

# TECNICAS DE COMUNICACIÓN

## BLOQUE TEÓRICO:

B-I Introducción

B-II Entrevista Semiestructurada. Fase Exploratoria

B-III Entrevista Semiestructurada. Fase Resolutiva

Seminarios: Metodología grupal para aprendizaje de habilidades de comunicación (microenseñanzas, role playing)

Evaluación: examen final (50%), práctica (50%)

## Bibliografía:

“Manual de Enfermería Clínica” *F. Borrell y Carris. Doyma, Barcelona 1992*

“Interrelación del Profesional de Enfermería con el Paciente” *L. Cibanal Juan*

“Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud” *L. Cibanal  
juan*

“El lenguaje del cuerpo” *Pease. Paidós*

## **MODELOS DE RELACIÓN. ESTILOS DE COMUNICACIÓN**

### **RELACIÓN DE COMUNICACIÓN**

La comunicación es la habilidad clínica de un profesional de enfermería.

La comunicación es:

- Componente clave en una relación con el cliente.
- Rol principal
- Define la calidad de los cuidados de enfermería
- Relación de ayuda

Hoy en día los modelos que se ven son estilos centrados en la tarea y no en el cliente.

La comunicación en enfermería es un **proceso** no natural (es aprendido), complejo (pero que se puede aprender) que requiere unas habilidades que se pueden aprender, practicar y mejorar.

Se aprende de la persona, de los procesos internos, de los cuidados...

Cuando uno se forma en comunicación lo primero a lo que nos enfrentamos es al Autoconocimiento. Cada uno, a medida que se va conociendo es más permisivo con los demás, más tolerante.

### **PROCESO DE COMUNICACIÓN**

Dentro del cuidado teniendo en cuenta el aspecto técnico (habilidades de comunicación) y la faceta interpersonal (actitudes) realizaremos una entrevista.

La Entrevista, según el método que utilicemos para realizarla podrá ser:

- Libre: los contenidos están elegidos por el entrevistado
- Semiestructurada: los contenidos son parcialmente determinados por el entrevistador (es la ideal, el entrevistado es copartícipe)
- Estructurada: los contenidos están totalmente determinados por el entrevistador.

## **ESTILOS DE COMUNICACIÓN: En la Relación Profesional**

En la relación profesional hay diferentes formas o estilos de comunicación. Cada uno está inmerso en uno de ellos. Son los estilos:

- Técnico
- Paternalista
- Camaradería
- Cooperativo (contractual o asertivo)

### **Estilo Técnico:**

- Centrado en la enfermedad (*la enfermería realiza las tareas de acuerdo con su enfermedad*)
- No se valoran los aspectos psicosociales (*no se hace porque no sabemos manejarnos con estos aspectos*)
- No se deja opinar al enfermo (*técnicamente está todo hecho. El médico prescribe y nosotros hacemos*)
- Insatisfacción por parte de los clientes y por tanto una baja cumplimentación del tratamiento

### **Estilo Paternalista:**

- El profesional: Sí valora de alguna manera los aspectos biospsicosociales pero lo que también hace es imponer sus propios valores
- Se impide opinar y responsabilizarse al cliente de su situación de salud
- Se crea dependencia

### **Estilo Camaradería:**

- No hay distancia terapéutica, es imposible ayudar (*hay que saber poner límites. No ejercemos de amigos, sino que la relación es de enfermero-paciente*)
- El profesional no asume responsabilidades  
*El profesional tiene la visión errónea de que hay que llevarse bien con el cliente, pero sin importar el precio que se pague y así hay veces que uno no se atreve a decir lo que uno quiere.*

### **Estilo Cooperativo:** *Utiliza el Estilo Asertivo*

- Modelo centrado en el cliente
- El talante que tiene que tener el enfermero tiene que ser: negociador y asertivo  
*(en el modelo asertivo uno tiene que tener derechos y deberes)*
- Interesa la persona (modelo biopsicosocial)
- Se comparten responsabilidades

## **ESTILOS DE COMUNICACIÓN: En la Relación Interpersonal**

Hay cuatro estilos básicos, cada uno tiene unas características propias y en general, siempre uno predomina. Estos estilos son: pasivo, agresivo, manipulador, asertivo.

*Cada persona es de una manera o predomina un estilo en él porque se ha socializado así*

### **ASERTIVIDAD ¿Qué es ser Asertivo?**

Es desempeñar plenamente y con seguridad los deberes y derechos concernientes a un determinado rol social

## Desarrollo de un Estilo Asertivo

Para desarrollar este estilo hace falta:

- Autoestima (*buena, tenemos muchas cosas positivas. Hay que arriesgarse a decir las cosas... hay que trabajarse*)
- Respeto mutuo (*si yo no tengo esta base no voy a saber respetar al paciente*)
- No buscar vencedores ni vencidos (*unas veces tendrán razón unos y otras otros. Si somos desestimados constantemente, nuestro potencial de estima va bajando*)

