

Universidad Europea de Valencia

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**



**Universidad
Europea Valencia**

**La comunicación al diagnóstico con el enfermo
oncológico terminal**

**Communicating the diagnosis to a terminally ill
oncology patient**

Presentado por:

Doña Angela Alba Huertas Sanchez

Tutor:

Don Jose Manuel Tomas Miguel

Valencia, a 26 de junio de 2023

Resumen

Introducción: La comunicación en el diagnóstico de pacientes oncológicos es un tema complejo y emocional. El cáncer es una enfermedad de gran importancia en la actualidad debido a su alta incidencia y su impacto en la salud y calidad de vida de las personas, produciendo una gran afectación. En el momento del diagnóstico es fundamental para el paciente, en la hora del duelo. Los profesionales sanitarios deben estar preparados para proporcionar un correcto apoyo al paciente, lo que influirá en el transcurso de la enfermedad.

Objetivos: Sintetizar la evidencia científica sobre el papel de la comunicación en el área de oncología.

Metodología: Se ha realizado una revisión de característica descriptiva basada en artículos encontrados mediante una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos entre ellas Pubmed, Dialnet, Google académico y Scielo. Se utilizó tres búsquedas en cada base de datos empleando palabras clave y sus sinónimos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión Establecidos.

Resultados: Los resultados fueron elaborados mediante el uso de 14 artículos. Estos resultados fueron positivos, evidenciando la necesidad de proporcionar más herramientas comunicativas a los profesionales.

Conclusiones: Varios estudios han demostrado que proporcionar información comprensible y precisa sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer puede tener beneficios psicológicos para los pacientes, al reducir la incertidumbre y promover la toma de decisiones informada.

La comunicación en el diagnóstico de cáncer debe adaptarse a las preferencias y cultura del paciente, brindando información comprensible y respetando su nivel de comprensión y capacidad para afrontar la situación. Es fundamental que los profesionales de la salud, incluidos los enfermeros y médicos, reciban formación en comunicación de malas noticias y desarrollen habilidades empáticas y sensibles para establecer una relación significativa con los pacientes

Palabras clave: Comunicación en salud, diagnóstico clínico, paciente oncológico, paciente terminal y profesional sanitario.

Abstract

Introduction: Communication in the diagnosis of cancer patients is a complex and emotional issue. Cancer is a disease of great importance today due to its high incidence and its impact on the health and quality of life of individuals, causing significant distress. At the time of diagnosis, providing proper support to the patient is crucial, especially during the grieving process. Healthcare professionals must be prepared to offer adequate support to the patient, as it will influence the course of the disease.

Objectives: To synthesize scientific evidence on the role of communication in the field of oncology.

Methodology: A descriptive review was conducted based on articles found through a literature search in four databases including PubMed, Dialnet, Google Scholar, and Scielo: Three searches were performed in each database using keywords and their synonyms, taking into account the established inclusion and exclusion criteria.

Results: The results were compiled from 14 articles. These results were positive, highlighting the need to provide healthcare professionals with more communication tools.

Conclusions: Several studies have shown that providing understandable and accurate information about the diagnosis and treatment of cancer can have psychological benefits for patients by reducing uncertainty and promoting informed decision-making. Communication in cancer diagnosis should be tailored to the patient's preferences and culture, providing understandable information and respecting their level of comprehension and ability to cope with the situation. It is essential for healthcare professionals, including nurses and doctors, to receive training in delivering bad news and develop empathetic and sensitive skills to establish a meaningful relationship with patients.

Key words: Health communication, clinical diagnosis, cancer patient, social perception, terminal patient and sanitary professional.

Índice

1.Introducción	6
2. Marco teórico.....	7
2.1. La historia de comunicación medico paciente	7
2.2. Habilidades de comunicación para dar malas noticias.	18
3.Justificación	21
4. Objetivo.....	22
4.1. Diseño.....	23
4.2. Formulación y pregunta de estudio.	24
4.3 Elección de fuentes.	27
4.4. Estrategia de búsqueda y ejecución.....	28
4.4.1. Dialnet.....	30
4.4.2. SCIELO	30
4.4.3. Google académico	31
.....	31
4.4.4 Pubmed	31
4.5 Resultados de la búsqueda.	33
5.Resultados	36
6.Discusión.	43
7.Conclusión	47
8.Bibliografía	48

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategia de Buckman	12
Tabla 2: Elaboración pregunta PIO.....	25
Tabla 3: Terminología MeSH y DeCS utilizada. Fuente: elaboración propia.....	27
Tabla 4: Resultado de búsqueda.....	34

1.Introducción

La comunicación en pacientes que se encuentran en la fase terminal del cáncer es un tema de suma importancia en el campo de la salud. La comunicación efectiva entre el paciente, su círculo cercano y el equipo médico es crucial para ofrecer una atención de calidad y mejorar la calidad de vida del paciente en sus últimos días.

El cáncer en fase terminal se refiere a la etapa avanzada de la enfermedad en la que los tratamientos médicos no tienen como objetivo curar el cáncer, sino mejorar la calidad de vida del paciente. La comunicación en esta etapa es fundamental para ayudar a los pacientes a sobrellevar los desafíos físicos, emocionales y sociales que enfrentan.

Una comunicación adecuada también puede ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención médica y final de vida.¹

La comunicación en pacientes con cáncer terminal es un proceso activo que involucra a varios miembros del equipo médico. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos son algunos de los profesionales que pueden estar involucrados en la atención del paciente. Además, la familia y amigos cercanos del paciente también son una parte fundamental del equipo médico y deben ser incluidos en las discusiones y decisiones importantes.

La comunicación en pacientes con cáncer terminal puede ser difícil debido a la naturaleza emocionalmente delicada de la situación. Los pacientes pueden sentir miedo, ansiedad y estrés, y es importante que el equipo médico sea sensible a estas emociones y las aborde de manera efectiva. La comunicación debe ser clara, directa y honesta, y debe basarse en la comprensión de las necesidades del paciente y su familia.¹

Es decir, la comunicación en pacientes con cáncer terminal es una parte crucial del cuidado paliativo. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para abordar temas sensibles de manera efectiva y trabajar en equipo para brindar atención integral al paciente y su familia. Una comunicación adecuada puede mejorar la calidad de vida del paciente y ayudar a los miembros de la familia a sobrellevar el dolor y el duelo que pueden surgir durante esta difícil etapa.

