar habilidades de comunicación y competencia emocional en estos tiempos en que vivimos, en los que el derecho a la libertad de expresión y a la autonomía han crecido enormemente en nuestro país, se justifica, principalmente, por dos factores:

- a) El paciente quiere una mayor implicación en las tomas de decisiones que tienen que ver con su proceso de salud/ enfermedad.
- b) Se requieren nuevas formas de relación con el paciente, ganarse su confianza, adaptándose a las necesidades y códigos del paciente; de tal modo que es importante ser capaces de pasar

de una relación de corte paternalista, vertical, a otra de tipo deliberativo en el que se pueda dar una comunicación clara, abierta y honesta (Cibanal, 2010).

La intuición que lleva al bien hacer y la experiencia no son suficientes para que los profesionales de la salud adquieran una adecuada habilidad comunicativa. Varios estudios (Aradilla y Tomás, 2006; Fellowes, Wilkinson, y Moore, 2008; Peñacoba, Velasco, Mercado y Moreno, 2005) afirman que las habilidades de comunicación se pueden enseñar y mejorar, así como mantener con el transcurso del tiempo.

Un ejemplo de ello se dio en el año 2003, en la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, donde un equipo de psicólogos realizó un estudio sobre las 30 necesidades de formación en comunicación entre 300 estudiantes en el que se pudo extraer que más del 90% del alumnado veía muy necesaria la formación en habilidades de comunicación. A partir de este estudio, se derivaron dos más relacionados con el counselling. El counselling es el conjunto de técnicas que desarrolla procesos de comunicación efectiva, mejorando la toma de decisiones y la gestión emocional (Peñacoba et al. 2005). Uno de ellos fue en el Hospital La Paz de Madrid mediante una propuesta de formación en *counselling* con alumnos que rotaban por el servicio de hematología, cuyos resultados más relevantes fueron que el 97% de aquellos estudiantes que participaron pidieron que este tipo de formación se realizara como una asignatura troncal en su currícula formativa. Actualmente, se ha incorporado esta formación como asignatura de libre configuración de 30 créditos, que dirige Javier Barbero en la Universidad Ramón Llull de Barcelona (2008). También se realizó este mismo proyecto de formación adaptado a los Cuidados Paliativos (2004) en *antæe (Instituto de psicología aplicada y counselling)*, para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en el que participaron 90 profesionales que trabajaban y cuyos resultados también fueron favorables.

El grupo de Delvaux, Razavi y colaboradores llevan estudiando mucho tiempo los efectos de programas de entrenamiento en actitudes, habilidades de comunicación y estrés ocupacional en oncología, y hallaron cambios significativos en el nivel de estrés y en las actitudes de los profesionales (Razavi et al. 2006). Dentro de esta línea, el Instituto antæe Psicología Aplicada y Counselling realizó evaluaciones cualitativas en dos momentos (pre y post) a 8.000 profesionales sanitarios que se formaron en aspectos del counselling. La impresión general de los participantes fue que las herramientas de entrenamiento eran útiles primero, a nivel personal y, posteriormente, a nivel profesional. Los sanitarios refirieron percibir cambios en la manera de abordar la relación con los pacientes y familiares.

Atendiendo a la citada bibliografía, las dificultades que los profesionales de la salud encuentran de manera constante en su quehacer diario para adquirir habilidades de comunicación son (Callahan, 2000; Castillo, 2010):

- No hay relación en la forma de aprendizaje o entrenamiento con el contexto en el que desempeñan su labor los profesionales de la salud.
- La dificultad en la flexibilidad de horarios para realizar los cursos o talleres de formación en comunicación, o se considera que el contexto laboral está alejado del lenguaje y los planteamientos que se propugnan en dichos entrenamientos.
- Escaso reconocimiento institucional y escasa oferta formativa.
- El miedo a sobreimplicarse, pues se abordan aspectos personales como sentimientos, emociones... a tener que hablar de la muerte con o sin el paciente terminal.

Algunas recomendaciones básicas para una comunicación eficaz en el proceso de morir de los pacientes deben centrarse en (Castillo et al. 2007):

1. Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella.
2. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.
3. La muerte no debe centrarse como único tema de conversación.
4. Considerar lenguaje verbal y no verbal.
5. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
6. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema.
7. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.
8. Estimular al control de la toma de decisiones.
9. No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión dejarlo solo cuando lo desee.
10. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos.
11. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
12. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal.

13. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros.