## Características Básicas del Estilo Asertivo

*El modelo cooperativo requiere un Estilo Asertivo. Esto supone tener unas características básicas como:*

- Capacidad de escuchar al otro (*normalmente se habla mucho pero se comunica poco, estamos más aislados*)
- Posibilidad de decir no (*no es fácil decir NO, pero se puede aprender*)
- Dar y recibir críticas constructivamente (*dar críticas es fácil, lo más complicado es recibirlas, hay que estar preparado para esto*)

## Derechos Asertivos

Tengo derecho a:

- Cometer errores (*hay que afrontarlos y subsanarlos*)
- Tener sentimientos y opiniones (*uno para ser asertivo tiene que tener derecho a opinar*)
- Expresar sentimientos
- Pedir lo que deseo (*si necesito algo, p.e. ayuda, tengo que pedirla. La contrapartida es que hay que reconocer que “No podemos con todo” y eso cuesta*)
- No justificarme (*cuando digo “no”*)
- No seguir los consejos
- Negarme a peticiones

## COMUNICACIÓN NO VERBAL

- **Concepto**
- **Características**
- **Clasificación**
- **Clasificación de actos**
- **Interpretación del lenguaje no verbal. Guía básica**
- **Conducta no verbal del terapeuta.**

### CONCEPTO

Eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita.

*No existe la NO comunicación. El contenido que hablamos es verbal, pero lo que acompaña a todo lo que digo es Comunicación No Verbal.*

### CARACTERÍSTICAS

- Es el tipo de comunicación más importante. *En una relación de comunicación hasta el 60-70 % del contenido es No Verbal.*
- Es afectivo. *Básicamente lo que transmitimos son sentimientos, aunque seda de una manera inconsciente*
- Es inconsciente. *Nos valemos de diferentes mecanismos sin darnos cuenta. Es muy difícil controlarla*
- Es equívoco. *La comunicación No Verbal admite múltiples interpretaciones. Se llega a consensos. En un contexto se interpreta de una manera y en otro de manera distinta.*

### CLASIFICACIÓN

1. Kinésica: estudia el movimiento corporal (*movimiento de manos, cabeza o cualquier otra parte del organismo. Se incluye la mirada y la postura general del cuerpo. Con una mirada el terapeuta puede llegar a mandar órdenes*)

2. Tactésica: estudio del contacto corporal (*qué partes del cuerpo tocas, cuáles se usan para tocar. Hay familias/personas que necesitan tocarse mucho, eso no quiere decir que se quieran más. Hay que saber qué tocar, cuándo, dónde y cómo porque se mandan mensajes muy diferentes. Para utilizar esta dimensión hay que tener dominio de las otras*)
3. Proxémica: análisis de las características espaciales (*estudia las distancias sociales que adoptamos en los distintos entornos. No es lo mismo con amigos (distancia íntima) que la distancia personal, social...*)
4. Paralingüística: forma de decir las palabras (*timbre, tono, velocidad, volumen de voz...*)
5. Otras características:
  - Características físicas del interlocutor (*formas de vestir, perfume, peinado...*)
  - Factores ambientales
  - Artefactos: objetos personales

## CLASIFICACIÓN DE LOS ACTOS

- Emblemas: actos no verbales (traducción verbal directa) *P.e. mover la cabeza para decir SI. En todos los lugares el mismo emblema no quiere decir lo mismo.*
- Ilustradores: movimientos asociados al lenguaje verbal (*el que utiliza mucho las manos, suele ser porque están en ambientes relajados*)
- Reguladores: regulan el flujo de la conversación (*movimiento de ojos, cabeza... los reguladores se comprenden fácilmente*)
- Adaptadores: manipulaciones con alguna parte del cuerpo (*gestos, movimientos que se realizan desde que somos niños, comerse las uñas, los pellejos...*)

- Expresiones emocionales: gestos faciales, lenguaje universal (*sonrisa y lágrimas. Se llora muchas veces más por pena que por alegría*)

## **INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA**

### **Axiomas Básicos:**

- No se puede interpretar el lenguaje No Verbal fuera del contexto del lenguaje Verbal y entorno comunicativo de la persona
- No puede interpretarse un gesto corporal de manera aislada
- No pueden obviarse las diferencias transculturales
- No deben obviarse las implicaciones del lenguaje No Verbal entre pacientes y profesionales.

