

Habilidades comunicacionales al momento de brindar un informe médico en etapa terminal

Salvatierra, María Delfina.¹

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Palabras claves

HABILIDADES
COMUNICACIONALES

ETAPA TERMINAL

INFORME MÉDICO

ACOMPañAMIENTO

Resumen

El presente trabajo corresponde a la sistematización de Prácticas Pre-Profesionales, realizada en el Sala de Internación "Irma Carrica" del Hospital Nacional de Clínicas (HNC). El objetivo principal reside en construir un espacio de reflexión sobre habilidades comunicacionales destinada al equipo profesional a la hora de brindar informes médicos, tanto a familiares como usuarias/os en etapa terminal, de Sala de Internación del HNC. Para el objetivo general de intervención se indaga sobre las habilidades comunicacionales del equipo de salud en la relación con las/os usuarias/os y familiares, como también se busca describir el impacto y las emociones que se movilizan en los diversos actores al momento de brindar y recibir un informe médico. Mediante un encuadre metodológico de enfoque cualitativo, la recolección de datos se efectúa gracias a la observación participante y entrevistas de tipo semi-estructuradas al equipo profesional y a familiares de usuarias/os que se encuentran atravesando una internación. El acompañamiento en el proceso Salud/Enfermedad/Muerte (S/E/M), tanto al equipo profesional como a usuarias/os y familiares, y la participación de las/os profesionales en el taller de habilidades comunicacionales permitió reflexionar y promover el intercambio de emociones que se viven en el día a día, produciendo nuevos conocimientos en la resignificación de situaciones movilizantes. Habilitar un espacio de escucha y diálogo generando un intercambio en el equipo médico posibilita, por un lado, velar por la salud de los profesionales y por otro lado, mejorar la calidad asistencial de las/os usuarias/os.

Información de contacto

delfinasalvatierra@hotmail.com

1. Introducción

El presente proyecto corresponde a la sistematización de la práctica realizada en Sala de Internación “Irma Carrica” del Hospital Nacional de Clínicas (HNC), en el marco de las Prácticas Pre-Profesionales (PPP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). El mismo plantea un dispositivo de intervención centrado en construir un espacio de reflexión, destinada al equipo profesional, donde se buscó abordar habilidades comunicacionales empleadas a la hora de brindar informes médicos tanto a familiares como usuarias/os en etapa terminal.

El HNC “Prof. Dr. Pedro Vella”, creado en 1913, es un hospital escuela de la UN, situado en Barrio Alberdi. Existe una pluralidad de actores sociales que conforman la institución: médicas/os de diversas especialidades, enfermeras/os, docentes universitarios, no docentes, personal administrativo y usuarias/os. Es menester resaltar la presencia de estudiantes que realizan sus prácticas pre-profesionales de diversas carreras como enfermería, nutrición, psicología, kinesiología, entre otras, posibilitando una apertura para el trabajo interdisciplinario.

Puntualmente, Sala 1 de Internación “Irma Carrica” se conforma por un Jefe de Servicio, doctor especializado en Gerontología; dos médicas especializadas en Medicina Familiar, un equipo de enfermeras, como también practicantes de nutrición y de psicología. Es un espacio que recibe derivaciones de otras áreas por lo cual tiene la participación de diversos profesionales como por ejemplo, gastroenterología, kinesiología, dermatología, trabajo social, etc., permitiendo de esta forma un trabajo interdisciplinario e integral. Quienes concurren a este espacio, generalmente, son aquellos que cuentan con PAMI y quienes no poseen ningún tipo de obra social siendo en su mayoría adultos mayores, con enfermedades en estado de complejidad. Se caracteriza por utilizar el modelo clínico centrado en la persona alejándose del modelo biomédico tradicional, el cual brinda una propuesta de atención integral, personalizada y de calidad, que da respuesta eficaz y efectiva a las necesidades demandadas por la/el usuaria/o y su unidad familiar (Servicio de Medicina Familiar, s.f.).

Junto a la educación e investigación, la extensión es el tercer pilar de la UNC. El mismo permite el retorno a la comunidad a través de la construcción de vínculos entre agentes universitarios y extrauniversitarios. Acortar las distancias y generar un intercambio constante, permite la integración entre el adentro y el afuera como uno de sus objetivos principales.

Pensando esta PPP como una forma de extensión universitaria, se valora la posibilidad de abarcar intervenciones focalizadas en la promoción de la salud mental y en la prevención, asistencia y rehabilitación del padecimiento subjetivo. Siendo un gran desafío aprovechar la oportunidad de repensar la salud mental en el marco de la interdiscipliniedad, promovida a partir del diálogo entre sujetos comprometidos ética y políticamente. Hablar y pensar en tiempos dialógicos implica un cambio de posición ante el conocimiento y el mundo (Najmanovich, 2008).



Al ingresar al servicio de Sala de Internación movilizó el vínculo, la relación y el impacto que se produce intra e inter subsistema enmarcada en el intercambio entre médicas/os, enfermeras/os, usuarias/os y familiares. Visibilizar como cada uno de los actores son atravesados por el proceso Salud/Enfermedad/Muerte (S/E/M) resultó interesante para indagar sobre la temática. Durante el primer período de la práctica, se observó la importancia que le dan, en este espacio, a la escucha de la/el usuaria/o más allá de su enfermedad biológica, del cómo se siente, qué percibe de ese dolor y cómo le afecta. A su vez, impactó el intercambio y la comunicación que hay entre las/os médica/os y las enfermeras, para la mejoría de las personas así como, el trabajo en conjunto con los familiares, tomando decisiones en común acuerdo.

2. Materiales y Método

Para la sistematización de la presente práctica, se planteó un enfoque cualitativo, debido a la relevancia del contexto, a la función y al significado de los actos humanos, valorando la realidad como es vivida y percibida. Dicho enfoque se caracteriza por ser descriptivo, inductivo, holístico, fenomenológico, estructural-sistémico y ante todo flexible, destacando la validez ante la replicabilidad, tratando de identificar la naturaleza profunda de las realidades y de la estructura dinámica (Mesías, 2004).

Para llevar a cabo esta intervención, se tuvo en cuenta diferentes recursos que abarcan desde observaciones, entrevistas como también el registro del cuaderno de campo. Dichas técnicas se abordaron bajo el resguardo de ciertos principios éticos ineludibles, precedidas por una presentación formal del consentimiento informado (Ver apéndice A) que explica de manera detallada los pasos a realizar y las puntualizaciones que serán necesarias, procurando siempre velar por la privacidad, el respeto y la autonomía tanto de la/el usuaria/o - familiar como del equipo profesional.

