



Ciencias Psicológicas

ISSN: 1688-4094

ISSN: 1688-4221

Facultad de Psicología. Universidad Católica del Uruguay.

Quevedo Aguado, María Paz; Benavente Cuesta, María H.
Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario
Ciencias Psicológicas, vol. 13, núm. 2, 2019, pp. 317-332
Facultad de Psicología. Universidad Católica del Uruguay.

DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459561487014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario Contributions from Psychology to communication in the health sector

María Paz Quevedo Aguado¹, ORCID 0000-0003-3212-1686

María H. Benavente Cuesta², ORCID 0000-0003-1626-1080

¹Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca. España

²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia de Salamanca. España

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo central, analizar el contexto de la comunicación interpersonal en la relación profesional sanitario-enfermo desde el ámbito de la Intervención Psicológica. Parece imprescindible incorporar a las áreas clínicas-asistenciales la formación necesaria en Técnicas y Protocolos sobre cómo informar y comunicarse con los pacientes en situaciones clínicas cotidianas, y en particular en la transmisión de malas noticias en temas generales de salud, y, específicamente en Servicios hospitalarios como los de Urgencias y Oncología. La formación en técnicas de *Counseling* es vital para estos profesionales que deberán paliar y potenciar las reacciones psicológicas e interpersonales que se suceden en la relación sanitario-enfermo, de ahí que se haga imprescindible la formación en los contextos universitarios para que los futuros profesionales tenga la capacidad de potenciar habilidades comunicativas que produzcan mayor bienestar personal y social, incrementando el grado de eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario.

Palabras clave: intervención psicológica, comunicación profesional sanitario-enfermo, comunicación de malas noticias, *Counseling*

Abstract: The main objective of this work is to analyze the context of interpersonal communication in the healthcare professional-sick professional relationship from the field of Psychological Intervention. It seems essential to incorporate into the clinical-care areas the necessary training in Techniques and Protocols on how to inform and communicate with patients in everyday clinical situations, and in particular in the transmission of bad news in general health issues, and specifically in Hospital Services such as the Emergency and Oncology. The training in Counseling techniques is vital for these professionals who will have to alleviate and strengthen the psychological and interpersonal reactions that take place in the health-sick relationship, hence the need for training in university contexts so that future professionals have the ability to enhance communication skills that produce greater personal and social well-being, increasing the efficiency and effectiveness of the Health System.

Key words: psychological intervention, healthcare professional-sick communication, bad news communication, Counseling

Recibido: 26/02/2018

Aceptado: 02/05/2019

Cómo citar este artículo:

Quevedo Aguado, M. P. & Benavente Cuesta, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317 – 332. doi: 10.22235/cp.v13i2.1889

Correspondencia: María Paz Quevedo Aguado, Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca, N° 5. 37002. Salamanca (España). E-mail: mpquevedoag @upsa.es. María H. Benavente Cuesta, e-mail: mhbenaventecu@upsa.es



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional

Introducción

Relacionarse en la medida de nuestra condición de seres humanos tiene un valor preventivo, impulsador, sanador, imprescindible para el desarrollo de nuestro sentido vital. Sin relaciones humanas somos animales racionales sin horizonte, eficaces para destruirnos a nosotros mismos y a los demás (Bermejo, 2013). En los últimos años se han realizado investigaciones con el objetivo de ayudar a las personas a mejorar su capacidad de relacionarse (Cibanal, 2013) y, sobretodo, de ser capaces de expresar una buena comunicación dependiendo del contexto en el que se encuentre el sujeto.

El presente trabajo se va a centrar en reflexionar acerca de la importancia que tiene la comunicación en el ámbito hospitalario y clínico, y cómo una buena relación sanitario-paciente puede llegar a tener una serie de ventajas en el profesional y en el individuo enfermo. Hay que recordar que, en los contextos de usuarios, existe la percepción común de que demasiados profesionales sanitarios parecen haberse olvidado de los elementos no puramente fisiológicos que forman parte de los pacientes, y sólo se han centrado en la curación de la persona (Llubiá Maristany, 2008), sin tener en cuenta que la estancia en el hospital, los procesos de exploración y tratamiento y, sobretodo la noticia de un deterioro en el estado de salud del paciente, pueden repercutir en su bienestar.

En una enfermedad el *cómo* se encuentre el paciente es claramente determinante, por lo que es relevante que los profesionales sanitarios le presten especial atención desde el principio. Hay que tener en cuenta que la comunicación no sólo afecta a nivel cognitivo y emocional, sino que también puede tener un impacto en la respuesta inmunitaria y acabar afectando, de forma positiva o negativa, al desarrollo de una enfermedad. (Borrás, 2003).

Nuestro objetivo principal es que los profesionales sanitarios comprendan que una buena comunicación en la relación sanitario-paciente tiene una serie de causas y consecuencias, que pueden ser tanto negativas

(si el sanitario sólo se encarga de paliar el síntoma sin tener en cuenta cómo afecta ese síntoma en la vida del paciente), como positivas (en este caso, el profesional sanitario empleará sus habilidades comunicativas para fomentar una mejor relación con el paciente, y así, tratar no sólo ese síntoma sino también lo que acarrea, emocionalmente, en el enfermo). Por lo tanto, trataremos de demostrar que hay que atender a la “persona enferma” y no solo a la enfermedad; que no hay que curar sólo lo físico, sino también paliar y potenciar lo psíquico.

La relevancia de la comunicación sanitario –paciente

La comunicación sanitario-paciente ha quedado extraordinariamente desplazada en contraposición a los grandes empeños dedicados a la evaluación de la eficacia de los instrumentos diagnósticos, y de las intervenciones o tratamientos de carácter quirúrgico o farmacológico (Borrás, 2003). La focalización de los profesionales sanitarios en la curación, la seguridad y la especial atención a los resultados, en algunas ocasiones dejan de lado algunos aspectos como la comunicación, la escucha y el interés hacia otros elementos de la persona no puramente fisiológicos (Llubiá Maristany, 2008).

Por esta razón, Bayés (2004) establece que es imprescindible que los sanitarios exploren no sólo el organismo del paciente sino también las circunstancias emocionales, biográficas y culturales, que acompañan a su sintomatología somática y a sus antecedentes biomédicos. En ese sentido, en los momentos hospitalarios en los que el paciente está sintiendo una gran variedad de emociones negativas como puede ser la angustia o el sufrimiento, el lenguaje no verbal toma todo el protagonismo; por esa razón, Peabody (1927) y Bayés (2004) indican que los sanitarios tienen que aprender a observar a sus pacientes, aprender a explorar no sólo su organismo sino también a su biografía, sus palabras, la expresión de su rostro y sus circunstancias.