2. Marco teórico.

2.1. La historia de comunicación medico paciente.

La comunicación del diagnóstico médico al paciente es un proceso fundamental en el cuidado de la salud. A lo largo de los años, este proceso ha evolucionado a medida que se ha reconocido la importancia de la comunicación efectiva y empática entre el médico y el paciente. En el pasado, la información sobre la enfermedad era transmitida al paciente de manera directa y sin muchas consideraciones hacia su estado emocional. Los médicos simplemente proporcionaban información detallada y técnicamente precisa sobre la enfermedad, el tratamiento y las posibilidades de recuperación. Esta estrategia de comunicación no tenía en cuenta las necesidades emocionales del paciente, lo que podía aumentar el estrés y la ansiedad, y empeorar la calidad de vida del paciente.²

Sin embargo, con el paso del tiempo, se ha reconocido la importancia de la comunicación efectiva y empática entre el médico y el paciente. En las décadas de 1960 y 1970, comenzó a desarrollarse una nueva aproximación en la comunicación médico-paciente. Esta nueva estrategia, llamada "comunicación centrada en el paciente", se enfocaba en la importancia de escuchar las necesidades y preocupaciones del paciente, y en reconocer la importancia de la relación entre médico y paciente.²

Desde entonces, se han establecido nuevas pautas para la comunicación del diagnóstico médico al paciente. Los médicos están capacitados para comunicar la información de manera clara y comprensible, y están preparados para responder preguntas y explicar los detalles de la enfermedad y del tratamiento. Además, se ha reconocido que el momento en que se comunica el diagnóstico es importante. Los médicos buscan esperar hasta que tengan toda la información necesaria para proporcionar una descripción completa de la situación del paciente, antes de comunicar la noticia.²

También se ha enfatizado la importancia de la empatía y la compasión durante la comunicación del diagnóstico. Los médicos están capacitados para reconocer y abordar las emociones del paciente, así como para brindar apoyo emocional. Los médicos pueden trabajar con los pacientes y sus familias para ayudarles a comprender la situación, responder preguntas y ofrecer apoyo durante todo el proceso.²

Además, la comunicación del diagnóstico médico al paciente debe ser un proceso de colaboración. Los médicos y los pacientes deben trabajar juntos para establecer un plan de tratamiento que tenga en cuenta las necesidades del paciente y sus objetivos de

atención médica. La comunicación efectiva puede ayudar a los pacientes a sentirse más involucrados en su atención médica y puede ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

Los estudios realizados por Ford y Fallowfield, así como otros autores, que se basan en el análisis de entrevistas grabadas recientes, concluyen que, en su mayoría, los médicos siguen un patrón centrado en el profesional y apenas entran en el mundo del paciente. Utilizan preguntas cerradas en lugar de abiertas, y los pacientes tienen poco espacio para hacer preguntas, y cuando lo hacen, se les interrumpe pronto. Además, los profesionales apenas exploran el bienestar/malestar psicológico del paciente a pesar de que la enfermedad puede implicar una amenaza para su futuro e incluso su vida, y las alternativas de tratamiento pueden conllevar malestares psicológicos. En general, el tiempo dedicado a explorar síntomas orgánicos es 2,5 veces superior al empleado en hablar de temores y preocupaciones, etc. Este enfoque limita la capacidad del paciente para compartir experiencias relevantes para él y, por lo tanto, para su bienestar, incluido el control de algunos síntomas como el dolor. Esta forma de acercamiento del médico a los pacientes y a sus problemas está muy influenciada por los modelos conceptuales que organizan sus conocimientos. Estos modelos representan marcos teóricos que han servido de base a los médicos en sus esfuerzos por explicar la naturaleza del sufrimiento del paciente y las razones auténticas por las que los pacientes acuden a las consultas, e idear y aplicar métodos diagnóstico-terapéuticos eficaces en la consulta. Por lo tanto, el modelo deseable de interacción médico-paciente ha sido motivo de controversia y debate en los últimos años, sin que se haya alcanzado nunca un grado adecuado de consenso. Gran parte de este debate se ha centrado en el conflicto generado por el cambio social en los valores respecto a la autonomía del paciente. Históricamente, el estilo de relación paternalista o "centrado en el médico" responde al modelo teórico en el que se fundamenta la ciencia médica oficial y que se denomina "modelo biomédico" o "biomecánico", caracterizado por un enfoque analítico que reduce el encuentro clínico a sus componentes medibles: físicos, químicos o estructurales.³

El párrafo anterior describe las deficiencias en la comunicación médico-paciente identificadas en estudios anteriores, donde se evidenciaba que los médicos tendían a adoptar un enfoque centrado en ellos mismos en lugar de centrarse en el mundo del paciente. Se destaca que se utilizan principalmente preguntas cerradas en lugar de abiertas, y los pacientes tienen poco espacio para hacer preguntas o expresar sus

preocupaciones. Además, se menciona que se dedica mucho más tiempo a explorar síntomas físicos que a abordar los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes.

En relación a esto, la Estrategia de Buckman, también conocida como "Estrategia del Médico Comunicador", se enfoca en mejorar la comunicación entre médicos y pacientes. Esta estrategia se basa en cinco principios clave que pueden abordar las deficiencias mencionadas anteriormente. Estos principios incluyen:⁴

- Establecer una relación de confianza: El médico debe establecer un ambiente de confianza y empatía con el paciente, brindando un espacio seguro para que el paciente pueda expresar sus preocupaciones y preguntas.
- Escuchar activamente: El médico debe prestar atención activa a las preocupaciones y necesidades del paciente, mostrando interés genuino en su bienestar y demostrando una escucha atenta.
- Comunicar de manera clara y comprensible: El médico debe utilizar un lenguaje claro y sencillo al explicar diagnósticos, opciones de tratamiento y cualquier información relevante para que el paciente pueda comprender plenamente su situación y tomar decisiones informadas.
- Fomentar la participación del paciente: El médico debe alentar la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones, involucrándolo en la discusión sobre las opciones de tratamiento y respetando sus preferencias y valores.
- Proporcionar apoyo emocional: El médico debe ser sensible a las necesidades emocionales del paciente, brindando apoyo y comprensión durante momentos difíciles, como el diagnóstico de una enfermedad grave.