## **INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA**

### **Dimensión de Comunicación KINÉSICA**

#### **Mirada:**

- Contacto ocular (*uno mira al otro al hablar. Es necesario este contacto en las relaciones enfermero/paciente. Por otro lado hay que tener en cuenta que con los ojos también podemos invadir a una persona, a veces intentamos establecer contacto y no podemos, en este caso habrá que esperar*)
- Movimiento de ojos (*el movimiento rápido de ojos se asocia a ansiedad, los que parpadean poco se asocian a escucha, atención...*)
- Humedecimiento ocular (*unos ojos cuando se humedecen están vibrando de emociones*)
- Dilatación pupilar (*cuando una persona está sorprendida, se le dilatan*)



### **Expresiones Faciales:**

- Sonrisa
- Depresión de la boca (*es frecuente en personas tristes*)
- Contracción de los músculos faciales (*las personas agresivas lo hacen*)
- Abrir la boca (*somnolencia, aburrimiento, hambre*)

### **Postura General del Cuerpo:**

- Adelante/atrás (*espalda hacia delante → apertura a la comunicación, hacia atrás → desinterés*)
- Rigidez/flacidez
- Cerrada/abierta (*cruzar los brazos o las piernas / brazos a lo largo del cuerpo*)

### **Movimientos Corporales:**

- Continuo (*ansiedad*)
- Frecuentes gesticulaciones, ilustradores, encogimiento de hombros (*Cada gesto/acción siempre tiene un impacto en el otro. Todos no nos perciben igual*)

## **INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA**

### **Dimensión de Comunicación TACTÉSICA**

*Las personas que están manejando el tacto y lo saben utilizar pueden mandar mensajes al tocar.*

- Presenta diferencias culturales(*aquí para dar ánimo tocamos en la espalda*)
- Instrumental
- Objetivo concreto ≠ comunicación
- Expresiva/comunicativa
- Expresiones del tacto

## **INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA**

### **Dimensión de Comunicación PROXÉMICA**

#### **Distancias:**

- Íntima            15 – 45 cm
- Personal        45 – 125 cm
- Social            1,25 – 3,5 m
- Pública          > 3,5 m

## **INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA**

### **Dimensión de Comunicación PARALINGÜÍSTICA**

- Tono
- Velocidad
- Tartamudeos
- Lapsus
- Silencios

*Se pueden modificar el tono y la velocidad porque el impacto del timbre y del tono son muy diferentes.*

## INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL. GUÍA BÁSICA

### Factores Ambientales. Apariencia física

*Tenemos que conocer qué impacto tenemos para el cliente y cuál tiene él para nosotros.*

#### **Atractivo Físico:**

- Aspecto físico
- Características: psicológicas, sociológicas
- Ropa
- Adornos
- Altura entre el paciente y el profesional

#### **Mecanismos de Comunicación:**

- Escenografía: entorno comunicativo (*no es lo mismo comunicar una noticia en el despacho o en el pasillo*)
- Apariencia (*del terapeuta*)
- Modales: manera de recibir, tratar, escuchar (baja reactividad), hablar. (*Básicamente en el modo de hablar, el modelo sería asertivo. La manera de tratar a los clientes es con lo que se quedan y lo que mayor impacto les provoca a los cliente, porque en general, los conocimientos médicos suponen que los tenemos. Hay que saber qué decir y qué NO decir*)

## **CONDUCTA NO VERBAL DEL TERAPEUTA.**

### **ENTREVISTA Semiestructurada**

Tiene dos características:

2. Los contenidos están parcialmente determinados por los sanitarios.
3. Se deja espacio libre para la narración del paciente (*porque son seres activos, protagonistas de sus cuidados. La comunicación no verbal prevalece sobre la verbal. Elegimos este tipo de entrevista por el concepto que tenemos de la persona*)

#### **Fases:**

- Exploratoria
- Resolutiva

### **FASE EXPLORATORIA**

El motivo de la fase exploratoria es que nos interesa averiguar el/los motivos de la consulta.

Trabajaremos estas partes básicas:

1. Recibimiento cordial
2. Pregunta abierta
3. Delimitar consultas
4. Apoyo narrativo
5. Información específica
6. Acompañamiento en la exploración

En el primer contacto con la persona, hay que conseguir:

averiguar el/los motivos de la consulta:

## **1. Recibimiento cordial**

## **2. Pregunta abierta**

*“Nunca hay segunda oportunidad de causar una primera impresión”. Hay que saber empezar con buen pie: CONECTAR, estar en la misma onda porque sino lo que escuchamos es diferente. Saber cómo conectamos es muy impactante.*

- Crear un clima cálido y personalizado (*tener en cuenta con qué elementos de comunicación contamos*)
- Adecuación del momento
- Sensación de tiempo (*que no parezca que tenemos prisa*)

### **¿Qué elementos de comunicación tenemos que tener?**

#### **Elementos de comunicación**

##### **VERBAL**

Saludo

Presentación

Llamar al paciente

por su nombre

Uso de Tú-usted

##### **NO VERBAL**

Contacto ocular

Distancia

Postura abierta

Tono cálido

Sonrisa

*Me llamo .... y soy enfermero/alumno de Enfermería.*

*El uso del tú y del usted lo decide el paciente.*

*En habitaciones en las que estén discutiendo, cuando el enfermero baja el tono de voz, se aminora y baja el tono la gente (se va neutralizando la escalada de violencia).*

Averiguar el/los motivos de la consulta:

### **3. Delimitar consultas** (así podremos)

- Conocer los motivos de la consulta
- Prevenir demandas añadidas
- Responder de manera efectiva

Con estas tres cosas haremos:

- Un listado de los problemas
- Una enumeración de los problemas
- Una priorización de los problemas

*Si hacemos una pregunta abierta el paciente seguro que nos enumera lo que necesita.*

### **3. Delimitar consultas**

PRECAUCIONES: ¿Qué pasa si la demanda NO es clara?