Algunas acciones que debilitan la relación sanitario-paciente y que no resultan

beneficiosas para estos últimos, han sido analizadas en diferentes investigaciones como la de Falvo y Tippy (1988) y Borrás (2003), quienes concluyeron que en un 38% de las visitas no se explicaba a los pacientes la cantidad de medicación prescrita; en un 50% no se les informaba de cuánto duraba el tratamiento, tampoco ningún sanitario comprobó el grado de entendimiento de los pacientes de sus indicaciones; no se inspeccionó cuáles eran los posibles obstáculos para el cumplimiento terapéutico, ni se les detalló la relevancia de realizar una visita de seguimiento; también Beckman y Frankel (1984) y Borrás (2003), descubrieron que los pacientes eran interrumpidos una media de 18 segundos después de que hubieran comenzado a contestar a las cuestiones que les enunciaba el sanitario; en la misma línea, Suchman et al (1997) y Borrás (2003) indican que los sanitarios no siempre aprovechan las oportunidades empáticas potenciales, se trata de pistas verbales de los pacientes en las que comunican su malestar emocional.

Además, parecería que con frecuencia, los pacientes se sienten como mero objeto de estudio en los hospitales universitarios, y se han discutido los intereses de la intimidad de los pacientes por una parte, y la necesidad de que los estudiantes y sanitarios puedan hacer prácticas con el fin de alcanzar una formación que les permita ser buenos profesionales en el futuro (Sánchez et al., 2003).

Otro tema especialmente importante para los pacientes, es el *tiempo de espera*, que incluye: lista de espera para consultar con el especialista, la espera de turno para acceder al quirófano, o los familiares que esperan respuesta del estado del enfermo en situaciones inesperadas. Hay que tener en cuenta que los tiempos subjetivos son distintos de los tiempos reales, (Campion, 2001; Bayés, 2004), y que los tiempos subjetivos son opuestos para los pacientes (sufrimiento e incertidumbre), y para los profesionales sanitarios (Bayés y Morera, 2000; Alvarado, 2003), que se podrían apaciguar con una buena atención de los sanitarios. Cassell (1982) y Bayés (2004) insisten en que el alivio del

sufrimiento y la curación de la enfermedad, deben valorarse como obligaciones idénticas del profesional sanitario fielmente dedicado al cuidado del enfermo.

Con métodos de entrenamiento en habilidades comunicativas, podemos conseguir que los sanitarios mejoren estas acciones, ya que no sólo es aconsejable sino éticamente inexcusable acometer estos actos (Borrás, 2003).

Puesto que todo acto médico está compuesto por tres procesos que se realizan de forma paralela: los *cuidados físicos*, los *cuidados conductuales* y los *cuidados cognitivos y emocionales* de los pacientes, el resultado de salud que se consiga se verá influenciado, simultáneamente, por cuatro modalidades de respuesta que ha de afrontar el paciente: la *respuesta física* de este al tratamiento (medicación, cirugía), su *respuesta conductual* (respecto del trato terapéutico, conductas vinculadas con la salud), su *respuesta cognitiva* (creencias acerca de la dolencia y el tratamiento, expectativas, percepción de control) y de su *respuesta emocional* (ansiedad, depresión, animadversión).

En consulta, el profesional sanitario tiene la posibilidad tanto de apaciguar los síntomas de una determinada cuestión de salud del paciente, como de forjar determinados pensamientos y emociones de ésta en relación con su dolencia y con el tratamiento de la misma. En este sentido, se ha descubierto que la comunicación sanitario-paciente tiene efectos clínicos significativos, tanto a nivel cognitivo como a nivel emocional. (Borrás, 2003; Llubiá Maristany, 2008).

El proceso de información-comunicación con el paciente

La comunicación con el paciente es una actividad esencial e inevitable, por lo que siempre va a haber un proceso en el que, tanto el sanitario como el paciente, tienen que establecer un tipo de relación comunicativa; en ese sentido, la forma de comunicarse dependerá del tipo de relación que instaure el

profesional con los pacientes. (Benítez del Rosario y Asensio Fraile, 2002).

Según las propuestas de Borrell i Carrió (1989) y Tazón Ansola, García Campayo y Aseguinolaza Chopitea (2002), en el ámbito clínico podemos encontrar cuatro perfiles sanitarios a la hora de establecerse la comunicación “profesional-paciente”. A continuación, describiremos detalladamente cada uno de ellos.

a. El “**Modelo técnico**” se centra en la enfermedad y rechaza los aspectos psicosociales de los pacientes. El profesional utiliza un estilo comunicativo agresivo en el que no permite que el enfermo opine, censura las posibles críticas que el enfermo le puede realizar, y es frío a la hora de hacer recomendaciones o prescripciones. Esto da lugar a que el paciente no se sienta bien tratado, no se origina una confianza entre el profesional y el enfermo, y, como consecuencia, éste no acepta ni los cuidados que le ofrece el sanitario, ni sigue las recomendaciones que le indica. Lamentablemente, como afirman Tazón Ansola, García Campayo y Aseguinolaza Chopitea (2002), este modelo ha sido muy utilizado.

b. Otro de los modelos, que también ha tomado mucho protagonismo junto con el anterior, es el “**Modelo paternalista o sacerdotal**”, descrito por Benítez del Rosario, Asensio Fraile (2002) como el modelo biomédico en el que predominan la “*mentira blanca*” (el encubrimiento de la verdad sobre el estado de salud del paciente), y la “*comunicación centrada en el profesional*”. En este modelo, los sanitarios sí que tienen en cuenta a los elementos biopsicosociales del paciente, pero sólo se valoran desde el punto subjetivo del profesional y será éste quien decide qué es lo mejor para el paciente. Por lo tanto, el profesional impone sus propios valores, y no tiene en cuenta ni la opinión ni los sentimientos de su paciente. Ha sido un modelo respetado y demandado por la sociedad durante años pero en la actualidad es criticado, especialmente por pacientes que tienen un cierto nivel cultural. Sin embargo,

los que admiten este estilo paternalista, desarrollan una gran dependencia con el profesional que aporta efectos en alguna medida beneficiosos.