La Estrategia de Buckman busca mejorar la comunicación médico-paciente, promoviendo una relación más colaborativa y empática. Al aplicar estos principios, se busca mejorar la comprensión mutua, aumentar la satisfacción del paciente y facilitar una atención médica de calidad. A continuación, se explican las distintas etapas de la estrategia de Buckman.⁴

TABLA 1. Estrategia de Buckman

Estrategia de Buckman

Etapa 1. Preparar el entorno de la entrevista

Es fundamental buscar el espacio físico idóneo que asegure la privacidad, que impida interrupciones y que permita permanecer el tiempo necesario. Para ello, es suficiente tener en cuenta pequeños detalles cruciales que influyen en gran medida en el estado emocional del paciente: Evitar corredores y habitaciones compartidas, alertar para que no nos molesten ni se acerquen al lugar en el que estamos, apagar los móviles, escoger el momento que nos permita estar más tiempo (por ejemplo, la última cita del día o una consulta programada). Es mejor no transmitir malas noticias a última hora de la tarde o de la noche y seleccionar un momento apropiado para el profesional sanitario, ya que el cansancio de una guardia o de un día frenético, así como el impacto de la propia mala noticia si es inesperada, afectan el estado emocional del informador y, por lo tanto, la forma de comunicar y el efecto que provoca en el paciente o en su familia.

Etapa 2. ¿Qué sabe el paciente?

Lo que el paciente sabe sobre la situación será el punto de partida de la información, y para saberlo es conveniente usar preguntas abiertas del tipo: ¿Qué te han informado del resultado

de la resonancia? ¿Qué impresión sacas de este informe? ¿Has pensado alguna vez en la posibilidad de que sea algo grave lo que te ocurre? En este paso, se pueden considerar 3 aspectos importantes:

El grado de comprensión de su situación médica.

Puede existir una distancia entre la realidad y el conocimiento del paciente. En ocasiones, el paciente puede decir que no sabe nada aunque se tenga la certeza de que se le ha proporcionado información. Esto puede deberse a que se encuentra en la fase de negación de su realidad o a que desea comparar la información con las recibidas previamente.

Las características culturales del paciente que tenemos enfrente.

Es importante estar atentos al vocabulario y a las expresiones que utiliza, ya que esto proporciona claves para personalizar y adaptar la forma de dar la información a ese paciente en particular, con lenguaje similar al que él ha empleado. Podemos encontrarnos con pacientes que digan: “Tengo mal el pulmón” frente a otros que digan: “Tengo un tumor maligno en el pulmón pero sin metástasis”.

	<p>Los componentes emocionales de lo que dice y de lo que hace el paciente cuando le informamos.</p> <p>Es importante intentar explorar las emociones transmitidas en su conducta. Ello requiere atención a sus palabras y a la comunicación no verbal del paciente, intentando identificar contradicciones, si las hay, entre ambos tipos de comunicación y tratar de entender los sentimientos del paciente.</p> <p>Estando atentos a estos 3 aspectos, se tendrá la oportunidad de corregir interpretaciones erróneas del proceso y de las alternativas terapéuticas, adaptar la información a su nivel de comprensión y al impacto emocional que ha supuesto el problema. En definitiva, personalizando la información, puede conseguirse una mejor conexión entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico, sin añadir más sufrimiento del que ya conllevan estos procesos.</p>
Etapa 3	<p>Para ayudar al paciente después de recibir una noticia difícil, es importante comprender su estado emocional y hacerle saber que se le entiende. Puede hacerlo verbalmente, por ejemplo, diciendo "Debe de ser muy difícil para usted pasar por esto" o "Estoy aquí para apoyarlo", pero es aún más importante hacerlo de manera no verbal. Esto se</p>

	<p>puede lograr con una postura cercana, un contacto suave en el hombro o la mano, una mirada cálida y directa a los ojos y con el silencio. Si el paciente está asustado, es importante preguntarle qué es lo que teme para poder hablar de lo que le preocupa realmente o acompañarlo en silencio. El profesional no tiene todas las respuestas a los problemas y al sufrimiento, pero sí puede acompañar al paciente de manera empática hasta que pueda recuperarse emocionalmente y hablar</p>
<p>Etapa 4. Comunicación de la información</p>	<p>Si el paciente prefiere no saber los detalles de su situación, el médico puede discutir con él el plan de tratamiento y los próximos pasos. Si, en cambio, el paciente quiere saber toda la verdad, el médico debe proporcionar información gradualmente, teniendo en cuenta que la comprensión de la información no es un acto único, sino un proceso que requiere pequeñas dosis de información asimilable. La información médica en general es difícil de entender, y aún más si se trata de malas noticias, que pueden desencadenar emociones fuertes. Esto puede afectar la comprensión y la asimilación de la información, por lo que es importante que el médico respete el ritmo del paciente, proporcionando la "verdad soportable" en cada momento. Se debe permitir que el paciente asimile la</p>

	<p>información y se adapte a lo nuevo según sus capacidades, procesos psicológicos, entorno y esperanzas. Es importante verificar lo que el paciente ha entendido, pidiéndole directamente que exprese lo que ha comprendido y aclarando cualquier malentendido. También es importante permitir interrupciones para ayudar al paciente a expresar sus emociones y problemas</p>
<p>Etapa 5. Respuesta a las reacciones y sentimientos del paciente</p>	<p>Solo si estamos dispuestos a apoyar al paciente en sus emociones posteriores estaremos moralmente autorizados a comunicarle malas noticias. Las reacciones más comunes incluyen la sensación de soledad e incertidumbre. También pueden surgir tristeza, agresividad, negación, miedo, ambivalencia, ansiedad y retraimiento. En situaciones de estrés, los rasgos de personalidad se acentúan, lo que afecta las manifestaciones del paciente. Es fundamental demostrar paciencia, respeto y empatía, porque el paciente necesita sentir que se comprende su sufrimiento. Para ello, es necesario comprender su estado emocional y transmitirle que se comprende. Esto puede hacerse verbalmente ("Debe ser difícil para usted enfrentar esta situación"; "Estoy aquí para apoyarlo") pero también de manera no verbal, con una postura cercana, contacto físico reconfortante como poner</p>