Si la demanda no es clara:

- NO seguir adelante
- No presuponer el motivo de la demanda porque produce una impresión negativa y alarga la entrevista.

### **4. Apoyo narrativo**

Vaciado de la información preelaborada (*tenemos que intentar que el cliente vacie toda la información consciente e inconsciente*)

La escucha activa, empatía y el uso de facilitadores (que algunos autores llaman técnicas y otras actitudes) ayudarán a favorecer el relato (haremos que el cliente pueda llegar a vaciar su información).

*Un profesional humanista necesita SABER (conocimientos teóricos), TENER técnicas (habilidades) y SER (filántropos, empatía  $\Rightarrow$  sentimientos)*

### **FACILITADORES**

- Verbales: sí, sí
- No verbales: cabeceos, sonidos guturales asintiendo.

## EMPATÍA

Comprensión empática (Carl Rogers, 1980)

- La comprensión empática
- Congruencia
- Aceptación incondicional

### COMPRENSIÓN EMPÁTICA

*“La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él y una vez captados, comunicárselo”.*

Hacerle ver que el impacto de lo que siente lo hemos recogido y lo comprendemos (comprender lo que los sentimientos le generan es complicado ya que corres el riesgo de malinterpretarlo porque tenemos nuestros propios esquemas. Me interesa saber que sufres, no el por qué sufres (no tenemos patrones para medir eso, quién sufre más???)

La empatía va asociada a los sentimientos, esto es complejo porque cuando trabajo con los sentimientos del otro a mí también se me mueven cosas dentro.

Para poder ser empático lo principal es que sepamos escuchar, para poder captar.

### CONGRUENCIA

Esto supone que el profesional tiene que ser coherente en la relación. (Muchas veces somos ambivalentes, lo importante es darnos cuenta de ello e intentar solucionarlo para otra vez.

Ser congruente significa aceptarse tal y como uno es, tratar de ser libre. Uno puede equivocarse pero tiene que aceptarlo.

En la relación significa que tiene que haber correspondencia entre lo que se dice y lo que se siente.

## ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Esto significa tres cosas:

- Interés cálido hacia el cliente (*esto se tiene que trabajar y no es fácil. Me intereso por cada una de las personas a las que trato, para ayudarles a vivir de la mejor manera posible.*)
- Cuidado no posesivo, no incluye condiciones (*si pongo condiciones posteriormente podrán vivirse como amenazas, produciendo temor, susto... y así no se consigue nada.*)
- Implicarse sin generar dependencia

*Implicarse sí, pero ayudando al cliente a ser autónomo. En caso de establecer relaciones dependientes, cuando nos tengamos que separar de un cliente lo viviremos como pérdidas, duelos.*

## **ESCUCHA ACTIVA**

Escuchar no es lo mismo que oír (proceso fisiológico) Escuchar es un proceso psicológico

*Hay que pararse para escuchar, no hacer nada más que escuchar... Hay que escuchar el doble que lo que hay que hablar (no en vano tenemos dos orejas y una boca)*

Escuchar por tanto es un proceso fisiológico y psicológico. Un profesional que sea un buen escuchador ayudará al cliente a:

- Exponer su situación
- Detectar lo que no ha dicho (*se capta a través de comunicación No verbal: tono de voz, timbre, brillo de ojos, signos de nerviosismo...*)

### **Beneficios de la Escucha Activa**

- Ayuda a pensar al otro (*uno a la vez que cuenta va pensando*)
- Da seguridad (*la mayor expectativa que tiene un cliente, es la de ser comprendido*)



- Evita problemas (*malos entendidos, aclarar las cosas*)
- Reduce la tensión (*los clientes se quedan bien después que han canalizado un problema*)
- Estimula la confianza
- Cooperera
- Auna criterios (*se evitan situaciones en que prevalezca lo de uno*)
- Ayuda a tomar decisiones

## **Habilidades para una Buena Escucha Activa**

### **No Verbales**

Escuchar tono emocional

Mantener contacto ocular

Facilitadores

Postura adecuada

Expresión facial empática y  
sintónica

### **Verbales**

No interrumpir

Sintetizar puntos clave

Repetir la idea central

No manifestar juicio sin comprensión

Saber estar en silencio

Dos cuestiones importantes entre las habilidades:

**Baja Reactividad:** tiempo que tarda el profesional en dar respuesta al interlocutor, desde que deja de hablar éste (2 segundos)

**Sintonía o Sincronía:** sonreír si el cliente relata algo divertido y si el relato le produce tristeza, permanecer serios.