c. Por otro lado, muy habitual pero instalado hace poco tiempo es el “**Modelo de camaradería o complaciente**”. Singularizado por la inexistencia de una distancia terapéutica, el profesional piensa que lo importante es llevarse bien con el enfermo. Al contrario que en el modelo anterior, el paciente es quien maneja la situación, el sanitario no asume responsabilidades, y permite que el enfermo haga lo que quiera sin ponerle límites. (Tazón et al, 2002). El sanitario utiliza elementos pasivos para comunicarse con el paciente. Su intención fundamental es evitar conflictos a cualquier precio y permite todo lo que le solicitan. Sin embargo, también emplea rasgos manipuladores, por ejemplo, si el enfermo reclama actitudes más profesionales o soluciones terapéuticas, el profesional se apoyaría en la buena relación que tienen para no aceptar su derrota profesional.

d. Y para concluir, el modelo que actualmente más se aconseja a los profesionales sanitarios, el “**Modelo cooperativo o contractual**”. Como establecen Tazón Ansola, García Campayo y Aseguinolaza Chopitea (2002), está totalmente centrado en la importancia de las emociones y sentimientos del paciente, pero sin imponer valores íntimos. Acepta la opinión del enfermo, y le solicita que colabore en sus cuidados, aportando opiniones y seleccionando opciones terapéuticas, pero sin rechazar su función profesional, y siempre actuando de experto. De esta manera se comparten las responsabilidades, ya que se permite que el paciente elija lo que desea hacer con su salud, pero el profesional no se aleja de su rol de experto. Por eso, es un estilo negociador y asertivo; se establece una buena relación entre ambos, pero no al precio de dejar de ser experto como en el modelo anterior. Por lo tanto como dicen, Benítez del Rosario y Asensio Fraile (2002), es un modelo de comunicación centrado en el

paciente, en el que se manejan técnicas apropiadas para beneficiar al abordaje del mundo íntimo de la persona.

Indudablemente, a la hora de comunicar malas noticias, recomendamos que se utilice el **“Modelo cooperativo o contractual”**, puesto que, es de ayuda para realizar una comunicación de calidad caracterizada por permitir que el paciente exprese sus sentimientos y miedos sobre su estado de salud, y radiar aspectos afectivos que hacen que la persona enferma perciba que no va a ser repudiada ni descuidada (Benítez del Rosario y Asensio Fraile, 2002).

Pero, ¿A qué llamamos una “buena actitud profesional”? Cibanal, Arce y Carballal (2003), nos presentan algunas de las actitudes adecuadas, desde la perspectiva humanista, que deben de llevar a cabo nuestros profesionales sanitarios. (Ver figura 1).

ACOGER AL OTRO SIN PRISA	Conceder el tiempo necesario para la mutua aclimatación; el profesional tiene que concentrarse en el paciente, y mostrar su disponibilidad sin interrupciones.
ACEPTAR LAS DIFERENCIAS DEL CLIENTE	Aunque un obstáculo que puede tener el profesional es el cansancio inapelable por a la cantidad, calidad y variedad de clientes, debe anular la generalización de sus pacientes, respetar la individualidad de cada paciente.
APERTURA DE ESPÍRITU	El profesional debe ajustarse al paciente, a fin de que éste se sienta libre para expresarse abiertamente como individuo. Tiene que mostrar un estilo comunicativo de honestidad y abierto en la relación.
APTITUD NEGOCIADORA	El paciente es libre de tomar las decisiones que deseé. La relación paciente-sanitario debe vivirse como un intercambio recíproco y de colaboración.
COMPROMISO	El profesional compromete parte de su tiempo con sus pacientes “escuchando” sus sentimientos e implicándose, porque una buena comunicación tiene en cuenta tanto el contenido como el sentimiento que le sigue.
RESPONSABILIDAD	Especialmente los sanitarios principiantes, se sienten confrontados al descubrir que sus pacientes tienen hábitos y comportamientos iatrogénicos para su salud. El problema de la responsabilidad, debe ser afrontado por el profesional para saber discernir entre que está en sus manos y qué está en las del paciente.
AUTENTICIDAD	El profesional debe crear una atmósfera que facilite y permita al sujeto la expresión de emociones y sentimientos; es indispensable que el sanitario sienta realmente lo que manifiesta (Kinget, 1976; Cibanal, Arce, Carballal, 2003)
CALIDEZ HUMANA	El sanitario debe ver al cliente como una persona, indistintamente de sus comportamientos o de sus pensamientos; permitirle vivir experiencias y emociones personales, sin intentar dominarlo; ser cálido y cordial.
ACTITUD EMPÁTICA	Los profesionales sanitarios han de ser capaces de ponerse en el lugar del paciente: desarrollar una aceptación incondicional y una muestra de actitud comprensiva y cercana.
ACTITUD DE CONCRECIÓN	Esta actitud incluye diferentes habilidades: registrar las descripciones del paciente, los contenidos de estas explicaciones, y los estados emocionales que reflejan. La concreción, también implica que el profesional emplee términos sencillos, y es recomendable que realicen una buena escucha activa, con lo que implica de feedback y de resumen que fomenta la concreción.
ESCUCHA ACTIVA	Mostrar una habilidad para escucharle sin interpretar desde sus propias experiencias con actitud de sorpresa.
SABER OBSERVAR	El profesional debe saber observar, tanto a él mismo, como a las reacciones del cliente, con el propósito de entender lo que ocurre en la relación y en la situación “aquí y ahora”.
PACIENCIA Y COMPETENCIA	En ocasiones no apreciamos los problemas de los otros, salvo que los revelen en la confianza hospitalaria. Las dificultades personales de los pacientes son frecuentes, y no siempre encuentran alguien que los escuche.

Figura 1.

Actitudes del profesional durante el proceso de comunicación con el paciente. (Fuente: Juan, C., Sánchez, L., Balsa, M. C., Sánchez, M. A., & Balsa, M. C., 2003, pp. 141-169).

Comunicación de malas noticias

El proceso de comunicación que se establece entre el sanitario y el paciente, se inicia a través de la *entrevista clínica* que se produce dentro de una situación en la que inician una conversación para abordar las cuestiones de salud que perturban al paciente, con el propósito de aclarar sus dudas determinando un diagnóstico y un tratamiento (Rivera Rey, Veres Ojea, Rego González y Tuñez López, 2016).