Desde el comienzo, para obtener un conocimiento del funcionamiento de la Sala de Internación, del trato de y para con las/os usuarias/os y familiares, la dinámica que se llevó a cabo dentro del espacio fue la observación, definida como la “descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado” de acuerdo a Marshall y Rossman (Kawulich, 2005). Esta técnica permite obtener una mejor comprensión del contexto a observar, así como también una recolección de datos más profunda y precisa.

Por otro lado, el registro de campo, es el instrumento donde se anota de forma detallada, precisa y completa las observaciones (notas de campo). Se constituye así, como un cuaderno de navegación en donde se registra todo lo sucedido, que es susceptible de ser interpretado cualitativamente. Es de esta manera, un instrumento de apoyo al proceso de formación del psicólogo, dichos registros se producen sobre una realidad, desde la cual se define un objeto de



estudio (Martínez, 2007). Paralelamente, esta técnica se utilizó como soporte personal diario, que documentó las experiencias atravesadas en la práctica.

Valiéndose de la Entrevista (Ver apéndice B) como un instrumento fundamental del método clínico, se posibilitó el intercambio dialógico. Esta herramienta diagnóstica posibilitó que, como entrevistadores, se recepte la consulta buscando pesquisar indicios que permitieron formular hipótesis acerca de las series de causalidades multideterminadas que dan cuerpo a la situación de un sujeto. Estas series se fueron mostrando a lo largo de un continuo proceso de investigación (Bleger, 1995).

Se escogió el modelo de entrevista tipo semi-estructurada con la finalidad de profundizar la información recolectada mediante la observación participante y el registro de campo. Técnica que se caracteriza por permitir una interacción entre el entrevistador y el entrevistado, donde se utiliza una lista de preguntas guía para llevar a cabo la entrevista y, a medida que esta se va desarrollando, pueden ir surgiendo nuevas preguntas, acotaciones y temáticas que amplían el campo que enmarca el punto de partida (Munarriz, 1992). Este modelo presentó un grado mayor de flexibilidad, teniendo como ventaja la posibilidad de adaptarnos a los sujetos, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

La entrevista tuvo como objetivo el conocimiento de diversos aspectos de cada actor social que forma parte de Sala de Internación. Se indagó sobre las habilidades comunicacionales del equipo de salud en la relación profesional-usuaria/o-familiares, pesquisando emociones, sensaciones físicas, estado anímico y pensamientos que se movilizan al momento de brindar/recibir un informe médico de usuarias/os en etapa terminal como también, acerca del impacto que este acompañamiento genera.

3. Resultados

A mediados del mes de junio del 2019 se dio inicio al proceso de práctica en Sala de Internación donde se fue conociendo el mecanismo y el funcionamiento de este espacio. Desde un lugar de observador, poco a poco se fue siendo partícipe de espacios que se habilitaban debido a la confianza de los referentes de la institución.

La primer actividad del día que el equipo profesional realiza, es leer el pase médico donde se apuntan los ingresos y egresos, con el diagnóstico y tratamiento. Luego, se procede a la realización de la revista de sala en donde se revisa a cada usuaria/o, indagando sobre el estado anímico y la dolencia a modo de control. Al finalizar, se examina cada historia clínica dejando asentado la evolución y los cambios de tratamientos realizados. Cerca del mediodía se da lugar a los familiares que buscan un informe médico para conocer el estado de la/el usuaria/o internado.



Integrar la revista de sala, las interconsultas y los espacios multidisciplinarios es una condición básica e inicial para poder diseñar cualquier tipo de intervención en el trabajo de las prácticas. Interactuar con diversos profesionales del ámbito de la salud permite conocer las distintas formas de organización institucional, la comunicación, la relación que se emplean y el papel que podrá ocupar la/el psicóloga/o en esta dinámica institucional.

En los primeros encuentros, por un lado, el equipo profesional manifestó la necesidad de incorporar habilidades comunicacionales para dar un informe, establecer un diálogo junto a sujetos en periodo de internación, saber comunicarse con usuarias/os y familiares logrando así mejorar este vínculo. Plantearon diversos interrogantes: “¿hasta qué punto es posible involucrarse o involucrar al otro?, ¿qué y cómo decir?, ¿hasta dónde dar información?”, entre otras cuestiones. Por otro lado, en cuanto a las/os usuarias/os y familiares, se percibió la demanda de un espacio de diálogo y escucha, la necesidad de sentirse contenidos y acompañados.

Dando comienzo al proceso de indagación-intervención, se propuso indagar las habilidades comunicacionales del equipo de salud en la relación con las/os usuarias/os y familiares en Sala de Internación del Hospital Nacional de Clínicas, por lo cual se buscó comprender eventos, situaciones y acciones que constituyen la relación de los diversos actores en un contexto particular como es la situación de internación en el hospital, siendo uno de los aspectos más importantes en el ámbito de la salud.

El equipo profesional de Sala 1 “Irma Carrica” se caracteriza por recolectar datos biomédicos necesarios, más un amplio conocimiento psicosocial de las personas, lo que permite, abordar al sujeto en su complejidad y seleccionar los cursos de acción más adecuados. La atención sanitaria centrada en la persona enfatiza elementos como, por ejemplo, la exploración en conjunto de la enfermedad y la dolencia; la comprensión del sujeto en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y la/el usuaria/o; como también, compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo. Todo ello demanda en el profesional habilidades que permitan una comunicación efectiva (Cuba Fuentes, Contreras Samamé, Ravello Ríos, Castillo Narro & Coayla Flores, 2016).

Interactuar de manera cálida y cercana permite a los profesionales conocer el contexto para poder comprender y evaluar la percepción del sujeto, buscando ante todo ayudar a resolver con él sus problemas, dándole de esta forma una participación más activa (Cibanal, 2010). Además, pretende promover el desarrollo de procesos protectores que favorezcan las condiciones de vida de las/os usuarias/os y/o familiares (Breilh, 2013).

La relación equipo profesional-usuaria/o y/o familiares, no se focaliza en cada rol en particular, sino en el interjuego de ambos, contempla la relación en proceso desde una perspectiva afectiva, desarrollada entre las partes a raíz de las experiencias, sensaciones y sentires que devienen. El

trato humano del profesional sanitario y la confianza con la que la/el usuaria/o acepta la intervención médica, son partes fundantes de la relación.