## **Condiciones Personales para una Buena Escucha Activa**

Para ser un buen “escuchador” hace falta tener una serie de cualidades:

- Tolerancia
- Autenticidad (*uno puede disimular, pero tenemos que intentar ser lo que en realidad somos*)

- Calidez
- Comprensión empática

### **Factores que Dificultan la Escucha Activa**

#### Factores Personales:

- Área Física
- Área Emocional
- Área Cognitiva
- Área Social

#### Factores Ambientales:

- Ruidos
- Teléfonos
- Personas que entran y salen.

*Una escucha activa hay que hacerla sentada. Tendremos que buscar el momento y cuidar el entorno. Se buscan condiciones que favorezcan que el otro sea escuchado.*

### **Errores Más Frecuentes en la Escucha Activa**

- Interrumpir
- Escuchar sólo la comunicación verbal
- Dar por supuesto lo que van a decir
- Cambiar de tema bruscamente
- Atender sólo datos objetivos
- Evitar cuestiones difíciles (*si sé que no sé manejarlas es mejor evitarlas, porque eso es atentar contra la integridad de la persona, es una falta de ética*)
- Fingir atención
- Llegar a conclusiones con poca información

#### **4. Apoyo narrativo:**

Vaciado de la información preelaborada (*tenemos que intentar que el cliente vacíe toda la información consciente e inconsciente*)

**ACTITUDES – TÉCNICAS** que favorecen la elaboración de ideas:

- Frases de Repetición
- Clarificación
- Silencio Funcional

#### **Frases de Repetición:**

Repetición de una palabra o frase (que ha dicho el cliente) y que orienta la atención de éste hacia un determinado contenido.

*Cliente: cada vez que me levanto siento una malagana...*

*Profesional: malagana?*

*C: Si, malagana... porque no estoy a gusto en el trabajo*

*Cuidar con las frases de repetición, hay que utilizar tono, timbre... empáticos.*

*Utilizar voz suave y no repetir las frases de repetición demasiado pues puede dar la sensación de que nos inmiscuímos demasiado.*

#### **Clarificación:**

Expresión de extrañeza que obliga a explicar el sentido de un término o idea. (*poner cara de extrañeza para que así el cliente pueda explicar lo que significa para el “malagana”*)

Las expresiones pueden ser: Verbales (qué ha querido decir con eso...) o No Verbales (poner cara de extrañeza)

**Silencio Funcional:**

Tiene por efecto proporcionar un tiempo de meditación al cliente.

*El profesional deja espacios mínimos para que el cliente piense y en cierta manera le obliga a responder.*

*Cuando alguien tiene mucho dolor, habla de todo menos de lo que le provoca dolor, porque es tanto el dolor que lo obviamos como mecanismo de defensa.*

*Esta herramienta da tolerancia y respeto por el otro.*

**5. Información Específica**

Búsqueda de datos específicos, datos concretos (*focalizamos la atención en la información que nos interesa*).

Las Técnicas que utilizamos son:

- Preguntas Abiertas
- Preguntas Cerradas
- Menú de Sugerencias

**Pregunta Abierta**

Es aquella pregunta que obliga al cliente a responder con una frase, que no encierra en sí misma sugerencias (*¿cómo era el dolor?*)

*Con los datos que me da el cliente iré focalizando más (yendo más al grano) aunque a veces tenga que ir más despacio; el cliente necesita más tiempo para contarle y hay que ir tirando hasta que el pueda.*

**Pregunta Cerrada**

Es aquella pregunta que se puede responder con un monosílabo (sí, no) (*¿toma esta pastilla?*)

## Menú de Sugerencias

Podemos hacer una pregunta que encierra en su formulación un mínimo de 2 o 3 sugerencias. (*¿el dolor es punzante, como un mordisco o como si le apretara?*)

## Actualización de Problemas Anteriores

Significa repasar con el cliente el estado de los problemas anteriores

*Se utiliza mucho en Atención Primaria. Los clientes hacen las visitas con un motivo determinado, pero antes de que venga el cliente tengo que estudiar su historia anterior y así veremos si tenemos temas pasados: HTA, Diabetes, análisis pendientes...*

### 6. Acompañamiento a la Exploración Física:

#### Frases Puente:

Contextualizar.

Si hablamos de un tema (utilizamos el apoyo narrativo), sólo hablamos. Si tenemos que hacer una técnica paramos de hablar y luego retomamos si hiciera falta.

## ERRORES HABITUALES

- **No saludar** (*empezar con buen pie no significa que el final vaya a ser brillante, pero ayudará en la entrevista*)
- **Dar por sobreentendido el motivo de la consulta** (*si delimitamos la demanda: describimos, habla y nos dice lo que necesita, negociamos qué haremos primero por si no hay tiempo... evitamos dar por sobreentendido nada*)
- **Preguntar demasiado** (*es un error muy habitual*)
- **No dejar hablar al cliente** (*es un error muy habitual*)
- **Conducir la entrevista por nuestros objetivos** (*no es acertado*)
- **Entremezclar: exploración + recomendaciones**
- **Dar falsas seguridades.**