Cómo establece Villa López (2007) la comunicación, junto con la inspección de los síntomas y el apoyo emocional, son las herramientas básicas utilizadas en el desarrollo diario del trabajo de los profesionales sanitarios. Ser poco habilidoso a la hora de comunicar el diagnóstico del enfermo, puede originar un sufrimiento adicional innecesario en el paciente que recibe la información acerca de su estado de salud y además, un desgaste en la relación sanitario-paciente. En este sentido, el sanitario se encuentra en una posición complicada debido a su rol de profesional de la salud y las exigencias del enfermo, lo que le fuerza a tener que comunicar de la manera más idónea las malas noticias. (Bukman, 1984; Almanza, 1999; Rabow y McPhec, 1999; Ayarra, 2001; Alves, 2003; Gómez, 2006; Núñez, 2006; Barreto, 2007; Bascuñán, 2007; Villa, 2007; Mirón, 2010; Rivera Rey, Veres Ojea, Rego González y Tuñez López, 2016).

Sin embargo, los profesionales sanitarios pueden elegir varias formas de enfrentar “situaciones o conversaciones complicadas”; eso sí, de manera estandarizada y con una serie de pautas a través de lo que llamamos “**Protocolos de comunicación de malas noticias**”. Estas pautas que acabamos de nombrar tienen en común una serie de objetivos que resume Bascuñán (2013):

- Inspeccionar qué es lo que sabe el paciente, y cuáles son las expectativas que tiene acerca de su estado de salud.
- Saber cuán preparado está el enfermo para escuchar la comunicación, ofrecer en cantidad proporcionada lo que este requiere, dependiendo de su estado.

- Proporcionar apoyo emocional disminuyendo el impacto de la comunicación y la sensación de desamparo.
- Facilitar la cooperación del paciente en un plan de trabajo conjunto.

A través de estos protocolos, especialmente en la comunicación de *malas noticias*, los sanitarios pueden crear un estilo de relación y comunicación con el enfermo en el que estructuren adecuadamente tanto la comunicación de la mala noticia, con el mínimo daño posible, como la adecuación de dicha información que se proporcione a cada paciente en relación de sus recursos (Arranz Carrillo, 2002). En este sentido, sus objetivos son:

- Reducir el inmenso impacto psicológico que se asocia a este tipo de información.
- Fomentar la asimilación e incorporación de la comunicación en los esquemas cognitivos del paciente.
- Proporcionar refuerzo emocional.
- Asistir al arranque de recursos de afrontamiento que ayuden a la integración del proceso.
- Evitar la conspiración del silencio, favoreciendo la revelación de la verdad.

Protocolos de Actuación

Algunos de los protocolos más utilizados por los profesionales sanitarios para comunicar la mala noticia de su estado de salud a pacientes, son los siguientes:

El protocolo denominado SPIKES (EPICEE es la traducción al castellano) (Buckman, 2005 y Mirón González, 2010), uno de los más empleados y conocidos por el personal sanitario. El nombre lo componen las iniciales que forman parte de cada una de las fases ejecutadas por orden a la hora de comunicar la mala noticia; analicemos con más detalle cada una de las fases:

- Entorno (Setting):** Las malas noticias han de darse en un espacio privado de forma que sólo estén presentes el

paciente, sus familiares o personas más allegadas, y los miembros del equipo asistencial necesarios.

- *Percepción del paciente (Perception)*: Es necesario que el sanitario conozca qué es lo que sabe el paciente sobre su estado de salud antes de comunicar las malas noticias, para lo que habitualmente se utilizan preguntas abiertas. Si los sanitarios tienen en cuenta la información previa del paciente, tendrán la ocasión de modificar cualquier dato falso y, además, personalizar la información dependiendo de la comprensión que tenga el paciente, con el fin de lograr mayor eficacia.
- *Invitación (Invitation)*: Como dice Rodríguez Salvador (2010), los profesionales sanitarios tienen que invitar al paciente a que les pregunte sobre lo que necesita saber, para además conocer qué es realmente lo que le preocupa a la persona; lo denominan la “*verdad soportable*” (Mirón González, 2010), en el sentido de que ha de respetarse el ritmo individual del paciente.
- *Conocimiento o “Comunicación de la noticia” (Knowledge)*: Cuando estamos ante un paciente que ha deseado recibir la información, es el momento de hacerle comprender que se le va a comunicar una mala noticia (si no hubiera querido escucharla se pasaría directamente al plan terapéutico). Hay tres labores a realizar en esta fase (Arranz Carrillo, 2004): *decidir los objetivos, Alinear con el paciente, e Informar*.
- *Empatía (Empathy)*: Una vez comprendida la información por parte del paciente, habitualmente se iniciarán una serie de respuestas conductuales que pueden ser: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, o ambivalencia. El primer paso para ayudar al paciente es validar, aceptar y entender estas emociones; el paciente necesita

básicamente sentirse escuchado y comprendido.

- *Estrategia (Strategy and summary)*: Después de recibir las malas noticias, Rodríguez Salvador (2010) establece que los pacientes suelen experimentar sensación de soledad y de incertidumbre, por lo que propone varios procedimientos para reducir su angustia que consisten en: *resumir lo que se ha hablado, comprobar qué es lo que ha comprendido, y formular un plan de trabajo y de seguimiento*.

El protocolo “*ABCDE*” está basado en cinco fases muy parecidas a las de los protocolos “*SPIKES*” o “*EPICEE*” (Rabow y McPhec, 1999 y Rivera Rey et al, 2016):

- La “*A*”: “*Preparación del ambiente*” (*Advance preparation*): Los profesionales sanitarios tienen que prestarle atención al espacio físico, pero también ellos mismos han de prepararse a nivel emocional y mental para dar la mala noticia.
- la “*B*”: “*Conocer cuánto sabe y que quiere saber*” (*Build a therapeutic environment/relationship*): Incluye, tanto al paso 2 como al 3, de los protocolos EPICEE y SPIKES.
- La “*C*”: “*Comunicarse correctamente*” (*Communicate well*): Lo que se recomienda en esta etapa es que se “*llamen a las cosas por su nombre*”, que no se utilicen eufemismos.
- La “*D*”: “*Comprender la reacción del paciente*” (*Deal with patient and family reactions*): El objetivo es estar muy atento a las reacciones emocionales del paciente, y sostenerle emocionalmente.
- La etapa “*E*” centrada en “*Estimular y valorar las emociones*” (*Encourage and validate emotions*): La función principal que tiene el profesional es la de dar esperanzas realistas y hablar del futuro.

- Por otro lado, muy referenciado y utilizado a día de hoy, Mirón González (2010) presenta a otro protocolo formado por 10 puntos orientativos propuestos por Almanza Muñoz en 1998 y 1999 que sirven de orientación a los profesionales sanitarios para comunicar malas noticias y son los siguientes (Figura 2).