	<p>la mano en el hombro o tomar la mano del paciente, con una mirada cálida y directa a los ojos y con el silencio. Si el paciente tiene miedo, se puede preguntar qué es lo que teme para ayudarlo a hablar de sus preocupaciones o simplemente acompañarlo en silencio. El profesional no tiene todas las soluciones a los problemas y al sufrimiento, pero sí tiene la capacidad de acompañar al paciente de manera sensible hasta que pueda recuperar sus emociones y expresarse de nuevo.</p>
<p>Etapa 6: Plan de atención y seguimiento</p>	<p>Después de comunicar una noticia difícil y brindar apoyo emocional, se ofrecerá un plan de opciones de tratamiento al paciente para que esté informado sobre el proceso y las diferentes terapias disponibles. Si el paciente está en condiciones de hacerlo, se le permitirá tomar decisiones. Es importante que el paciente sepa que el equipo de atención médica está disponible para brindar apoyo, aliviar los síntomas y compartir preocupaciones y temores.</p> <p>Es necesario acordar la frecuencia de las visitas y la disponibilidad para visitas domiciliarias o contacto telefónico, lo que aumenta la accesibilidad y disponibilidad del equipo médico. Es recomendable resumir la situación con el paciente, establecer un plan de</p>

	<p>seguimiento y explicar qué hacer si las cosas no van según lo previsto y a quién dirigirse en esas situaciones. Todo esto ayuda a disminuir la ansiedad y la incertidumbre en la persona que recibe la noticia difícil.</p>
--	--

Después de la comunicación de la mala noticia y de la atención emocional posterior, se debe ofrecer un plan de alternativas terapéuticas al paciente. Esto permitirá que el paciente conozca cómo será el proceso, los diferentes tratamientos y, si está en condiciones de hacerlo, tomar una decisión. El paciente debe saber que el médico y el equipo terapéutico están ahí para apoyarlo en lo que necesite, aliviar sus síntomas, compartir temores y preocupaciones. Es importante establecer la frecuencia de las citas, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, etc., lo que implica tener una mayor accesibilidad y disponibilidad. También es importante hacer un resumen de la situación con el paciente, establecer un plan de seguimiento, explicar qué hacer cuando las cosas no salgan según lo previsto y saber a quién dirigirse en esas situaciones. Todo esto disminuirá la ansiedad y la incertidumbre en la persona que recibe la mala noticia.³

2.2. Habilidades de comunicación para dar malas noticias.

Es ampliamente aceptado que la "comunicación de noticias difíciles" o "mala noticia" es una situación altamente compleja en la práctica profesional. De hecho, se considera un escenario paradigmático dentro de las denominadas "situaciones difíciles" o "retos clínicos". Esto se debe principalmente a que implica un proceso relacional y emocional en el cual los profesionales de la salud no solo son participantes, sino también protagonistas junto con los pacientes y sus familiares. Por "mala noticia" se entiende cualquier información que impacta negativamente las expectativas que el paciente tiene sobre sí mismo y su futuro.⁸

El comunicar malas noticias en la práctica clínica es una tarea complicada que requiere habilidades basadas en la empatía y los principios de la bioética. Sin embargo, en la enseñanza de la medicina a menudo se evita abordar el tema de la muerte adecuadamente.⁸

La forma en que se entrega la mala noticia tiene un impacto duradero en la relación profesional-paciente. Estudios han demostrado consistentemente que cuando la noticia se comunica de manera pobre, la experiencia puede quedar grabada en la mente del paciente y/o su familia durante mucho tiempo.⁷

En cuanto a la comunicación no verbal, es importante prestar atención al tono de voz, la postura y el contacto visual. Un tono de voz suave y pausado puede transmitir empatía y tranquilidad al paciente, mientras que una postura tensa o evasiva puede generar ansiedad y desconfianza. Mantener contacto visual con el paciente puede ayudar a establecer una conexión emocional y a transmitir interés y atención hacia sus preocupaciones.⁷

La comunicación no verbal, como la cercanía física o el distanciamiento, la mirada y el tono de voz, es a menudo más importante que el contenido de las palabras. Es esencial mostrar empatía con el paciente al percibir y comprender sus emociones y expresar solidaridad emocional a través de palabras y gestos, como el contacto físico si es apropiado. Durante una entrevista en la que se comunica una mala noticia, hay muchas oportunidades para mostrar empatía. La escucha activa implica facilitar la expresión narrativa y emocional del paciente y comprender su lenguaje verbal y corporal, como su postura, mirada y movimientos. Se debe utilizar un lenguaje neutro y sin tecnicismos, evitando comunicar por vía telefónica. La comunicación no verbal debe incluir una posición cómoda y una mirada directa, cálida y serena, y una voz pausada y suave. Se

pueden utilizar frases empáticas como "debe ser difícil para usted" o "entiendo que se sienta abatido". Durante la escucha activa, es importante asentir con la cabeza y repetir afirmativamente lo que el paciente está diciendo, pedir clarificación si es necesario, señalar las emociones que se perciben y ser asertivo, como decir "está en buenas manos" o "lo estudiaremos en equipo y luego estaremos con usted". Es fundamental mantener una baja reactividad, no interrumpir y permitir el silencio si no se sabe qué decir. El paciente apreciará más el silencio que una respuesta inadecuada.⁷

La comunicación no verbal es muy importante en la interacción entre médico y paciente, ya que puede transmitir sentimientos y emociones. En el proceso de comunicación, la información visual desempeña un papel fundamental en comparación con la información auditiva. Existe una discrepancia significativa entre la comunicación no verbal y verbal, siendo la primera cinco veces más influyente que la segunda. En otras palabras, en cada interacción con un paciente, lo que transmitimos a través de nuestro lenguaje corporal tiene cinco veces más relevancia que lo que expresamos verbalmente, es recomendable asentir con la cabeza y repetir afirmativamente lo que el paciente dice para demostrar que se le escucha y se le anima a seguir hablando. También es importante pedir clarificación cuando algo no se entiende y señalar las emociones que se perciben en el paciente. La asertividad del médico es fundamental para transmitir confianza al paciente, incluso en situaciones de incertidumbre, explicando de dónde vienen las dudas y cómo se irán solucionando. Es necesario evitar interrumpir al paciente en su discurso para que pueda expresar todo lo que necesita, y el silencio puede ser una herramienta poderosa para permitir que el paciente reflexione y exprese sus emociones sin sentirse limitado o vulnerable.⁹

Los médicos a menudo tienen dificultades para emplear el silencio en la comunicación clínica, ya que su formación se centra en la acción de curar en lugar de en la comunicación. Es más fácil para ellos hablar y actuar ante el paciente que callar y esperar. Sin embargo, la práctica de callarse debería ser una parte esencial de su forma de comunicarse con los pacientes para evitar que se sientan humillados, avergonzados, culpabilizados o incómodos.⁷

Los pacientes a menudo transmiten sus sentimientos a través de signos como el temblor de la voz, las expresiones faciales o los ojos llorosos. Para ayudarles a contar su historia,

los médicos pueden asentir con la cabeza cuando hablan y repetir afirmativamente la última frase que han dicho, lo que les hace sentir que se les escucha y se les anima a seguir hablando. También pueden pedirles que aclaren algo que no se ha entendido y señalarles las emociones que han percibido en ellos.