## **FASE RESOLUTIVA**

- 1. Información**
- 2. Negociación**
- 3. Malas noticias**
- 4. Despedida**

### **1. INFORMACIÓN**

#### **¿De qué informamos?**

- De un proceso
- De un tratamiento
- De unos cuidados

#### **¿Cómo informamos?**

##### **- Enunciación:**

Trata de informar a los clientes del contenido, de lo que se va a tratar. Utilizaremos:

- Frases cortas (unas 20 palabras más o menos)
- Vocabulario neutro (que cause poco impacto emocional)
- Dicción clara y entonada (que todos entendamos lo que se dice)
- Evitar términos técnicos (en enfermería pasa a veces, es un mecanismo de defensa, así no nos entienden)

Enumeramos los contenidos que vamos a tratar, así se prepara el receptor y sabe de qué hablaremos

##### **- Bidireccionalidad:**

Es una técnica muy potente. Trataremos algo DEL cliente y CON el cliente. Nos permite conocer del cliente: lo que sabe, sus creencias, sus expectativas y así podemos adaptarnos para darle lo que él necesite

- Ejemplificación:

Se trata de dar información mediante un ejemplo que sea fácil de comprender.

- Complemento Visual Táctil:

Consiste en añadir a la información verbal que estamos dando otro tipo de información visual o táctil.

Podemos utilizarlos dibujos para saber la evolución de la curación de una úlcera. O una curva de glucosa marcarla con colores.

- Racionalidad:

Se trata de explicar la acción de las medidas terapéuticas que vamos a utilizar. P.e. si le vamos a administrar un Mucolítico explicarle que lubrica y ayuda a echar las flemas.

- Detallar Instrucción y Cambios Conductuales:

Se trata de utilizar rutinas diarias para relacionarlas con cambios terapéuticos.

“Tomar comprimidos por la mañana”

Lo 1º que hace la al mañana es..... , pues al lado colocamos las pastillas, de tal manera que siempre se las encuentre en ese sitio.

Los Cambios Conductuales, tratan de cambios más importantes y por esto es importante detallarlos por escrito, muy concretamente, se tratan de cambios de conducta.

- Detectar Resistencias:

Quiere decir que posiblemente en el otro exploremos y observemos una discrepancia verbal o no verbal.

Nos hace ver que las expectativas, valores y creencias nuestras no van por ahí.

Cuando se detectan resistencias hay que Explorar las Creencias (lo trataremos en la negociación)

- Comprobar la Asimilación:

Supone cerciorarse de que el cliente ha comprendido el mensaje de la manera más sencilla.

Recatar siempre lo positivo y reforzar lo que no ha entendido.

Distinguir bien: las técnicas informativas (forma) del contenido de la información.

## **NEGOCIACIÓN**

**¿Qué es? PACTAR**

- **Contrastar opiniones**
- **Acordar conductas** **PACTAR**
- **Convencer y ser convencido**

Por desconocimiento NO se pacta. El paciente, si no tiene información, no podrá decidir. Hay veces que la información se suele sesgar (se informa al 80%)

Para opinar hay que crear un clima, para que las personas se atrevan a opinar. Uno percibe cuando puede y cuando no puede opinar o preguntar, los clientes también lo perciben.

Hay que tener carácter o talante tolerante, tenemos que aceptar si vemos una propuesta mejor que la nuestra. Uno tiene que estar dispuesto a que le contradigan o a que le digan que no. Cuando a uno le imponen algo, no es tan efectivo (el resultado que se quiere conseguir)

## **¿Qué significa NEGOCIAR?**

Aproximarnos al manejo de los conflictos.

Se negocia sobre POSICIONES, que a veces están enfrentadas.

Si las posiciones hay que “defenderlas”, siempre habrá un ganador y un perdedor. Este tipo de negociación no vale en un proceso de colaboración (enfermería-cliente) en el que buscamos hacer lo que sea mejor para los intereses del cliente.

Se negocia cuando hay desacuerdos y se trata de acercar posturas.



Las aproximaciones se hacen desde una postura igualitaria. No nos vale la imposición. No todos tenemos los mismos derechos y obligaciones (enfermería y clientes)

Hay cosas que no podemos negociar (todas aquellas que me hagan saltar mi ética profesional, mi intimidad...)

Negociar es CONTRASTAR OPINIONES. Saber cuáles son vuestras opiniones y contrastarlas con las mías.

### **¿Para qué?**

Para ACORDAR CONDUCTAS (pactar), pero hay que tener talante de querer ceder, de SER CONVENCIDO. Hay que CONVENCER con argumentos, pero esto no quiere decir ganar, ni ser ganado.

Hay que separar las IDEAS de las personas (no porque la persona me caiga bien o mal aceptaré o rechazaré su idea brillante, sin tener en cuenta los beneficios y/o perjuicios de su idea pueda aportar.

Es importante centrarse en los intereses y objetivos de lo que allí se trate y no en las posiciones de las personas.

### **¿Cómo podríamos negociar?**

Manteniendo un clima (ambiente) negociador.

- Escucha activa
- Empatía
- Asertividad
- Baja reactividad
- Comunicación no verbal
- Calidez (mirada, sonrisa, distancia, postura...)