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente.
2. Conocer cuidadosamente la historia médica.
3. Conocer al paciente como persona.
4. Preparación del sitio de la entrevista
5. Organización del tiempo
6. Aspectos específicos de comunicación
7. Atención y cuidado de la familia
8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas.
9. Abordar la dimensión humanística del paciente.
10. Trabajar en los propios sentimientos.

Figura 2.

Protocolo “10 puntos a modo de orientación para la comunicación de malas noticias”. (Fuente: Almanza Muñoz, J.J.; Holland, J.C, 1998, pp. 372-378)

Finalmente, Villa López (2007), propone otro protocolo más en el que siguen los mismos movimientos que el “EPICEE”, pero con dos diferencias: a la etapa sexta la denomina “*plan de cuidados*”, y añade un nuevo apartado más al que llama “*autochequeo del profesional*”. A continuación, definiremos estas dos nuevas “etapas”, “fases” o “apartados” propuestos por esta autora. (Figura 3).

1. Preparación
2. Percepción
3. Invitación
4. Conocimiento
5. Empatía
6. Plan de cuidados
7. Autochequeo del profesional

Figura 3.

Protocolo “Villa López”. (Fuente: López, B. V., 2007, pp. 6-8).

- Sexta etapa. “*Plan de cuidados*”: En esta fase, el sanitario junto con el paciente elabora un nuevo plan de cuidados apoyados en las expectativas que se desean cumplir: aliviar síntomas y compartir miedos y preocupaciones.
- Séptima etapa. “*Autochequeo del profesional*”: El sanitario autoexaminara los sentimientos y actitudes que ha apreciado durante la comunicación (huida, angustia, ansiedad, miedo...), para posteriormente identificar sentimientos que le posibiliten mejorar en el desarrollo de su profesión; y no sólo eso, sino que le ayudara a conservar una buena salud mental, indispensable para evitar el síndrome del quemado (burnout).

Los protocolos que acabamos de describir son como un juego de insinuaciones, silencios y verdades indirectas para conseguir que el paciente elabore su propia realidad siempre teniendo en cuenta que la cuestión clave es transmitir al paciente la mala noticia sin destruir su esperanza, proporcionándole un clima de seguridad y confianza. Los profesionales sanitarios tienen que comprender que es complicado encontrar el equilibrio y atinar cada día. Utilizar ciencia, corazón y experiencia puede ayudarles a que se acerquen a ello (Arranz Carrillo, 2004).

Procedimientos y habilidades para la comunicación de malas noticias en Urgencias

Hemos explicado las formas más utilizadas para comunicar malas noticias cuando hay que informar sobre un diagnóstico clínico concreto, pero ¿qué hacer cuando hay que informar de situaciones inesperadas?

Ayarra y Lizarraga (2001) determinan que cuando hay que informar a los familiares de un acontecimiento inesperado, como una muerte en un accidente, una enfermedad grave súbita, etc., es recomendable utilizar la “*técnica narrativa*”; es decir, contar todo lo que ha ocurrido desde el principio. La

narración permite a los familiares que su cerebro se vaya adaptando a la nueva realidad. Estas situaciones son cada vez más frecuentes en nuestro medio y generan un gran sufrimiento. Núñez, Marco, Burillo-Putze y Ojeda (2006) establecen que el 65% de las muertes imprevisibles se producen en urgencias y que, por eso, los servicios de los hospitales tienen que contar con profesionales que tengan una serie de habilidades y actitudes para informar adecuadamente a los acompañantes del paciente. Para ello, proponen una serie de pautas para afrontar las dificultades que requiere, considerando que no tienen la posibilidad para preparar con tiempo las interacciones que siguen a la muerte, por lo que los primeros que se tienen que preparar son los profesionales sanitarios. En este sentido, se aconseja:

- Si el pronóstico del paciente es la muerte en los próximos minutos, los profesionales sanitarios deben de informar de lo que está ocurriendo, advirtiendo de que la situación de éste es crítica, para no dar lugar a falsas ilusiones.
- Si el paciente acaba de perecer, los profesionales sanitarios tendrán que utilizar la técnica narrativa que anteriormente hemos nombrado, para ir relatando los hechos ocurridos, el tratamiento que se le ha proporcionado y la respuesta del paciente, para terminar comunicando la mala noticia de la muerte del paciente.
- Si hay que contactar con los allegados del paciente por teléfono hay que tener en cuenta los siguientes elementos:
 - Describir brevemente la situación del paciente, eludiendo términos con impacto como “infarto” o “accidente”.
 - Aconsejar al familiar o familiares que se presenten en urgencias para que un médico les comunique con mayor precisión cómo se encuentra el paciente lo más rápido que puedan.
 - Utilizar un tono de voz pausado y calmado.

Por otro lado, lo que le ha ocurrido al paciente es de gran trascendencia durante la comunicación de la mala noticia, ya que cómo dice Issacs (2005) y Núñez, Marco, Burillo-Putze y Ojeda (2006), los más allegados van a prestar una gran atención a qué se les dice y cómo se les dice, y el mensaje tiene que ser claro, el lenguaje asequible a los familiares, e inteligible, además de informar de que el paciente ha muerto, esquivando palabras o frases confusas.

También es necesario que el profesional sanitario se fije en su comunicación no verbal, ya que como dicen Hall (1989) y Núñez, Marco, Burillo-Putze y Ojeda (2006), la comunicación verbal protagoniza al 60% de la comunicación. Estos mismos autores nos han facilitado una serie de expresiones a tener en cuenta por los sanitarios a la hora de informar en situaciones inesperadas (Figura 4).

La comunicación de las malas noticias siempre será una parte repulsiva, pero necesaria en el proceso clínico, aun así, los profesionales sanitarios tienen que hacer lo posible (Johnston, 1992 y Villa López, 2007) por favorecer la resolución de los sentimientos de los individuos, y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno.

ACCIÓN	EFFECTO
Lugar	La comunicación en un despacho o habitación privada es una manifestación de respeto.
Posición	Hay que tener en cuenta que sentarse señala una gran tendencia a dedicar a la familia el espacio de tiempo que sea imprescindible.
Situación	Es mejor situarse directamente frente a la otra persona, ya que situarse a un lado reduce el grado de implicación.
Contacto visual	El contacto visual debe ser mutuo, se recomienda que al mismo nivel, que reconozca al sujeto que tiene delante y expresa la inclinación a mantener una comunicación.
Movimiento	Al inclinarse y acercarse al familiar, los sanitarios emiten implicación.
Postura	La posición idónea es aquella en la que ni los brazos ni las piernas están cruzados y esto hace que transfiera que la persona anhela que haya una comunicación.
Apariencia	Un aspecto descuidado produce desconfianza.