Discusión

Las evidencias científicas de este trabajo muestran que la comunicación interpersonal es la única forma de establecer, mantener y mejorar los contactos humanos (Fellowes et al. 2008; Peñacoba et al. 2003; Peñacoba et al. 2005). Hablar sobre nuestras preocupaciones, o lo que nos pasa, es tan necesario como respirar. Y ese hecho muestra cómo somos, lo que permite a los profesionales tener un contexto para poder comprender y evaluar la percepción del paciente, pues éste busca ante todo ayudar al paciente, en la medida de lo posible, a resolver con él sus problemas (Cibanal, 2010).

Así pues, la comunicación no es la simple transferencia de mensajes de un interlocutor a otro, puesto que pueden estar influidos por diversas variables. Podríamos definir la comunicación como un proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (Cibanal, 2010). En el contexto de los Cuidados Paliativos, la comunicación interpersonal, el soporte emocional, el acompañamiento profesional en las distintas fases del enfermar y morir, y el manejo de situaciones difíciles en la intervención de los profesionales de la salud son algunos de los puntos imprescindibles para llevar a cabo un abordaje integral del paciente paliativo, con calidad, eficacia y eficiencia (Fellowes et al. 2008). Muchos de los estudios revisados ponen de manifiesto que la formación en comunicación lleva a los profesionales sanitarios a sentirse más seguros y con confianza para disminuir algunas de las dificultades que conlleva la atención a pacientes en fase avanzada y terminal de sus vidas (Infocop, 2008; Peñacoba et al. 2005; Razavi et al. 2006). También, se afirma que hay necesidad de formación continua y específica en habilidades de comunicación frente a la experiencia asistencial de los profesionales, ya que muchos estudios consideran que con estrategias formativas adecuadas se pueden enseñar, mejorar y mantener, a lo largo del tiempo, las habilidades de comunicación de los sanitarios (Aradilla y Tomás, 2006; Fellowes, Wilkinson, y Moore, 2008; Peñacoba et al. 2005).

Conclusiones

Con el objetivo de sostener la vida por encima de todo, la comunicación de los profesionales de la salud suele focalizarse en el alivio de síntomas (dolor) prescindiendo de las necesidades psicológicas inherentes en toda persona.

El Cuidado paliativo es un elemento cualitativo esencial cuyo objetivo es facilitar una atención integral que responda a las múltiples necesidades de las personas en situación terminal (físicas, emocionales, sociales y espirituales) y sus familias, procurando una mayor dignidad y

calidad de vida. Los pacientes y sus familiares piden recuperación humanista de la medicina, por lo que una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes debe ser un punto esencial para proporcionar una atención de alta calidad. Así el profesional mediante la sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad, mejora su relación de ayuda y conoce las necesidades de cuidado que requiere el paciente y la familia.

Se concluye, tras el análisis bibliográfico, la imperiosa necesidad de un trabajo profesional de aceptación de la muerte como parte más de la vida donde las habilidades de comunicación sean uno de los puntos imprescindibles para llevar a cabo el abordaje integral del paciente en el último periodo vital.

Los resultados de esta revisión aportan un punto de partida para valorar algunos aspectos que se pueden trabajar en formación sobre habilidades de comunicación para futuras investigaciones. Dado que la formación en habilidades de comunicación en el ámbito de los cuidados paliativos está aún en desarrollo, se considera que habría que profundizar más en los procedimientos que puedan eliminar las dificultades de formación en comunicación asistencial de los profesionales de la salud promoviendo nuevas líneas estratégicas formativas en comunicación con pacientes paliativos.

Referencias

- Allué, M. (1998). La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad termina. *Trabajo Social y Salud*, 29:215-231.
- Aradilla, A. y Tomás, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321-6.
- Bayés, R. (2004). Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Medicina Clínica*, 122, 539-41.
- Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., Reynaert, C., Boniver, J., Klastersky, J., Scalliet, P., et al. (2006) Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer*, 14 (5):454-461.
- Callahan, D. (2000). Death and the Research Imperative. *The New England journal of Medicine*, 342(9), 654-6.
- Castillo, F.J. (2010). ¿Cuáles son las características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y qué mecanismos de mejora y perfil docente son deseables para la implantación de una línea estratégica de formación? *Tesela*, 7. Extraído el 3 de Marzo 2011 desde <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/tesela/ts7/ts7336.php>