En el contexto de la relación médico-paciente, es esencial la empatía para poder comprender al paciente y entender su situación. Esto implica respetar sus tiempos y limitaciones, evitando invadir su espacio personal. El paciente establece el ritmo de la comunicación, el tono y hasta el sentido del humor con el que desea ser tratado.¹⁰

En la relación entre el paciente, su familia y el entorno, la asertividad juega un papel fundamental para encontrar la forma adecuada de expresarse. No se deben reprimir dudas o preguntas, sino abordarlas a través de una comunicación abierta. La asertividad permite romper la incomodidad de no poder expresar las cosas de la manera y en el momento deseado, sin temor a causar sufrimiento o generar lástima en los demás (familiares y personas cercanas).¹⁰

La calidez, la proximidad afectiva, transmitiendo al consultante que es bienvenido y que deseamos comunicarnos con él (contacto visual adecuado, recibimiento personalizado, sonrisa oportuna).¹¹

El respeto es la capacidad de ser honestos en la relación asistencial, preservando los puntos de vista del consultante.

La empatía es la capacidad del entrevistador para comprender las emociones del paciente y su familia y darles a entender esta comprensión, y para conectar con el sufrimiento o alegría del paciente, de manera que este percibe que el pediatra se solidariza con sus emociones. Puede ser verbal o no verbal, como, por ejemplo, un gesto.¹¹

La paciencia, una cualidad que se hace tanto más necesaria cuantos más años llevemos de ejercicio profesional

La baja reactividad del médico implica dejar que el paciente hable sin interrupciones, para evitar que se quede sin decir algo importante. Esto puede tener relación con falsas creencias que conviene reconvertir o falsas esperanzas que deben redefinirse.⁷

El silencio es una herramienta importante que permite al médico confirmar y validar los sentimientos del paciente. Cuando un paciente dice: "Veo que esto va mal", el silencio del médico puede ser suficiente para confirmar que ha entendido la situación.¹¹

Las familias pueden desempeñar un papel crucial en la toma de decisiones sobre la atención del cáncer. Tanto los pacientes como sus familiares participan en el proceso de comunicación con el médico y el equipo de atención médica. Es importante que los pacientes decidan la cantidad de ayuda que desean recibir de sus familiares al tomar decisiones. La comunicación entre los familiares que cuidan al paciente y el equipo de atención médica debe ser continua a lo largo de todo el proceso de atención del cáncer. Esto implica compartir información sobre los objetivos del tratamiento, los planes de atención del paciente y qué esperar en el transcurso del tiempo.¹²

La comunicación con el médico beneficia tanto a los cuidadores como a los pacientes. Se denomina comunicación centrada en la familia cuando el paciente y sus familiares están involucrados en la comunicación. Este enfoque de comunicación ayuda a la familia a comprender su papel en el cuidado. Al recibir instrucciones específicas y prácticas por parte del equipo de atención médica, los familiares que cuidan al paciente se sienten más seguros al brindar su cuidado y pueden hacerlo de manera más efectiva.¹²

3. Justificación

El cáncer es la tercera causa de mortalidad en España, Entre los tipos de cáncer más comunes en España se encuentran el cáncer de mama, el cáncer colorrectal, el cáncer de próstata, el cáncer de pulmón y el cáncer de vejiga.

El cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial, y su incidencia puede estar influenciada por diversos factores, incluyendo la edad, el género, la genética, los hábitos de vida, la exposición a sustancias carcinogénicas y otros factores ambientales.

El cáncer puede tener un impacto emocional significativo en las personas que lo padecen, así como en sus familiares y seres queridos. El proceso de duelo en el cáncer se refiere a la experiencia emocional y psicológica que acompaña a la pérdida de salud, el cambio en la calidad de vida y las incertidumbres asociadas con la enfermedad.

El duelo en el cáncer puede manifestarse de diferentes maneras y puede incluir sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, ira, frustración, confusión y desesperanza. Las personas pueden pasar por diferentes etapas del duelo, que pueden incluir negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso de duelo es único para cada individuo y no todos pasan por todas las etapas de manera secuencial o experimentan las mismas emociones.

La comunicación del diagnóstico de cáncer es un momento crucial en el proceso de atención médica. La forma en que se comunica esta noticia puede tener un impacto significativo tanto en la persona diagnosticada como en sus familiares y seres queridos. Por ello, en este estudio se evaluará si es efectiva la comunicación y si el profesional sanitario cuenta con las herramientas necesarias para lograr una comunicación efectiva.

4. Objetivo.

Objetivo general:

1. Sintetizar la evidencia científica sobre el papel de la comunicación en el área de oncología.

Objetivos específicos:

1. Identificar la concepción de la comunicación que tienen los profesionales sanitarios.
2. Analizar las barreras de comunicación entre todos los agentes involucrados en la atención al final de la vida.
3. Estudiar el impacto que produce una comunicación inadecuada en la atención al final de la vida.
3. Conocer si es adecuada la información proporcionada por los profesionales sanitarios.
4. Recoger las diferentes herramientas/estrategias para mejorar la comunicación en cuidados paliativos.

4.1. Diseño.

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, que consistió en un estudio de revisión de la bibliografía existente acerca de la comunicación en pacientes que sufren de una enfermedad oncológica en estado terminal. De esta manera, se buscó profundizar en las diferentes formas en que la comunicación impacta en el bienestar de los pacientes y en los factores que influyen en esta relación.

4.2. Formulación y pregunta de estudio.

La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo mediante la siguiente pregunta clínica en formato PIO (Patient-Intervention-Outcomes):” ¿Cómo es la situación actual en la comunicación al diagnóstico en los pacientes con cáncer terminal por parte de los profesionales sanitarios?”. Con el objetivo de obtener una metodología más simplificada que pueda dar unos mejores resultados. Se realiza una tabla donde se observa la elaboración de la pregunta PIO.

Tabla 3. Elaboración pregunta PIO.