Figura 4.

“Algunas expresiones de la comunicación no verbal”. (Fuente: Núñez, S., Marco, T., Burillo-Putze, G., & Ojeda, J., 2006, pp. 581).

Comunicación en pacientes oncológicos avanzados

Se ha considerado que existe la *conspiración de silencio* cuando se oculta información a una persona que quiere saber lo que le sucede, y suele realizarse con el fin de ocultar el diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de la situación; habitualmente es un hábito de amor mal enfocado (Barbero et al, 2005). Como dicen Lizárraga Mansoa, Ayarra Elia y Cabodevilla Eraso (2006) transmitir la información es un proceso complejo para los profesionales sanitarios y no sólo eso, ya que en la decisión *de informar* o no, confluyen muchos factores:

- Existe una idea errónea en la que se cree que, si el paciente desea recibir información, ya preguntará (Leydon, 2000 y Lizárraga et al 2006).
- La creencia por parte de los sanitarios y familiares de que conocen los deseos y necesidades de los pacientes (Bruera et al 2001 y Lizárraga et al 2006).
- Teniendo en cuenta (Lizárraga et al 2006) que la mayoría de las familias desea que no se informe al paciente, ya que esta información va a quitarle la esperanza.
- Los familiares necesitan protegerse de la nueva adaptación. La conspiración pone en evidencia los obstáculos de la familia para enfrentarse al sufrimiento de lo que ocurre y, en este sentido, necesitan y/o desean negarlo (Arranz et al, 2005).

Sin embargo, parece evidente que es necesaria la comunicación y transmisión de información fidedigna con el paciente oncológico, por varias razones: por un lado, por el derecho legal del paciente a ser informado, y, por otro, porque gran parte de los enfermos tienen conciencia de la gravedad y la cercanía a su muerte, y si encuentran negación y ocultación en el entorno que le rodea, tanto familiar como sanitario, tienen que vivir sus emociones y sensaciones en solitario, sin poder manifestar e intercambiar temores y preocupaciones. En este sentido, compartir la información con el paciente disminuye su ansiedad y le facilita una vida más normalizada, y ser consciente del avance de la enfermedad, y la cercanía a su muerte; además, es muy relevante la ayuda que los familiares puedan aportar también al paciente en este sentido (Lizárraga et al 2006).

Respecto a la cuestión sobre *qué informar*, Arranz Carrillo y Barbero (2011) nos presentan una serie de puntos que pueden ayudar a los sanitarios en la comunicación paciente-familiares:

- La información que necesite el enfermo en cada momento puntual.
- No sólo hay que informar al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de una determinada enfermedad, sino de descubrir valores y prioridades para incorporarle a la toma de decisiones, y permitirle prepararse para la muerte.
- Comparar la importancia personal entre la calidad y la cantidad de vida.

- Proporcionar información sobre la realización del testamento vital.
- Facilitar información a los familiares acerca del cuidado del paciente.
- Comunicar a cada familiar las ventajas e inconvenientes que supone la hospitalización o no del enfermo.

Otro aspecto relevante se refiere a aquellas informaciones que el profesional sanitario conviene que conozca sobre el paciente, en aras a optimizar su capacidad comunicativa y empática. En este sentido, Arranz Carrillo y Barbero (2011) proponen una serie de cuestiones para facilitar la evaluación e iniciación de conversación con este tipo de pacientes, y el posterior apoyo emocional (Arranz Carrillo, 2004):

- Explorar el significado que tiene la enfermedad para el paciente
- Reconocer la forma de afrontamiento que utiliza el paciente
- Inspeccionar cuál es la red de apoyo social
- Definición y priorización de los problemas
- Evaluar recursos espirituales
- Identificar la vulnerabilidad psicológica
- Identificar cuáles son las circunstancias económicas
- Establecer una relación con los profesionales

Los profesionales sanitarios, tienen que mentalizarse de que el paciente es el protagonista, y sus dificultades no deben obstaculizar la comunicación. Acompañar al paciente en su enfermedad y en su muerte, requiere un gran esfuerzo y estrés al comienzo, porque posibilita vivir emociones muy intensas con el paciente, la familia y los propios sanitarios (Lizárraga Mansoa, Ayarra Elia y Cabodevilla Eraso, 2006).

Por otro lado, y respecto a la intervención con los familiares, y siguiendo las propuestas Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1987), se ha de entender que los sistemas interpersonales (como la familia), son explicados como circuitos de retroalimentación, positivos o negativos, que

influyen en la homeostasis de los sujetos y dan lugar a que el sistema cambie. Por lo tanto, cuando un paciente enferma o se encuentra en el final de su vida, ocurren cambios en sus familiares y éstos tendrán que poner de su parte para que el sistema familiar pueda volver a equilibrarse.

Otro debate abierto en relación a los pacientes oncológicos y sus familiares, es la cuestión de quién es el encargado o encargados más idóneos para transmitir la información de la mala noticia. En principio, la persona más adecuada para comunicar la noticia debe de ser el clínico que atienda directamente al paciente, y el que tenga mayor/mejor información sobre el proceso terapéutico y las posibles soluciones, sólo o con ayuda de otros profesionales de su equipo. Sin embargo, ha de señalarse la importancia de la coordinación y definición de papeles dentro del equipo de salud: es decir, el paciente y sus familiares frecuentemente preguntan sus dudas a distintos profesionales, por lo que es necesario que haya una definición de quiénes van a ser los sujetos que se ocupen de informarles, para que las respuestas sean las mismas y no haya contradicciones (Rassin et al, 2006; Mirón González, 2010).

El counselling en el ámbito sanitario

El counseling (Rogers, 1977) tuvo sus orígenes en el ámbito clínico y hospitalario, como una forma de intervenir sobre aspectos psicológicos centrados en la persona. Actualmente, se considera una técnica imprescindible para la mejora de la relación “sanitario-paciente” en cualquier ámbito patológico (Bimbela, 2001; Arrnz et al, 2005 y Martí-Gil, Barreda-Hernández, Marcos-Pérez y Barreira-Hernández, 2013).

Para llevar a cabo este proceso, el profesional tendrá que asumir la idea de que la salud es un derecho o una opción del usuario y no una obligación, y habrá de desarrollar una serie de habilidades imprescindibles que van mucho más allá de la buena capacidad comunicativa que, de manera natural, pueda tener un profesional (Bimbela, 2001; Arranz et al, 2005). Por tanto, el profesional sanitario

habrá de formarse en el desarrollo y manejo de: *Habilidades emocionales*, *Habilidades de comunicación* y *Habilidades de motivación para el cambio de conducta*.