- Castillo, M.A., Ibis, A. y Torres, I. (2007). Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005). *Revista Cubana de Enfermería*, 23 (2).
- Cerdá, G. (2000). Fundamentación de los cuidados paliativos. Aspectos actuales del tratamiento del dolor. Retos actuales en Bioética I (pp.99-117). Sociedad Valenciana de Bioética, Fundación Mainel.
- Cibanal, L. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. Barcelona, España S.A. Elsevier.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier: Barcelona.
- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F. y Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: consensos y retos. *Index de Enfermería*, 20, 1-2. Extraído el 2 de Mayo 2011 desde <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/index-enfermeria/v20n1-2/7396.php>
- Costa, A.M., Siurana, J.C., Pereiro, I. y Suberviola, V. (2002). Humanizando el final de la vida [Cartas al editor]. *Medicina Clínica*, 118 (1), 39.
- Cruz, F., García, M.P., Schmidt, J., Prados, D., Muñoz, A. y Pappous, A. (2005). Cuestiones en relación a la formación pregrado en cuidados paliativos. *Enfermería Oncológica*, 1,11-13.
- Del Río, M.I., y Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad católica de Chile*, 32 (1).
- Feito, L. (2009). *Ética y enfermería* (1ª. Ed.). Madrid, San Pablo, 286.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. y Moore, P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Extraído el 3 de Marzo de 2011 desde <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003751>
- Gafo, J. (1990) «Eutanasia y derecho a morir en paz», en *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Ediciones Paulinas, 123-142.
- Gajardo, A. (2009). La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal. *Acta Bioethica*, 15 (2), 212-215.
- García, C. y Ogando, B. (2005). Comunicación eficaz para profesionales de la salud. *Enfermería Científica*, 276-277, 31-39.
- García, L., Linertová, R., Martín, R., Serrano, P. y Benítez, M.A. (2009). A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: wich model is better? *Palliative Medicine*, 23, 17–22.

- González, R., Gijón, M.T., Escudero, M.J., Prieto, M.A., March, J.C. y Ruiz, A. (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Calidad Asistencial*, 23, 101-8.
- Granados, G. (2009, 16 Abril). The Nurse-Patient Relationship as a Caring Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22 (2), 126-127. Extraído el 8 Junio de 2011 desde <http://nsq.sagepub.com>
- Habilidades emocionales y de comunicación en los cuidados paliativos [entrevista]. (2008, Agosto-October). *Infocop*, 39, 15-20. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Hernández, M. (2008). Duelo y Muerte: una confrontación durante la práctica enfermera. *Desarrollo Científico Enfermería*, 16.
- Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (2004). London: National Institute for Clinical Evidence.
- Landa, V. y García, J.A. (2004). Duelo. *Guías Clínicas*, 4 (40). Extraído el 20 de Junio 2011 desde <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp#Bibliografia>
- Marcos del Cano, A.M. (2003). Dignidad humana en el final de la vida y cuidados paliativos. Publicado en el libro colectivo, *Biotecnología, Derecho y dignidad humana*, Martínez Morán, N. (Coord.), Granada, Comares, 9, 237-257.
- Martins, M. y Paes da Silva, M.J. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668-74. Extraído el 8 de Junio 2010 desde www.ee.usp.br/reeusp/
- Miraldea, M.J., Sanz, J. y Sanz, A. (2009). Situaciones difíciles para el personal de primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología*, 6 (1), 53-63.
- Nomen, L. (2008). Tratando el proceso de duelo y de morir. *Pirámide Psicología: Madrid*.
- Peñacoba, C., Ardoy, J. González, J.L., Moreno, R. y Martínez, G. (2003) Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC). *Clínica y Salud*, 14 (2), 129-155.
- Peñacoba, C., Velasco, L., Mercado, F. y Moreno, R. (2005). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15 (2), 195-206.
- Pujiula, J., Suñer, R., Puigdemont, M., Grau, A., Bertrán, C., Hortal, G., Baró, N., García, T., Algans, L.I., Estañol, F., Sosa, H., Mascort, Z. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006; 16:19-26.
- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis de maestría no publicada, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona.

- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.F., Farvacques, C., Dubus, L. y Hogenraad, R. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *British Journal of Cancer*, 87:1-7.
- Sanz, A., Del Valle, M.L., Flores, L.A., Gutiérrez, C., Sanz Rubiales, A., Del Valle Rivero, M.L. y Hernansanz, S. (2006). Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. *Cuadernos de bioética*, 60, 215–33.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1994). Guía de cuidados paliativos. Barcelona: SECPAL.
- World Health Organization (2003). Definition of palliative care. Extraído el 28 de Junio 2011 desde <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>