## ¿CÓMO? ¿En qué clima negociador?

### DIÁLOGO

### ACUERDO

**Detectar resistencias**

**- Paréntesis**

**Explorar creencias**

**- Doble pacto**

**Reconversión de ideas**

**- Expresión de sentimientos**

**Propuesta de acuerdo**

**- Toma de precauciones**

Un cliente tiene que percibir que estamos de acuerdo o desacuerdo con él. A veces se dan cuenta de que hacemos teatro, ellos lo perciben enseguida.

El paciente tiene que poder decidir.

Uno tiene que fijarse en el otro para detectar resistencias (malas caras, asombro son resistencias no verbales. Expresiones como “sí hombre...” “te parece que es lo mejor...” “tengo dudas...” son resistencia verbales)

Cuando se detectan resistencias hay que saber por qué se producen (“lo que te digo no te parece bien...”) es el momento de explorar creencias (“qué se te pasa por la cabeza...”) puede ser que averigüemos creencia muy útiles, miedos... y así podemos reconvertir la idea, le intentamos explicar su miedos o ideas erróneas y luego con todo esto acordamos cuál es la mejor propuesta.

ACUERDO: supone ceder a la propuesta que permita alcanzar los objetivos marcados (cesión)

Paréntesis, supone retrasar una decisión hasta tener todos los elementos para alcanzar un criterio.

Doble pacto, cedemos una cosa pero pedimos otra a cambio (pongo una “condición”). Se debe argumentar, a no ser que estemos de acuerdo totalmente. No se trata de hacer chantaje (es muy frecuente el chantaje emocional inconsciente: “cuido mejor a los que no me incordian”).

Expresión de sentimientos, en un acuerdo tiene cabida

Toma de precauciones, si no estas dispuesta ahora... si ud lo cree conveniente... pero si decide más adelante..... estaremos ahí.

### **Cuando NADA funciona ¿qué hacer?**

- **Transferir la responsabilidad**
- **Manifestar decisión**
- **Aislarse del chantaje**
- **Expresar decisión asertivamente**
- **Disco rayado**

Se transfiere la responsabilidad al cliente, después de haber intentado negociar de todas las formas.

Se manifiesta claramente la decisión, sin enfadarse, sin transferir nuestros sentimientos al cliente, y lo argumento (es una forma de decir hasta aquí, yo tengo un límite). No llegamos a un consenso o a un pacto de razón.

Aislarse del chantaje, supone decir NO.

Expresar la decisión asertivamente y volveremos a mostrar nuestras razones. “No voy a entrar a negociar”

Disco rayado, supone responder NO , a la misma forma de chantaje repetido.

### **FASE RESOLUTIVA**

#### **MALAS NOTICIAS**

#### **Una mala noticia, es siempre una mala noticia**

Negociar no está al margen de informar.

La Negociación supone un cambio en el chip, y la presencia de un talante negociador.

Las malas noticias son parte de la información, pero agobian mucho. Se pueden dar muy bien, pero el impacto en el otro siempre será fuerte.

### **Producen impacto emocional importante**

Continuamente estamos dando “malas noticias”. Estas producen un impacto, pero en todos no es igual, depende de la persona.

Debemos tratar todos los casos pensando que pueden causar un impacto emocional importante. Por tanto tendremos que adaptar la mala noticia a cada cliente, para que le cause el menor impacto posible.

Cuando las noticias se prevén que van a causar gran impacto, hay que trabajar en equipo el cómo darlas.

### **¿Qué nos cuestionamos cuando damos malas noticias?**

- **Por qué darlas**
- **Qué decir**
- **Cuándo**
- **Cómo darlas**
- **Dónde**
- **A quién**
- **Quién**
- **Por qué canal...**

Todo lo trataremos como parte de un proceso.

#### **1. ¿Por qué darlas?**

- Porque no se pueden evitar: tenemos derecho, somos parte del proceso de curar
- Porque es un derecho de toda persona, el tener información sobre su enfermedad.
- La persona es responsable de sí misma

#### **¿Qué se trata de hacer cuando se da una mala noticia?**

- Provocar el menor impacto posible: cuidar la situación y la FORMA de hacerlo. A veces es más importante la forma que el contenido (los gestos, el tono de voz...)
- Evitar demandas legales, el cliente puede demandar porque él es la parte importante. Empieza la obligación de hacer las cosas bien.
- Por propia satisfacción (trabajo bien hecho)
- Aumentar la asertividad
- Por el confort del paciente

## 2. ¿Qué decir? En función de:

No hay que hacer algo que pueda provocar más daños que la propia enfermedad (principio de malevolencia)

### ▲ EL CLIENTE:

- Personalidad
- Otras enfermedades
- Limitaciones

Cuando mejor conozcamos al cliente, más nos podremos acercar

### ▲ LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES

- Apoyo
- Situación laboral
- Situación económica

No siempre los familiares son las personas más próximas

### ▲ EL PROFESIONAL

- Distancia terapéutica
- Experiencias previas
- Formación

No todos los profesionales están capacitados para dar una mala noticia. Aunque se esté formado para darlas, no siempre pueden, hay que estar mínimamente equilibrado.