Habilidades emocionales

El desarrollo de estas competencias es necesario para establecer cualquier comunicación al principio, durante y después de las interacciones profesionales que hayan de realizarse, con el objetivo de manejar las alteraciones emocionales que puedan ir surgiendo en el profesional o el paciente y/o allegados. El propósito es buscar soluciones para que estas emociones no desborden ni al profesional ni al paciente, y después elegir la alternativa y actuar. Para conseguirlo, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de las emociones: *nivel cognitivo*, *nivel fisiológico* y *nivel motor*. A continuación, se describen brevemente.

- a. Para empezar, la intervención *el nivel cognitivo*, incide en la interpretación que el paciente hace acerca de una situación. El sanitario tiene que asegurarse que el sujeto interprete su nueva situación de manera adecuada, sin que haya ninguna distorsión cognitiva. Si aparecen distorsiones cognitivas, le alejaran de ver la realidad objetivamente, y bloquearan cualquier intento de solución (Beck, 1962, 1995).
- b. También es imprescindible la intervención en *el nivel fisiológico*, ya que el sistema vegetativo probablemente esté alterado por haber percibido la nueva noticia como amenazadora, estresante o desagradable. El sistema nervioso activado, si se mantiene excesivamente en el tiempo, o se activa a niveles muy altos, puede provocar tanto un deterioro en los niveles cognitivo y motor, como una disminución de la capacidad para enfrentarse convenientemente a su estado de salud. Tazón et al (2002), proponen que, para poder afrontar adaptativamente la nueva situación, deben utilizarse tanto *estrategias activas* como *estrategias de distracción y diversión de la atención*.

- c. Otro de los niveles en los que se interviene es en *el motor o conductual*: ante una situación fuerte e inesperada, es probable que no se sepa cómo actuar adecuadamente.

Habilidades comunicativas

El sanitario se tiene que fijar, tanto en las palabras que utiliza, como los gestos que le acompañan, ya que todo lo que hace y no hace *es comunicación* (Watzlawick, 1967). Entre los elementos centrales en la comunicación humana, nos vamos a centrar principalmente en la *escucha activa* y la *empatía*.

- a. Empezaremos con la *escucha activa*. ¿Cómo se consigue escuchar con atención y de forma activa, y que el paciente se dé cuenta de que el sanitario así lo está haciendo? Costa Cabanillas, López Méndez (2008) proponen nueve reglas imprescindibles para lograr poner en marcha la escucha activa (Figura 5). A través de la escucha, los sanitarios consiguen animar a los pacientes a que hablen y cuenten lo que sienten. De esta manera, saben cuál es su percepción de su nueva situación, y, además, se pueden reducir los sesgos perceptivos y se promueve un clima para el dialogo y la negociación de las posibles alternativas que se barajan (Costa Cabanillas, López Méndez, 2008).
- b. No sólo la escucha activa es importante, ha de estar acompañada de una buena *empatía*. Rogers (1980) fue el primer autor que acentuó la importancia de la comprensión empática como un requisito imprescindible para establecer la relación terapéutica. Este autor describe que consiste en la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él, y una vez captados, comunicárselos a través de la devolución de mensajes que contengan la un componente afectivo hacia el paciente. (Costa Cabanillas, López Méndez, 2008).

1. Mentalizarse y tener presentes las ventajas de escuchar: para conseguir, no sólo mejor predisposición a escuchar, sino que también obtienen beneficios para que el consejo psicológico sea óptimo.
2. Expresar su disposición a escuchar y preparar las condiciones para hacerlo: Es imprescindible que los pacientes perciban que los sanitarios están dispuestos a escucharlos, y tienen que hacerlo sin interrupciones y sin prisa, por eso tienen que habilitar el lugar donde van a hablar y realizarlo en un momento donde el sanitario disponga de tiempo para hablar.
3. Observar al paciente mientras habla para identificar lo que está contando y, sobre todo, fijarse en lo que comunica desde los elementos no verbales.
4. Sincronizar el comportamiento verbal y no verbal mientras escuchan: Es imprescindible que los gestos estén en sintonía con las palabras que escuchamos.
5. No incurrir en obstáculos. Hay que tener cuidado con interrumpir al paciente o incluso mostrarse en desacuerdo con la decisión tomada por el paciente.
6. Comprobar que el paciente ha finalizado con su discurso. Para ello, el sanitario tiene que cerciorarse de esto, realizando preguntas como <i>¿Desea contarme alguna cosa más?</i>
7. Tener un guion del discurso o de los temas de los que se desea indagar información. (sirven las propuestas de los protocolos que se proponen en el apartado 4)
8. No apelar al tiempo cuando no se tiene tiempo para escuchar. Es imprescindible que el profesional no esté tan atento al tiempo que tiene, sino qué es lo que va a hacer con el tiempo que se tiene. También es muy importante cómo se transmite que no se tiene tiempo para escuchar a un paciente.
9. Permitir que afloren las emociones. Respetar el modo en que los pacientes transmiten sus emociones (con voces, ironías, quejas, llantos...) tras conocer la noticia de su estado de salud, pero poniendo límites para apaciguar algunas de las expresiones que pueden interferir con el proceso del consejo.

Figura 5.

Nueve reglas que ayudan a la escucha activa. (Fuente: Costa, M. & López Méndez, E., 2003, pp. 133-135)

Habilidades de motivación para el cambio de conducta

El objetivo fundamental de estas habilidades, es incentivar a los pacientes a que sigan correctamente la alternativa que han elegido (*Adhesión al tratamiento*). Como es algo que van a hacer los propios pacientes, es importante que los sanitarios previamente hayan reconocido la libertad de elección con respecto a los objetivos terapéuticos como una forma de aumentar la motivación del paciente. (Thornton, Gottheil, Gellens y Alternan, 1977; Sánchez –Craig y Lei, 1986; Miller y Rollnick 1999).

Vamos a centrarnos en cómo desarrollar estas habilidades para crear motivación hacia el cambio de conductas y hábitos del paciente. Bimbela (2001) propone el modelo P.R.E.C.E.D.E (adaptación del propuesto por Green, 1991).