Cada persona tiene una forma particular de enfermar y de sanar, más allá de que los diagnósticos y tratamientos sean generalizables, se trata de lo que permanece fuera de las mediciones y las estadísticas, de la manera singular de manifestar el sufrimiento y padecerlo. El síntoma sólo es posible en el sujeto que habla (Manitta, 2005).

Destacando la importancia de la comunicación en la relación equipo profesional - usuarias/os y/o familiares, se buscó explorar las habilidades comunicacionales del equipo de salud. Considerando la comunicación como un proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y de su entorno a través de signos, sonidos, símbolos y comportamientos, constituyendo una necesidad humana básica.

La comunicación, sin lugar a dudas, constituye una de las competencias indispensables para la práctica del equipo de salud, sin embargo se puede observar a través de la experiencia y de las entrevistas realizadas en Sala de Internación, un déficit en su formación. En la etapa terminal, la comunicación, es en sí misma una parte de la terapia y a veces el único elemento terapéutico. Por lo cual, las habilidades comunicativas son imprescindibles para establecer una relación equipo profesional-usuarias/os y/o familiares satisfactoria, obteniendo así la información necesaria para llegar a un diagnóstico correcto (Rodríguez Collar et. al., 2009). El equipo profesional vinculado a esto destacó que la comunicación les parece un aspecto importante, siendo una cualidad a trabajar.

Astudillo, Mendinueta, & Mendinueta (2016) proponen que una buena comunicación es un elemento esencial en la atención del usuaria/o en el final de su vida. La comunicación es una necesidad humana básica que tiene como objetivo conocer lo que le sucede al sujeto, como su padecimiento le ha afectado y cuáles son sus mecanismos de defensa y de apoyo para ayudarlo con sinceridad a adaptarse mejor a su nueva situación y a participar si lo desea en su tratamiento. Muchos usuarios desean conocer lo que tienen, como podrán afrontar esta etapa y saber que no estarán solos en los momentos más delicados. Una buena comunicación manifiesta respeto a su autonomía, se consigue con trabajo, tiempo y dedicación, demostrando un genuino interés por la/el usuaria/o y por su situación.

Reconociendo el papel que juega la comunicación en este proceso de S/E/M, consideramos importante destacar las habilidades comunicacionales, agrupadas por Fernández González (1996) en tres elementos básicos: para expresar, para observar y escuchar y, por último, para establecer una relación empática.

Habilidad para expresar: En la relación equipo profesional-usuaria/o se da un diálogo entre actores con diferentes conocimientos y experiencias del tema, ambos con una necesidad imperiosa de entenderse. Como todo diálogo, la/el usuaria/o debe comprender lo que se le dice, pero, de igual



modo, la/el médica/o debe entender lo que el otro dice y aun lo que quisiera decir y quizá no sabe cómo expresar.

Es necesario explicar el diagnóstico teniendo en cuenta en qué consiste esa enfermedad, cómo se ha podido llegar a ella, qué evolución es esperable, y cuáles son los procedimientos que se van a utilizar para solucionarla o, al menos, aliviarla. Lo más difícil es el pronóstico y, sin embargo, es lo que más interesa al sujeto y a sus allegados. En diversas situaciones se evidenció, como los familiares llegan a Sala angustiados, desorientados, sin tener una información clara de lo que está atravesando la/el usuaria/o, por lo tanto se propuso junto al equipo de salud, construir un espacio que permita sacarse dudas, preocupaciones, miedos y ansiedades, concluyendo con una síntesis del estado en el que se encuentra la/el usuaria/o.

Saludar, presentarse, decir quién es el profesional que se posiciona frente a la usuaria o usuario, son cuestiones que fortalecen el vínculo. Si se ha establecido una conexión, la comunicación adquiere un carácter cálido y cordial. El contacto táctil tiene un gran poder de comunicar cuidado y comprensión, ligado tradicionalmente a la relación entre usuaria/o y cuidador porque mejora sus actitudes y genera un refuerzo de la comunicación verbal. El apoyo que se expresa por el tacto se evidencia en el aumento del grado de confianza y expresión de sentimientos.

Los sujetos bien informados se sienten más contenidos, valoran la relación como más satisfactoria, mantienen la esperanza y tienen más confianza en los tratamientos recibidos. Por lo tanto, hay que tener en cuenta cuáles serán los aspectos a abordar al momento de brindar información sobre el diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico, adaptándose a las necesidades y conocimientos previos de cada uno y a las prioridades que se consideran más convenientes. Expresar con claridad el procedimiento a seguir, con palabras sencillas, demostrando interés y respeto en la/el usuaria/o y familiar.

Habilidad para observar y escuchar: Tanto la comunicación verbal como la no verbal facilitan o dificultan la narrativa de la/el usuaria/o durante el informe y la participación en el proceso. Es importante para la/el profesional prestar atención al aspecto general de la/el usuaria/o, las conductas, sus actitudes, su posición corporal, la postura que adopta en su presencia, los gestos con los que se expresa, sus manos, la expresión facial, la mirada, la utilización del espacio, como también observar si tiene acompañante o no, cómo es su relación, el orden que tiene la cama, si tiene sobre objetos que pudieran darnos información de hábitos o costumbres de la/el usuaria/o.

Paralelamente a esto, en el proceso de la comunicación es importante la escucha que implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, de esta manera incrementa en gran medida la capacidad para empatizar (García, 2014). La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que se puede utilizar para mejorar las habilidades comunicacionales, contribuyendo a mejorar la

calidad de las mismas y a posicionarse como un interlocutor agradable para los demás. La misma tiene la capacidad de “aliviar” tensiones.

Habilidades empáticas: Elemento fundamental para el ejercicio integral de las prácticas de salud. Entendemos por empatía a la habilidad para comprender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento. Dentro del servicio, los profesionales de la Sala reconocen la empatía como una competencia a desarrollar en la relación equipo profesional - usuaria/o y/o familiares, como así también marcan obstáculos que la dificultan. Una de las mayores necesidades del sujeto es ser entendido y conocido, razón por la cual, una de las mayores cualidades del equipo profesional debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por las/os usuarias/os y familiares (Díaz y Arnolda, 2012). Fue común escuchar a las/os usuarias/os y/o familiares decir que la calidad del profesional se mide según la atención con la que lo escuchó, cómo lo trató, lo claro que fue y, a su vez, la manera en que le dio las instrucciones del tratamiento, por el contrario, sí perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, esto les impulsa a no consultar y a reiterar la duda con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en la/el usuaria/o y desgaste del recurso humano.