P(Población)	I(Intervención)	O(Resultados)
Pacientes oncológicos	Conocer la comunicación al diagnóstico	La existencia de una correcta comunicación

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se llevará a cabo la estrategia de obtención de palabras clave relacionadas con el tema de estudio, con el fin de realizar una búsqueda exhaustiva. Para ello, se han seleccionado las palabras clave principales y se han dividido en diferentes grupos:

- 1.Comunicación
- 2.Diagnóstico
3. Paciente oncológico
- 4.Paciente terminal.

El término “Paciente terminal” fue añadido más tarde, debido a que durante la primera búsqueda se pudo comprobar que el término enfermedad terminal en algunas ocasiones no daba muchos resultados , y quise añadir algunos artículos más siempre que hicieran

referencia dichos artículos a pacientes paliativos oncológicos. Una vez determinadas las palabras clave con el fin de emplear una misma terminología aplicándola en las bases de datos los términos han sido traducidos por los tesauros DeCS y MeSH del lenguaje libre al lenguaje controlado.

Los descriptores de ciencias de la salud (DeCS), utilizados en la Biblioteca Virtual de la Salud y SciELO, y los Medical Subject Headings (MeSH), utilizados en PubMed y la Biblioteca Cochrane.

Para iniciar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos se procede a seleccionar las palabras clave del estudio con sus respectivos thesaurus, estas palabras son:

Descriptores MeSH y DeCS que he usado en la búsqueda:

Tabla 4. Terminología MeSH y DeCS utilizada. Fuente: elaboración propia.

Lenguaje natural	MeSH	DeCS	
		Español	Inglés
Comunicación en salud	Health Communication	Comunicación en salud	Health Communication
Diagnostico clínico	Clinical Diagnosis	Diagnóstico clínico	Clinical Diagnosis
Paciente oncológico	Cancer patient	Paciente oncológico	Cancer patient
Percepción social	Social perception	Percepción social	Social Perception

Paciente terminal	Terminal patient	Paciente terminal	Terminal patient
Profesional sanitario	Sanitary professional	Profesional sanitario	Sanitary professional
Calidad de vida	Quality of life	Calidad de vida	Quality of life
Bienestar	Welfare	Bienestar	Welfare

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Elección de fuentes.

En el marco de este estudio se identificaron varias fuentes de información relevantes para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica. Entre ellas, se incluyeron una serie de bases de datos y portales de difusión científica, tales como Pubmed, Dialnet, Elsevier, Cochrane, Cuiden, Google Académico y Scielo.

Luego de un análisis detallado de los resultados obtenidos en cada una de estas fuentes, se decidió finalmente utilizar Pubmed, Dialnet, Google académico y Scielo como las principales herramientas de búsqueda. Esto se debió a que se encontraron en estas bases de datos una mayor variedad de artículos que cumplían con los criterios de búsqueda establecidos.

Es importante destacar que las herramientas más utilizadas en este estudio fueron las bases de datos y los portales de difusión científica, ya que estos ofrecen acceso a una gran cantidad de información de alta calidad. En particular, se empleó Medline/Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Académico para identificar los artículos más relevantes para la investigación en cuestión. La elección de estas herramientas se basó en su reputación y en su capacidad para proporcionar acceso a la información más actualizada y pertinente.

- 1. Medline/Pubmed.
- 2. Dialnet.
- 3. Scielo.
- 4. Google Académico.

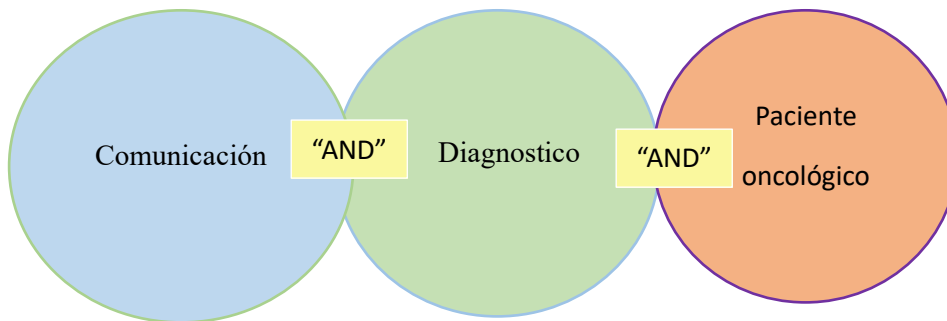
4.4. Estrategia de búsqueda y ejecución.

La estrategia que se implementó para llevar a cabo la búsqueda de los artículos se llevó a cabo con una metodología rigurosa y efectiva.

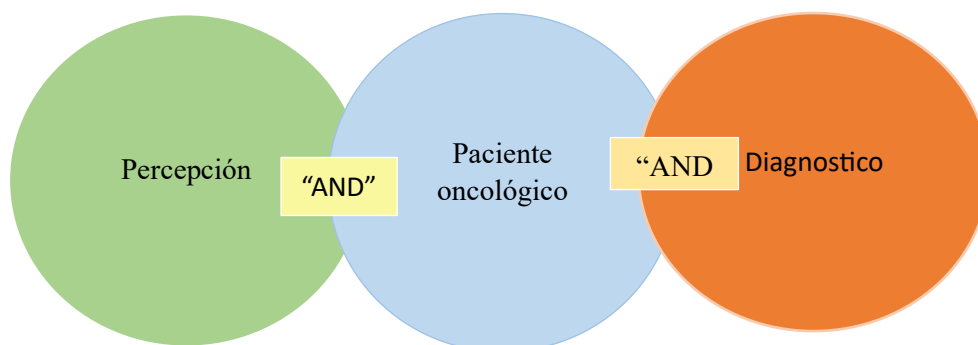
Una vez que se obtuvieron los resultados, se llevó a cabo un proceso de filtrado en los artículos, que siguió criterios de inclusión y de exclusión predefinidos. De esta manera, se pudieron seleccionar solamente aquellos artículos que cumplían con los requisitos necesarios para ser considerados en el análisis.

Se llevó a cabo una selección más minuciosa de los artículos, basada en la lectura detallada del título y el resumen de cada uno de ellos. En aquellos casos en los que el tema del artículo estaba relacionado con la temática de interés, se procedió a leer también el texto completo para asegurarnos de que el artículo era relevante para nuestros objetivos.