- En primer lugar, hay que averiguar cuáles son los factores *predisponentes* (*Predisposing*) que están relacionados con la motivación del sujeto para realizar la conducta que se quiere promover; analizar cuáles son las actitudes y opiniones que tiene el paciente acerca del tratamiento, y cerciorarse de que los valores y creencias del paciente, están en relación con lo que se está realizando.
- El análisis de los *factores facilitadores* (*Enabling*) también es indispensable. De esta manera el sanitario podrá saber cuáles son las facilidades, habilidades o destrezas que tiene el paciente para realizar la conducta.
- Y por último, los sanitarios han de prestar especial atención a los *factores reforzantes* (*Reinforcing*). Tienen que averiguar qué supone para el paciente realizar una determinada acción terapéutica: cómo

afecta a su medio social, a su familia, a él mismo, que beneficios o perjuicios físico-emocionales obtiene y cuáles son las consecuencias conseguidas.

Si estas habilidades interpersonales se desarrollan de manera correcta, los procesos de influencia del sanitario se hacen efectivos para promover los objetivos esenciales del counseling: aceptación, apoyo, validación, potenciación y cambio (Costa Cabanillas, López Méndez, 2008). Además, el counseling beneficia tanto al profesional de la salud, que puede trabajar de forma más eficaz y satisfactoria, como al paciente, que se siente mejor atendido, más complacido y más motivado para llevar a cabo conductas saludables, lo que conlleva a un beneficio de las instituciones sanitarias al lograr un uso más racional de servicios y fármacos, y promover y mantener estilos de vida más saludables (Bimbela, 2001).

Conclusiones

Establecer una buena comunicación entre sanitario y paciente no es solamente beneficioso para la mejora de vida y el bienestar emocional del enfermo, sino que también contribuye a potenciar la eficacia curativa final de las intervenciones biomédicas, y la efectividad y eficiencia del sistema sanitario.

Es irremediablemente necesario que los profesionales sanitarios estén capacitados para desarrollar de manera idónea sus habilidades comunicativas, y así establecer una buena relación sanitario-paciente, ya que como hemos visto, el empleo de una buena comunicación puede proporcionar una mejora del estado emocional, una eminente aclimatación psicológica de los pacientes, y una mayor capacidad para afrontar los deterioros de su estado de salud. Por eso, no sólo tienen que disponer de conocimientos clínicos, si no también deben identificar cuáles son aquellas habilidades que tienen que entrenar para potenciar la relación-comunicación con el enfermo.

Por otro lado, parece imprescindible la introducción del *counseling* en el ámbito

sanitario por diversas razones: al desarrollar eficazmente las habilidades emocionales, comunicativas y motivacionales, los sanitarios no sólo consiguen una mejoría en la relación con su paciente, sino que ambos logran beneficios; el primero, sentirse más satisfecho en su labor, porque trabaja de manera más eficiente y contempla mejores resultados en la conducta de sus pacientes; y el enfermo, no sólo consigue una mayor autonomía, mediante sus decisiones y acciones hacia su propia salud, sino que también logrará cambios duraderos en su comportamiento y estilo de vida que le aleja de la iatrogenia, gracias a los conocimientos y recomendaciones del sanitario que le incitan a reflexionar.

Es esencial inculcar en los procesos formativos universitarios, que los profesionales sanitarios no pueden que tener carencias de aprendizaje que les imposibiliten manejar adecuadamente las reacciones psicológicas que surgen en la comunicación con los pacientes.

Por lo tanto, es indispensable que los profesionales sanitarios cuiden la parte física de los pacientes, pero también sus emociones, preocupaciones y sentimientos, aprendiendo una serie de habilidades para conseguir una mejora en la comunicación con el paciente que repercutirá un aumento de la calidad en la relación paciente-enfermo y en una mejora de la percepción de los sistemas sanitarios.

Contribución de los autores:

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.

M.P.Q.A. ha contribuido en a,d,e; M.H.B.C. en a,d,e

Referencias

- Almanza Muñoz, J.J. & Holland, J.C. (1998). La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Revista Sanidad Militar*, 52(6), 372-378.

- Arpsicologia.com (2016).
<http://arpsicologia.com/articulos/beck.html>
- Arranz Carrillo, P. (2004). Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: La acogida. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, (2) ,127-137.
- Arranz, P. & Barbero, J. (2011). Modulo comunicación, gestión emocional y duelo. *XII edición Master Cuidados Paliativos UAM: 1- 57*
- Ayarra, M. & Lizarraga, S. (2001). Malas noticias y apoyo emocional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2): 55-63
- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., & Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time/Roche Farma.
- Bascuñán, M.L. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4) ,685-693.
- Bayés, R. (2004). Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, 1, 113-125
- Benítez del Rosario, M.A. & Asensio Fraile, A. (2002). La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Atención Primaria*, 30(7) ,463-466. ([http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79073-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79073-2))
- Bimbela, J.L. (2001). El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del sistema sanitario de navarra*, 24(2) ,33-42.
- Borrás, F. (2003). *La comunicación médico enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psicoconeuroinmunología* (http://www.terapianeural.com/images/stories/basic/COMUNICACION_MEDICO-PACIENTE.pdf)
- Castillo, C.R. (2015). Conspiración del silencio. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2) ,213-221.
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M., & Carballal Balsa, M. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.
- Costa, M. & López Méndez, E. (2003). *Consejo psicológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Lizarraga Mansoa, S., Ayarra Elia, M. & Cabodevilla Eraso, I. (2006). La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. *Atención Primaria*, 38(2) ,7-13.
- Llubià Maristany, C. (2008). El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. *Humanitas Humanidades Médicas*, 27, 13-27. (<http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM27.pdf>)
- Martí-Gil, C., Marcos-Pérez, G. & Barreira-Hernández, D. (2013). Counselling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236-239.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Mirón González, R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Revista española de comunicación en salud*, 1(1) ,39-49.
- Núñez, S., Marco, T., Burillo-Putze, G. & Ojeda, J. (2006). Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Medicina Clínica*, 127(15) ,580-583.
- Rivera Rey, A., Veres Ojea, E., Rego González F. & Túnez López, J.M. (2016). Análisis de la formación en comunicación y la relación médico-paciente en los grados de Medicina en España. *Índex Comunicació*, 6(1), 27-51.
- Rodríguez Salvador, J. (2010). *Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias*. (<http://doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>)
- Rogers, C.R. (1972). *Proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós.

- Sanz Ortiz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Medicina Clínica*, 144 , 222-226.
- Tazón Ansola, M.P., García Campayo, J., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2002). *Relación y comunicación*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Villa López, B. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación*, 1, 31.
(<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/355/346>)
- Watzlawick, P., Jackson, D., & Bavelas, J. (1987). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- Xavier Borràs, F.C. (2003). La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o iatrogenia: psiconeuroinmunología. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, 1, 27-38.