A su vez, es importante destacar el impacto positivo que genera demostrar interés en las opiniones de la/el usuaria/o y/o familiar. Dentro de los conceptos fundamentales de la comunicación, en Sala de Internación, la empatía permite tener percepciones sobre los sentimientos de otras personas (dolor, alegría, miedo, angustia, esperanza, etc.) y ser solidario con ellas, así poder entender comportamientos y el porqué de las decisiones, esto permite dar una respuesta adecuada y un apoyo orientado en base a ese conocimiento.

El equipo de salud en Sala de Internación se encuentra en contacto diario con la subjetividad propia y ajena; con el dolor y el sufrimiento. Cuanto más cerca está de ello, más se agudiza la tensión con la que se trabaja. Los vínculos entre los que cuidan y aquellos que demandan es muy grande y por tanto los profesionales están expuestos a un enorme compromiso emocional que, en pocas ocasiones, cuentan con un espacio para trabajarlas.

Las personas que se encuentran en etapa terminal, sin esperanzas, ni posibilidades de recuperación, ya sea porque no se conoce la cura específica al padecimiento que posee, o porque el estado de la enfermedad no permite mejora alguna, genera un gran impacto emocional tanto para la/el usuaria/o como para todas las personas cercanas a él. Los profesionales que brindan estos informes experimentan fuertes emociones como ansiedad, responsabilidad por la noticia y miedo a la evaluación negativa. Es decir, entregar malas noticias puede ser sumamente estresante para el equipo de la salud involucrado (Herrera, Ríos, Manríquez, & Rojas 2014).

Se puede observar como muchos profesionales afrontan la enfermedad y la muerte con inquietud y malestar. Comprender cómo afectan estas situaciones a todos los actores sociales del proceso

S/E/M es necesario, para que puedan acercarse a su subjetividad, a lo que puede ocurrir en sus mentes, cuando se enfrentan a la muerte o a cuando se les solicita hacer un diagnóstico de la misma. Se estima que no reconocer o negar las vivencias subjetivas presentes en los profesionales, en las tomas de decisiones médicas podrían llevar al profesional a agotarse, a cometer errores operacionales, a no enfrentar correctamente sus conflictos y dilemas éticos y a padecer de un desgaste emocional que puede llegar a cronificarse.

Por este motivo se consideró importante describir el impacto y las emociones que se movilizan en los diversos actores, de Sala de Internación, al momento de brindar y recibir un informe médico relacionado a usuarios en etapa terminal.

Desde un comienzo se acompañó al equipo profesional a dar informes médicos ya que, esta comunicación, es la puerta de entrada al mundo de la/el usuaria/o y sus familiares. Informar, a los mismos, es un acto cotidiano, y quizá el escenario más controvertido en la intervención del profesional. En un momento crítico, se hace presente el padecimiento de enfermedades progresivas y limitantes de la vida, como patologías en etapa avanzada y terminal.

Los informes en un inicio, eran entregados a las 11:00 horas, pero debido a una reorganización del recurso profesional este mecanismo fue variando y muchas veces eran entregados por la tarde. A medida que se fue conversando y acompañando a usuarias/os y familiares se planteó la necesidad, por parte de ellos, de un espacio de diálogo con el equipo profesional luego de la revisión de cada usuaria/o.

La aplicación de dicha propuesta fue mostrando, cómo este cambio fortaleció el vínculo equipo profesional - usuarias/os y familiares, ya que disminuía ansiedades, resolvía dudas, y calmaba miedos. Consecuentemente, a las/os médicos si bien esto les lleva más tiempo en la revista de sala, durante la mañana trabajan más tranquilos debido a la entrega del informe a primer hora lo que les permite llegar a un acuerdo con los familiares de cómo será el tratamiento y las medidas a seguir de la/el usuaria/o.

Brindar un informe médico, va más allá de otorgar un diagnóstico, es un momento crucial en donde se pone en juego las emociones y sentimientos de las/os usuarias/os y familiares. En esta parte, de la relación equipo profesional - usuaria/o, es clave que el médico sea empático, realista, claro y entregue un panorama lo más objetivo posible de lo que le puede ocurrir a los sujetos (Carvajal, 2017).

Paralelamente se brindó un espacio de escucha a las/los usuarias/os y familiares para abordar todo lo que implica el proceso de internación. Se buscó darle un sentido a ese estado emocional para que este pueda ser entendido por el resto de profesionales, de forma que no se produzca una disociación entre su estado mental y físico, siendo un puente intermediario entre las necesidades de las/os usuarios junto a las decisiones médicas.

Dar malas noticias en etapa terminal no es una tarea sencilla. Gil y Cols. (1988), definen etapa terminal como el “estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los recursos disponibles”. Cuando el sujeto es diagnosticado con una enfermedad debilitante, crónica o amenazante para la vida, se comienza con cuidados paliativos para facilitar una atención integral, acompañando diversas necesidades de la persona en situación terminal y de sus familias, promoviendo calidad de vida (Povedano Jiménez, 2011).

En Sala de Internación al momento de brindar un informe médico, los profesionales buscan recabar toda la información para tener certezas del diagnóstico. De esta forma, cuando se le explicaba a la/el usuaria/o y/o familiar se intentaba abordar el panorama lo más amplio posible, siendo claros, asegurándose que el otro pueda comprender la situación en la que se encontraba.

La entrega de este tipo de noticias es una tarea de comunicación compleja que requiere de otras habilidades además de las verbales, como es el responder a la reacción emocional de la/el usuaria/o, involucrarlo en la toma de decisiones, manejar el estrés generado por las expectativas de cura del sujeto e involucrar a los miembros de la familia en este proceso de salud/enfermedad/muerte. Los estudios consistentemente han demostrado que el modo en que el profesional de la salud comunica el informe, establece una marca indeleble sobre su relación con la/el usuaria/o. Cuando la noticia es entregada, la experiencia puede quedar en la mente del sujeto por largo tiempo (Herrera et. al., 2014).

El estudio de las emociones, en el ser humano, ha mostrado la importancia de las mismas por su función protectora, función que impulsa hacia la supervivencia personal, sirviendo de guía en la toma de decisiones frente a determinadas situaciones. Se podría decir que son el componente primario de la motivación (Izard, 1991). En Sala de Internación se puede observar cómo emergen elementos emocionales a la hora de brindar un informe en etapa terminal. El impacto emocional del equipo profesional se pone en juego, por una parte, en la prudencia al determinar la/el usuaria/o como terminal y sus respectivas causas y, por otra parte, en las herramientas personales para enfrentar el sufrimiento y la muerte. Por otro lado, al momento de recibir informes, usuarias/os y familiares atraviesan las emociones más intensas en cuanto el pronóstico de la enfermedad.