Las experiencias previas ayudan cuando uno tiene elaborado el dar una mala noticia, uno sabe lo que le ha pasado “lo ha llorado”, lo ha resuelto.

La formación nos sirve para que preparemos el cómo darla (qué aspectos clínicos de la persona... y cómo se la doy)

### **3. ¿Cómo darlas?**

**FASES** (Borrell y Prados, 1995)

#### **- Aclimatación:**

Preparar

- al cliente
- a la familia

Se prepara al cliente y a la familia. Cuando se aclimata, se pretende rebajar el impacto de la mala noticia. Para crear un clima necesitamos tiempo.

#### **- Notificación:**

- saber qué sabe
- saber qué quiere
- Aportar información

Muchas veces NO sabemos todo lo que sabe el cliente. Cuando No se habla de un tema, seguro que es el más importante, existe la “conspiración del silencio”. El enfermero puede ayudar en el aspecto emocional, son los que están formados en “suplir necesidades”...

#### **- Acomodación:**

- Asumir reacciones
- Planificar el futuro

Se asumen reacciones (enfado → cómo lo ayudo)

**¿CÓMO LO HAREMOS? ¿Con qué herramientas?**

- **Calidez**
- **Baja reactividad**
- **Empatía**
- **Asertividad**
- **Mensajes formales**
- **Falsas esperanzas**, suponen un engaño y es mejor “No saber” que “engañar”. A veces la presión del cliente hace que demos falsas esperanzas.
- **Actitud positiva**, saber sacar algo positivo hasta de la desgracias, aunque a veces sea muy cansado.

## **FASE RESOLUTIVA**

### **DESPEDIDA**

Supone terminar la relación terapéutica, todos los clientes no van a necesitar cuidados de relación terapéutica.

Una relación terapéutica es significativa cuanto más estrecha es la relación. Si los lazos son muy estrechos, la despedida será más dura.

La despedida se produce cuando el cliente se va de alta, o cuando la enfermera se ausenta, o se muere el cliente

## **Despedida**

### **Finaliza la relación**

**Alta del paciente**

**La enfermera se ausenta**

### **La despedida ha de ser preparada:**

- Anticipadamente
- Cuidadosamente
- Para evitar sentimientos de pérdida en ambas partes

En el nuevo paradigma de los Cuidados de Relación, se habla de “estar en una relación” no de “tener una relación” (el “tener” supone posesión, dependencia)

El cliente no va a manifestar los sentimientos de pérdida. A veces vemos los síntomas (lloro, alegría...), se coloca el dolor (a veces incluso en forma de indiferencia)

### **Despedida de dos cosas:**

- Mostrar disponibilidad futura pero con límites (no crear dependencias)
- Concluir explícitamente la relación de forma planificada y satisfactoria:
  - o Valorando conjuntamente la experiencia de la relación:
    - Preparar al cliente
    - Prepararse a sí misma
    - Organizar la introducción-integración: cliente-otras personas



- La relación se termina. No esperaremos el último día a dar toda la información que el cliente debe tener. Iremos planificando poco a poco teniendo en cuenta cuando se irá de alta... y así podemos dar por finalizada la relación de una forma satisfactoria.
- Se le prepara al cliente para que alcance los objetivos de una manera autónoma, enseñarle los pasos para hacerlo.
- Uno se prepara a sí mismo cuando reflexiona y elabora sus propios procesos (sentimientos: alegría, ira, tristeza...) Eso supone Autoconocimiento, saber qué es lo que pasa en uno mismo.
- Integrar al cliente en la red hospitalaria, que sepa que existen otras personas que siguen teniendo un mismo objetivo que el nuestro: La Salud.

## **Despedida**

### **ENCUENTRO: ENFERMERA – CLIENTE**

- Retroalimentación, se habla de:
  - o Objetivos terapéuticos, si ha logrado o no aquello que habíamos pensado que podría lograr. No hace falta hablara de todos, ya habremos ido hablando anteriormente
  - o Subrayar logros, el afrontamiento de los cuidados (que bien que has conseguido... Él lo ha conseguido, con nuestra ayuda, pero él) También es importante hablar de lo que NO se ha logrado
  - o Cuestiones concretas de cuidados, los habremos enseñado antes
- Información sobre los recursos terapéuticos de apoyo, asistencia social, atención domiciliaria... Quien la puede proporcionar estos recursos.
- Expresión de sentimientos:
 

vivir las relaciones como un reto ayuda a crecer. Tenemos que poner palabras a nuestros sentimientos, pero sin herir o causando el menor daño posible.

A veces las expectativas nuestras son mucho mayores que lo que nos ofrecen y eso nos puede frustrar.

Agradecer: la predisposición, paciencia, el plantear retos.

Riesgo: hay veces que se mueven nuestras propias emociones, se vibra (pero no hay que desparramarse)