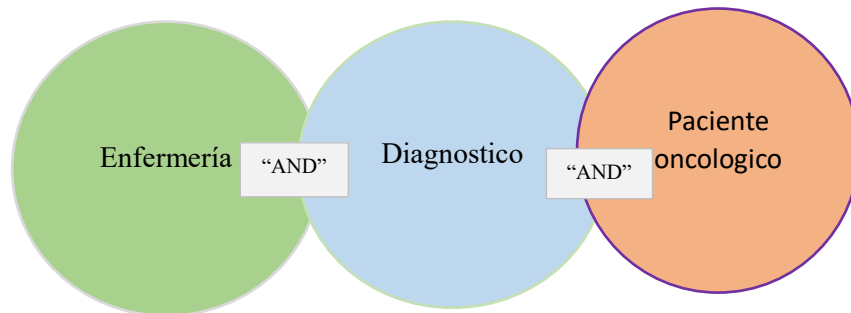
Los conceptos principales en la primera búsqueda fueron “Comunicación” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”, también se utilizaron términos como “,” “Calidad de vida”, “Bienestar”, “Paciente terminal” siempre y cuando este último término haga referencia a pacientes con cáncer.



En la segunda búsqueda los conceptos que se emplearon fueron “Percepción” , “Paciente oncológico “ y “Diagnostico” con el operador booleano “AND”. En esta búsqueda se encontró mucha más información que en la búsqueda anterior con el término “Percepción”.



En la última búsqueda para obtener una visión desde un punto de vista de enfermería el concepto clave que se ha utilizado es la palabra “Enfermería” y algunos conceptos más como “Diagnostico” y “Paciente oncológico”. Y el operador booleano “AND”.



4.4.1. Dialnet.

Dialnet es una página de difusión científica de la universidad de la Rioja.

Los filtros que he seleccionado en esta búsqueda son:

1. Tipo de documento, (Artículos de revista).
2. Año de publicación (10 años).

4.4.2. SCIELO

Scielo (Scientific Electronic Library Online) es un recurso para la difusión de revistas científicas en la web. Su objetivo principal es promover la visibilidad y accesibilidad de la ciencia producida en el Caribe, España, Latinoamérica y Portugal.

Los criterios de filtrado seleccionados para esta búsqueda son los siguientes:

- Tipo de publicación
- Rango de años de publicación: de 2016 a 2022.
- Ordenar por fecha de publicación, de más reciente a más antiguo.
- Ordenar por publicación, más nuevo primero.

- Inclusión de artículos en español, inglés y artículos traducidos.

4.4.3. Google académico .

Google Scholar es una plataforma en línea que indexa literatura académica y científica de diversas disciplinas y formatos, incluyendo artículos, tesis, libros, resúmenes y más. La plataforma es una herramienta útil para la investigación académica, ya que permite la búsqueda de información en una gran cantidad de fuentes a nivel mundial.

Los filtros en la búsqueda de Google Scholar:

- Tipo de documento (artículo, tesis, libro, etc.)
- Año de publicación
- Idioma del documento
- Palabras clave
- Disciplina (por ejemplo, ciencias sociales, ciencias naturales, etc.)

.

4.4.4 Pubmed

PubMed es un buscador que permite realizar consultas en la base de datos Medline. Es una herramienta proporcionada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

- Tipo de artículo.
- Fecha de publicación: Máximo 10 años de publicación.
- Idioma inglés.
- Especies: Humanos.

Dada la extensa cantidad de información disponible sobre el tema de investigación, es necesario en el segundo paso reducir la búsqueda de artículos encontrados en la base de datos mediante el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión.

En este sentido, se han definido los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos que aborden el tema de pacientes con enfermedad oncológica.
2. Artículos de acceso libre.
3. Artículos publicados en los últimos 5 años.
4. Artículos en español o inglés.

Asimismo, se han establecido los siguientes criterios de exclusión:

5. Artículos que no se enfoquen en el tema de investigación seleccionado.
6. Estudios que no cumplan con los criterios establecidos.
7. Estudios que aborden enfermedades terminales no relacionadas con el cáncer.
8. Artículos de pago.
9. Artículos en otros idiomas.

4.5 Resultados de la búsqueda.

Tabla 5. Resultados búsqueda bibliográfica.

Bases de datos	Relación palabras clave	Resultados	N.º de artículos utilizados
Dialnet	“Comunicación” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	70	No se ha seleccionado ningún artículo
	“Percepción” AND “Paciente oncológico” AND “Diagnostico”	54	Evaluación del proceso de comunicación de malas noticias cuando se informa el diagnóstico a pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Percepción del paciente con cáncer sobre la práctica de los cuidados de enfermería
	“Enfermería” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	92	Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico
	“Comunicación” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	12	Atención humanizada desde la percepción de pacientes oncológicos en Chile Información médica sobre el cáncer de mama y repercusiones psicológicas en pacientes oncológicos provenientes de España durante el año 2011. Percepción de los pacientes oncológicos sobre el final de la vida

Scielo	“Percepción” AND “Paciente oncológico” AND “Diagnostico”	3	No se ha seleccionado ningún artículo
	“Enfermería” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	3	No se ha seleccionado ningún artículo
	“Comunicación” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	62	No se ha seleccionado ningún artículo
Pubmed	“Percepción” AND “Paciente oncológico” AND “Diagnostico”	152	Comunicar el diagnóstico de cáncer o depresión: resultados de un estudio controlado y aleatorizado utilizando viñetas de video Impacto clínico de la herramienta de comunicación Predict Prostate en hombres recién diagnosticados con cáncer de próstata no metastásico: estudio controlado aleatorizado multicéntrico
	“Enfermería” AND “Diagnostico” AND	128	No se ha seleccionado ningún artículo

Google Académico	“Paciente oncológico”		
	“Comunicación” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	16.200	<p>Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico</p> <p>La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales de la salud: cuestionario de comunicación de la EORTC</p> <p>Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal Quality of diagnosis information given to terminal cancer patients</p> <p>Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente</p>
	“Percepción” AND “Paciente oncológico” AND “Diagnostico”	152	<p>Comunicar el diagnóstico de cáncer o depresión: resultados de un estudio controlado y aleatorizado utilizando viñetas de video</p> <p>Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario.</p> <p>Características de la comunicación en enfermería oncológica desde la perspectiva de los enfermeros/as</p> <p>Protagonistas.</p>
	“Enfermería” AND “Diagnostico” AND “Paciente oncológico”	128	No se ha seleccionado ningún artículo