Para Jaramillo (1999), quien acompaña a un ser querido próximo a la muerte, emprende un recorrido junto a la/el usuaria/o que se inicia con el reconocimiento de que no hay más posibilidades curativas y, también, experimenta la manifestación de diferentes limitaciones que la enfermedad va imponiendo, este proceso se denomina duelo anticipado, lo cual hace referencia al duelo que se produce previo a la pérdida real. La muerte es un desenlace que se conoce de antemano y durante este período se experimentan diferentes respuestas emocionales como por ejemplo ansiedad, rabia, hostilidad, culpa, tristeza, dolor y miedo.

A su vez, las emociones producidas en la/el usuaria/o y/o familiar, generan repercusiones en el equipo profesional provocando, en algunas circunstancias, incomunicación. En algunas situaciones, la/el médica/o para disminuir su ansiedad evita el contacto directo con el otro. En este círculo de evitación, muchas veces el familiar escoge no preguntar por temor a la respuesta y para no incomodar al médico, sobre todo, si observa que éste elude la cuestión.

Tener en cuenta estas cuestiones es fundamental porque cuando los temores y mecanismos defensivos en ambos son intensos se pueden desencadenar fenómenos de inhibición y/o crisis de angustia en la/el usuaria/o, pero también en el profesional, haciendo más difícil este proceso. La inclusión de las emociones como temores, ansiedades y mecanismos defensivos del equipo de salud nos permite comprender la dinámica de la relación y entender las dificultades en el trabajo de elaboración del final de vida (Rosa, 2012).

Es importante que el equipo profesional pueda reconocer la necesidad de cuidarse para cuidar a los otros, y plantearse la búsqueda de estrategias que promuevan la salud mental del sujeto, de la familia y de ellos mismos (Rosa, 2012). En la formación del equipo de salud se debe promover espacios para la elaboración de las emociones frente a la muerte de las personas, permitiendo disminuir las ansiedades que se generan por estos procesos. Si el profesional está preparado, podrá ayudar y acompañar a las/os usuarias/os y a la familia a enfrentarse mejor al final de la vida.

Por lo tanto, como menciona Lattanzi & Muñoz (2017), desde el rol de practicante se propuso asistir en la asistencia, entendiéndola en su doble vertiente: por un lado, lo que respecta al cuidado de un sujeto desde una perspectiva compleja, y por otro lado, el cuidado del profesional en tanto sujeto implicado en la situación. Para ello se buscó acompañar al equipo profesional en el proceso de S/E/M habilitando un espacio diario de reflexión dando lugar a que, en relación a lo que se vive frecuentemente en el servicio, el equipo pueda escuchar a otros y ser escuchado, hablar de lo que siente cada uno, abordar casos complicados, o tratar cuestiones que atañen a la dinámica grupal.

Otra de las actividades que se llevó a cabo desde el rol de practicantes en Sala de Internación, fue acompañar a usuarias/os y/o familiares en el proceso de S/E/M, teniendo en cuenta las implicaciones que lleva dicho proceso: brindar apoyo y contención son tareas fundamentales en la práctica del día a día, pretende dar al paciente estabilidad o seguridad en un momento de dificultad, algo así como un respaldo o un bastón, permitiendo mejorar el estado emocional, cómo aprender los recursos necesarios para afrontarlo (Etchegoyen, 1993).

La psicología cumple un rol esencial en el funcionamiento de este espacio ya que las/os usuarias/os y familiares que se encuentran en la Sala experimentan diversos sentimientos, emociones cargadas de tristeza, confusión y angustia. Los mismos se vuelven demandantes en la búsqueda de una respuesta, o solución sobre lo que están vivenciando, por lo tanto, el acompañamiento que posibilite expresar afectos, miedos y dudas es indispensable. En el



momento que el ser humano sufre dolor o una enfermedad, desea de manera imperiosa la afectividad del otro. Como afirma Broggi (2013) “quien va a morir agradecerá una escucha atenta y activa, una hospitalidad que valore quién es él y quién ha sido, y, sobre todo, agradecerá su compañía” (p.37).

La experiencia de la soledad, del abandono, es particularmente negativa y tiene efectos muy graves en el estado anímico de la persona. La manera de intervenir en estos casos, fue de ofrecer contención ante situaciones médicas estresantes como por ejemplo la colocación de suero, las intervenciones quirúrgicas, el cambio de sonda o, incluso, cuando deseaban simplemente estar en silencio, pero acompañados.

El tiempo en la Sala de Internación “corre muy lento” en palabras de un usuario, ya que por el estado en el que se encuentran de vulnerabilidad, no pueden realizar actividades, ni moverse de sus camas. Es por esto, que en el día a día se empleaban diversas herramientas para brindarles un transitar más ameno. Para ello, durante la mañana se dialogaba con los sujetos de sus experiencias pasadas, se escuchaba relatos de vida y se conocía sobre sus gustos. El recuerdo puede dar resultados positivos mediante el análisis de acontecimientos, o resolviendo asuntos del pasado, se puede ayudar en el proceso de análisis de la vida, escuchando atentamente y reflexionando sobre los sentimientos. En algunas ocasiones, cuando la/el usuaria/o demostraba interés por la música se lo alentaba a cantar su canción preferida, o si era escritor a relatar alguna poesía. Estas intervenciones repercutían en los familiares dándoles una sensación de alivio, al percibir cómo las/os usuarias/os tenían otro sostén y acompañamiento más allá de su presencia.

Se rescata lo significativo del trabajar con los familiares ya que es importante estar atentos a aquellas personas que asumen toda la responsabilidad del cuidado de la/el usuaria/o en exceso, poniendo en riesgo su propia salud. Por lo cual se posibilitó un espacio de escucha, contención y acompañamiento, promoviendo actividades para su bienestar. Se averiguó por los recursos protectores que tenía cada sujeto para potenciar los mismos. Este intercambio permitió llevar adelante diversas actividades: por ejemplo, llevarlos a la Biblioteca, o acercarle libros a su habitación según sus gustos e intereses; otra manera fue invitarlos de acuerdo a la particularidad de cada persona, a la participación de las diversas actividades que brindaba HNC.

A lo largo de la práctica, el vínculo que se estableció con personas en etapa terminal fue muy enriquecedor ya que el trabajo de acompañar despertó y movilizó diversos sentimientos, emociones y cuestionamientos acerca del estilo profesional que uno quiere desempeñar en un futuro. Se improvisó, se conquistó terreno, se empleó diversas estrategias para conocer y conocerse a uno mismo.

Lo más gratificante fue poder ayudar a otros en sus últimos momentos de vida, así como la gratitud que ellos demostraron frente a las intervenciones que fueron realizadas. La mejoría de los sujetos, el agradecimiento y la participación de las familias, así como el apoyo emocional que



proporciona el equipo de salud generó una sensación de bienestar. En más de una ocasión, una persona dada de alta regresaba a Sala de Internación a comentar cómo siguió su situación, siempre destacando el buen trato recibido y mostrándose muy agradecidos por el acompañamiento brindado durante su internación.

El mundo que construimos no depende solo de nosotros, sino que emerge de la interacción multidimensional de los seres humanos con su ambiente, del que son inseparables. Muchos mundos diversos son posibles. La capacidad del ser humano de observar, como la de pensar, sentir o actuar son inseparables y forman parte de un sistema multidimensional: el sujeto complejo, una unidad heterogénea y abierta al intercambio adviene como tal en la trama relacional con su sociedad, por lo tanto, aprender del otro y con el otro adquiere un valor inmenso (Najmanovich, 1995). Es por esto, que se propuso como actividad de investigación - extensión universitaria la realización de un taller grupal como herramienta metodológica, integrado por el equipo profesional que permanentemente forma parte del espacio.

Basándose en los datos obtenidos a partir de la observación, del registro de campo y la toma de entrevistas, se propuso la realización de un dispositivo de intervención, definido por Foucault (1985) como una red de elementos heterogéneos de naturaleza esencialmente estratégica. Como menciona Bonvillani (2011), el taller se considera una instancia de reflexión y acción donde se articula la práctica, la teoría, el conocimiento y el trabajo, considerándose un generador de contenidos y procedimientos en conjunto.

Se escogió la metodología de un trabajo a nivel grupal, ya que el mismo promueve la reconstrucción y reelaboración de sentidos, la movilización de sentimientos, la puesta en común de las propias experiencias, lo que se siente y se piensa, generando instancias de reflexión y capacitación colectiva. El taller se apoya en una concepción de construcción grupal ya sea en relación al conocimiento, o como escenario para la expresividad. Recuperando aportes de Freire (2002), el taller se considera un dispositivo productivo ya que es generador en varios sentidos: se aprende contenidos, prácticas, procedimientos haciéndose con otros y, a su vez, se realizan producciones materiales y simbólicas, facilitando la reproducción y recreación de múltiples interacciones, entre individuos y el espacio, entre el individuo y los productos; entre el individuo y el cuerpo (Bonvillani, 2011).

El encuentro se llevó a cabo el día 9 de octubre a las once horas. Fue realizado en la sala de recreación (Biblioteca) que se encuentra dentro de la Sala de Internación. Se buscó habilitar un espacio que permita a los participantes generar una relación horizontal, donde circule la palabra de forma más fluida, colocando sillas en forma de semicírculo. Formaron parte de este encuentro el jefe de la sala, las dos médicas referentes, la psicóloga quien realizó sus prácticas en este espacio, y también, la jefa de enfermería.

Para dar comienzo, se presentó la temática a trabajar: habilidades comunicacionales. Luego, se estructuró y encuadró el taller, enfatizando, en una instancia de reflexión en conjunto, sin caer en una capacitación o una clase convencional. Por este motivo se los invitó a debatir y participar de manera activa de las actividades propuestas.

Se dio inicio con una técnica disparadora que permitiera disminuir tensiones: un momento del psicodrama denominado caldeamiento, el cual es un conjunto de procedimientos que preparan a un organismo de modo que éste se encuentra en condiciones óptimas para la acción. Tiene como objetivo lograr la retracción del sí mismo psicológico y permitir el afloramiento de los roles poco o medianamente desarrollados, y de los contenidos relacionados con ellos; desde el punto de vista de la dinámica grupal favorecen la interacción (Bustos & Nosedá, 2007). Se comenzó con una técnica de relajación, acompañada de música suave de fondo, dando lugar a que los diversos actores puedan centrarse en el aquí y ahora. Luego, se les propuso pensar en aquello que les genera molestia, o les produce un malestar. Finalizada esta actividad, se los invitó a colocar en un papel ese problema que les aqueja, lo hicieran un bollo con mucha fuerza y simbólicamente, lo desechen en un cesto de basura.

Una vez ya contextualizados, se le pidió a cada participante que se presente comentando que los motivó a elegir la profesión que actualmente desempeñan. En sus relatos se destacó el factor vocacional, un deseo que estaba desde siempre, de curar, unido a diferentes experiencias personales y familiares.

Para introducir en la temática habilidades comunicacionales se propuso una dinámica disparadora: “El juego del mudo, manco y ciego”. Esta actividad, como valor pedagógico, constituye uno de los espacios donde los seres humanos en general pueden expresarse a veces de forma directa, otras veces de manera simbólica. Además, permite compartir inquietudes y problemas, para poner en marcha el proceso de socialización. Con un enfoque lúdico, se experimentan situaciones o fenómenos de la vida real que dan pie a una reflexión globalizadora posterior, logrando una mayor comprensión de asuntos de la vida real y ampliando las perspectivas de solución. La utilización del juego en procesos de aprendizaje y socialización constituye también oportunidades para fortalecer y consolidar las relaciones entre las/los participantes y reflexionar autocríticamente sobre lo actuado a nivel personal (Bonvillani, 2011).

La propuesta consistía en que cada uno de los participantes adquiriera un rol a elección entre: mudo, manco, ciego y dos observadores. Para esto, se utilizaron pañuelos que ayudaron a personificar los roles mencionados. En un principio, se le entregó al mudo una imagen de un barco, por otro lado al ciego se le brindó un sobre que contenía piezas con distintas formas para que pueda replicar la imagen principal. Para cumplir el objetivo del juego, el mudo debió comunicarle sin hablar y sin mostrar la imagen al manco lo que debía construir el ciego. Mientras esto ocurría los observadores prestaban atención a la situación, brindando ayuda para la resolución de la dinámica.

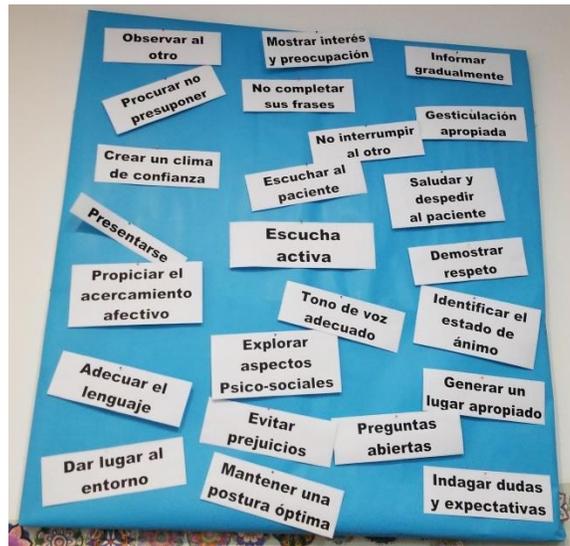


Este juego dio paso al debate sobre la complejidad y la importancia de la comunicación. Los diversos participantes manifestaron que trabajando en conjunto todo es más factible y a su vez plantearon cómo se sintieron ocupando sus respectivos roles.

El rol de mudo: “La verdad me costaba poder expresar o hacerle entender al otro lo que estaba viendo”, como también el rol del manco: “Sentí mucha frustración al no poder entender lo que el otro me quería decir, necesitaba que me exprese algo más”. Paralelamente, el papel de ciego expresó: “Sentí mucha ansiedad, al principio nadie me decía nada, no les entendía y después a medida que iba pasando el tiempo pudimos entendernos”.

Este y otros intercambios que se generó, dio lugar a reflexionar sobre la comunicación. Se hizo hincapié en que todos nos comunicamos, siempre lo hacemos, incluso cuando no queremos hacerlo. La comunicación en los grupos es una herramienta fundamental para su funcionamiento, permite el intercambio de la información necesaria para llevar a cabo la tarea en forma eficiente. Dentro de un proceso de transmisión de mensajes los elementos no verbales predominan en relación a los elementos verbales. La relación existente entre ellos, tiene que ver con que estos elementos pueden acompañar, contradecir, ilustrar o regular lo dicho verbalmente, así como también es un medio para la expresión de los afectos. El atender a los elementos no verbales durante un proceso comunicacional cualquiera sea el contexto, la escucha activa y la retroalimentación, optimizan la información recabada y ayuda a construir la relación.

Luego de esta reflexión, se dio lugar a las habilidades comunicacionales, categorizándolas en tres: saber expresar, observar y escuchar y, por último, la empatía. Para esto, se plasmó en un cartel diversas habilidades.



A continuación se les entregó dos casos clínicos (Ver apéndice C), en donde se pidió que visibilicen la relación equipo profesional – usuarias/os y/o familiares. Para la lectura de los mismos, se invitó a que algún participante leyera en voz alta, acompañado de la tonalidad y matiz de voz que quisiera.

Posterior a la lectura, se definió las habilidades comunicacionales destacando el cartel con las mismas. Se indagó sobre aquellas que pudieron observar, aquellas que se omitieron y se preguntó cuáles agregarían. La recuperación de cada tema y la reflexión sobre habilidades comunicacionales habilitó nuevamente espacios de discusión y problematización. A partir de los casos clínicos presentados los participantes concluyeron sobre la importancia de estas destrezas y como la falta de comunicación afecta la relación equipo profesional - usuarias/os y/o familiares.

De acuerdo a las habilidades empáticas, para observar y escuchar y, para expresar, el grupo debatió sobre los elementos básicos para una comunicación, como así también las barreras y obstáculos que interfieren en la misma. En un primer momento se reflexionó sobre la importancia de la presentación, el saludo inicial en toda consulta, diálogo y/o revisión médica para un primer acercamiento: “Muchas veces no nos damos cuenta del saludo, pero es de suma importancia”. A su vez pudieron observar que realizando preguntas cerradas, se impide el lugar al otro para que pueda expresarse.

En sus conclusiones expresaron: “Esto de no escuchar es una cosa muy común que hacemos los médicos, nos enseñaron que en la historia clínica está el motivo de consulta en donde uno tiene que dejar que el paciente se exprese, pero consideramos que es una pérdida de tiempo entonces lo cortamos y después preguntamos lo que suponemos”.

A medida que los participantes reflexionaban y debatían, se podía observar cómo se involucraban en los casos, identificándose con los mismos, dando lugar a las propias emociones, pensamientos y

sentimientos. “Hay veces en que los pacientes te hacen mala cara, entonces entras, salís y nada más”. No poner en palabras lo que la/el médica/o atraviesa en el día a día, frecuentemente, interfiere en su labor. El equipo manifestó que se les hace complicado cuando tienen que dar malas noticias todos los días, remarcando la importancia de poder separar lo que le pasa a uno en el encuentro con el otro.

Se remarcó la importancia de tener en cuenta que más allá de las destrezas o conceptos teóricos que se puedan obtener sobre habilidades comunicacionales, en la comunicación siempre se pone en juego lo singular de cada uno, las emociones, sentimientos y pensamientos, es menester considerarlos, darles un tiempo y lugar para reconocerlos y trabajarlos.

Para finalizar se indagó sobre cómo se sintieron a lo largo del taller, y que fue lo que les gustó: “Es lindo verse para adentro y también poder mirar al otro”. “Hablar y conversar en salud cuesta mucho”. “Es importante situarse, poder tomar conciencia de uno mismo, si no ves cómo estás vos, lo que te pasa es imposible estar frente al otro y ver qué le pasa al otro, es como ciego con ciego ¡Me encantó!”.

4. Conclusiones

Al indagar sobre las habilidades comunicacionales se rescata el papel relevante que ocupan en Sala de Internación. El equipo de salud afirma que las mismas son una competencia fundamental en la relación con las/os usuarias/os y familiares, claves para el primer contacto que se establece al dar el diagnóstico hasta el fallecimiento de la persona. A su vez, reconocen una carencia en su formación y sobretodo en el ámbito de los cuidados paliativos.

Esta temática genera un gran impacto en todos los actores involucrados en el proceso S/E/M, situación en donde se ponen en juego lo singular, las emociones, sentimientos y pensamientos de cada uno en la tríada: usuaria/o, familiares y profesionales. El conocer las actitudes del profesional ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en la relación interpersonal con las/os usuarias/os y familiares. Es aquí donde las emociones juegan un papel determinante en el modo de conducirse y en la toma de decisiones de los profesionales, especialmente en el momento de diagnosticar una enfermedad terminal. La angustia que genera el proceso de internación provoca, en algunas circunstancias, incomunicación, despersonalización y rutinización. El efecto de las mismas en el juicio clínico del profesional es un factor que se ha hecho presente en el discurso subjetivo y personal de los entrevistados mostrando su verdadera influencia.

La realización de las intervenciones y la participación del equipo profesional en el taller de habilidades comunicacionales, permitió reflexionar sobre la demanda planteada, como también promovió el intercambio de emociones que se viven en el día a día, produciendo nuevos



conocimientos y resignificación de situaciones movilizantes. Habilitar un espacio de escucha y diálogo generando un intercambio en el equipo médico, permitió por un lado, velar por la salud de los profesionales, y por otro lado, mejorar la calidad asistencial de la/el usuaria/o.

El impacto psicosocial que generó este acompañamiento al equipo de salud llevó a los profesionales a reflexionar sobre sus sentimientos, emociones, y malestares así como las condiciones específicas que se generan en el trabajo diario en cuidados paliativos. Lo que permitió fortalecer su trabajo, posibilitando un cambio en cuanto la relación producida por los diversos actores inmersos en el proceso S/E/M. El equipo profesional se replanteó sobre su relación con las/los usuarias/os - familiares y sus propios compañeros de trabajo, teniendo en cuenta sus limitaciones y dándole valor a sus acciones diarias.

Es menester resaltar el rol de acompañar en estas circunstancias como es la etapa terminal. Apoyar y contener a quienes se encargan de esta tarea y, a su vez, registrar lo que esto genera: el desgaste energético y emocional, el dolor, la angustia, la tristeza y el bloqueo permite que, tanto el equipo de salud, como usuarias/os y familiares, puedan darle lugar a las emociones: en palabras de una enfermera "está bueno pensarse para dentro".

Este tipo de intervención permite destacar el rol del psicólogo como soporte emocional para el afrontamiento de usuarias/os y familiares como también el soporte informativo respecto a los recursos que puede utilizar el equipo de salud para ayudar del modo más adecuado a personas que estén atravesando una etapa terminal.

Abordar esta situación de un modo global, es decir, contar con los sistemas de apoyos adicionales e imprescindibles que representan la atención a la familia y al personal sanitario favorece el trabajo diario en Sala de Internación. Se destaca la importancia de la estructuración interdisciplinar como método de trabajo en cuidados paliativos ya que posibilita el rol activo que tiene la/el psicóloga/o en la toma de decisiones, interviniendo en el diálogo interdisciplinar para gestionar y facilitar el proceso asistencial.

Analizar el objeto de estudio e intervención a través de diferentes miradas disciplinares permite construir espacios de reflexión y escucha interdisciplinar, siendo una solución viable para la demanda presentada. Estos espacios de cooperación ayudan a repensar en la integración de la investigación con la extensión, teniendo como finalidad promover la apropiación social de los conocimientos y contribuir a procesos de innovación social, como también en la construcción misma de nuevos conocimientos socialmente acordados y orientados para mejorar y fortalecer la relación equipo profesional y usuarios/familiares.



Referencias

- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Mendinueta, C. (2016). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Revista de Ciencias Médicas*, 34(2), 46. Recuperado de <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.206>
- Bleger, J. (1995). *La entrevista Psicológica. Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva Visión.
- Bonvillani, A. (2011). *Técnicas de Educación popular. El taller. Travesías grupales. Algunas coordenadas para trabajar/pensar con grupos*. Córdoba, Argentina. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Broggi, M. A. (2013). *Por una muerte apropiada*. Anagrama.
- Bustos, D. & Nosedá, E. (2007). *Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación*. Buenos Aires, República Argentina. Editorial Ricardo Vergara.
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841–848. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.10.010>
- Costa, M. (2016). Aproximaciones al quehacer del psicólogo clínico en el marco de la legislación vigente en Salud Mental. Ficha de Cátedra Ps. Clínica, Facultad de Psicología, UNC. Córdoba, Argentina.
- Cuba Fuentes, M., Contreras Samamé J., Ravello Ríos, P., Castillo Narro, M. & Coayla Flores, S. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev. Méd. Hered.* (27), 50-59.
- De Díaz, M., & Arnolda, M. (2012). "Conducta empática en los estudiantes de ciencias de la salud". Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
- Etchegoyen, H. (1993) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Ed. Amorrortu.
- Fernández, A. (1996). La dimensión institucional de los grupos. En: E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 7 (pp. 49-64). Buenos Aires, Argentina. Búsqueda.
- Foucault, Michel. "Poderes y Estrategias". En: *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Alianza Ed., Madrid, 1985, p. 85.
- Freire, P. (2002). *Pedagogía del oprimido*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina.



- García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lázaro, J. Á. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292.
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1306-1315.
- Izard, C. (1991). *La psicología de las emociones*. New York. Editorial Plenum Press.
- Jiménez, M., Matamoros, D., & Gámez, G. (2014). La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 78-91.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Fórum: Qualitative Social Research*. Volumen 6, No. 2, Art. 43. Disponible: <https://docs.google.com/document/d/1tu1LWqiwuggVyjphLi5MOAzvz5QaV3nEfx1GLZ3e2g/edit>
- Lattanzi, L. y Muñoz, L. (2017) La interconsulta médico psicológica (ICMP). Ficha de Cátedra. Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNC. Córdoba, Argentina.
- Manitta, G. (2005). El malestar en la relación médico-paciente. *Acta Bioethica*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/554/55432395009.pdf>
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4, 73-80.
- Mesías, O. (2004). *La investigación cualitativa*. Universidad Central de Venezuela, Doctorado en Urbanismo, Seminario de Tesis. Recuperado en <http://bit.ly/30unp0C>.
- Montoya Juárez, R. (2011). Dimensión emocional y significado de experiencia de sufrimiento al final de la vida: estudio cuantitativo-cualitativo en pacientes con enfermedad de terminal. Universidad de Granada, España.
- Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. *Metodología educativa I*. Universidad da Coruña. Recuperado de: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/8533>
- Najmanovich, D. (1995). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. *Redes: el lenguaje de los vínculos*, 33.
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. 2a ed. Buenos Aires: Biblos.
- Povedano Jiménez, M. (2011). Habilidades de comunicación del personal sanitario en el cuidado del paciente paliativo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. España.



- Rodríguez Collar, T., Blanco Aspiazú, M., & Parra Vigo, I. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300009&lng=es&tlng=es.
- Schmidt, J., Montoya, R., García-Caro, M.P., & Cruz, F. (2008). Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Índex de Enfermería*, 17(4), 256-260. Recuperado en 30 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400007&lng=es&tlng=es
- Urbina Méndez, R., Hernández Vargas, C. I., Hernández Torres, I., Fernández Ortega, M. Á., & Irigoyen Coria, A. (2015). Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, México.