5.Resultados

<p>Evaluación del proceso de comunicación de malas noticias cuando se informa el diagnóstico a pacientes con cáncer de cabeza y cuello.</p> <p>Villarroel Dorrego Mariana1, Parada María Isabel</p>	<p>El estudio se realizó con 100 pacientes, de los cuales el 40% eran mujeres y el 60% hombres. La edad promedio de los pacientes fue de 57,96 años, con un rango que oscilaba entre los 23 y los 88 años.</p> <p>En cuanto a los profesionales que comunicaron el diagnóstico a los pacientes, la mayoría fueron médicos (64%), incluyendo cirujanos oncólogos, otorrinolaringólogos, médicos internistas, dermatólogos, pediatras y cirujanos plásticos. Los odontólogos también informaron el diagnóstico en casos de cáncer bucal, siendo médicos bucales y cirujanos bucomaxilofaciales. En cuanto al género de los profesionales, hubo una distribución equitativa entre hombres y mujeres. Los diagnósticos se realizaron en su mayoría en el sector público (74%) en comparación con el sector privado (26%).</p> <p>En cuanto a la satisfacción de los pacientes con el proceso de comunicación del diagnóstico, la mayoría (85%) se mostró satisfecha, mientras que el 9% se sintió insatisfecha y el 6% tuvo una respuesta neutral. El desconocimiento del diagnóstico fue la razón principal de insatisfacción entre los pacientes insatisfechos.</p> <p>El análisis estadístico reveló que la satisfacción del paciente no estaba relacionada significativamente ni con el tipo de diagnóstico, ni con el género del profesional, ni con el sector en el que fueron atendidos.</p>
<p>Percepción del paciente con cáncer sobre la práctica de los cuidados de enfermería</p>	<p>En el estudio realizado, todos los participantes de la investigación fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico relacionado con la enfermedad. De ellos, el 90% informó que sabía qué procedimiento se les iba a realizar, aunque uno de ellos no recibió ninguna información sobre la cirugía. De los que recibieron información, el 70% fue explicado por el médico y solo el 20% recibió orientación por parte del profesional de enfermería.</p>

	<p>Se observó que el seguimiento multiprofesional se llevó a cabo principalmente por médicos y enfermeros, con una participación limitada de otros miembros del equipo.</p> <p>Cuando se les preguntó sobre las orientaciones recibidas sobre los procedimientos/cuidados de enfermería, el 30% de los participantes indicó que no recibió ningún tipo de orientación por parte de los enfermeros.</p> <p>La mayoría de los participantes en la investigación recibieron información sobre los procedimientos quirúrgicos a los que se sometieron, principalmente proporcionada por los médicos. Sin embargo, hubo una falta de orientación por parte de los enfermeros, ya que solo el 20% de los participantes recibió orientación de ellos. Además, el seguimiento multiprofesional se limitó principalmente a los médicos y enfermeros, con una participación reducida de otros miembros del equipo.</p>
<p>Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico</p>	<p>El proceso de cuidado de Enfermería (PCE) es una herramienta que permite al enfermero brindar cuidados de enfermería de manera efectiva, comprendiendo la respuesta del paciente y actuando oportunamente para lograr una respuesta favorable. El objetivo de este trabajo fue describir el estado clínico de un paciente adulto mayor con enfermedad terminal y conocer sus características personales, familiares y sociales. Se presentó el caso de un paciente senil con cáncer de estómago en etapa avanzada, sometido a una gastrectomía total y que presentaba ascitis y derrame pleural en el pulmón izquierdo. Se brindó un enfoque integral al paciente durante sus últimos días, con el apoyo constante de su familia. Se considera que es un derecho del paciente conocer su estado de salud y pronóstico, siempre y cuando esté consciente.</p>
<p>Atención humanizada desde la percepción de pacientes oncológicos del sur de Chile</p>	<p>En el estudio, se examinó un grupo de participantes, de los cuales el 51% eran mujeres, con una edad promedio de 46.5 ± 16.6 años. El 54.9% de los participantes fue diagnosticado con linfoma y el 78.4% se encontraba en la etapa inicial del tratamiento.</p> <p>La mayoría de los participantes evaluaron positivamente el cumplimiento de los comportamientos de cuidado. No obstante, se observaron diferencias</p>

	<p>significativas en ciertas categorías, como la actitud para la atención y la apertura a la comunicación, las cuales se vieron afectadas por la edad, el tipo de diagnóstico y la etapa del tratamiento. Además, se encontró una asociación entre los días de hospitalización y la actitud para la atención</p>
<p>Información médica sobre el cáncer de mama y repercusiones psicológicas en pacientes oncológicos provenientes de España durante el año 2011</p>	<p>En el estudio participaron 131 pacientes con cáncer, de un total inicial de 139. Se utilizó la escala HADS para medir los niveles de inquietud y desaliento en estos pacientes. Se encontró una sólida relación entre los síntomas de inquietud y desaliento en este grupo. La falta de información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer se asoció con niveles más altos de desaliento, pero no se encontraron correlaciones significativas con la inquietud. Además, la información confusa sobre la enfermedad se relacionó con mayores niveles de desaliento. En resumen, el estudio resaltó la importancia de brindar información clara y completa a los pacientes con cáncer para reducir los niveles de desaliento y mejorar su bienestar emocional</p>
<p>Percepción de los pacientes oncológicos sobre el final de la vida</p>	<p>El estudio involucró a pacientes con cáncer y se recolectaron datos sociodemográficos. Se encontró que la mayoría eran mujeres, con edades que oscilaban entre 20 y 49 años. Se evaluó la calidad de vida después del diagnóstico de cáncer y la mayoría de los pacientes calificaron su calidad de vida por encima de la mitad de la escala utilizada. La comunicación del diagnóstico por parte de los médicos fue considerada adecuada en la mayoría de los casos. En cuanto a las decisiones de atención médica al final de la vida, se observaron diferentes preferencias entre los pacientes, con algunos deseando recibir reanimación en cualquier situación de paro cardiorrespiratorio, mientras que otros no estaban de acuerdo. Estos resultados revelan la diversidad de opiniones y experiencias en la comunicación médica y las decisiones de atención al final de la vida en pacientes con cáncer.</p>
<p>Impacto clínico de la herramienta de comunicación Predict Prostate Risk en hombres recién diagnosticados con cáncer de próstata no</p>	<p>En el estudio, el grupo Predicción de Próstata mostró puntuaciones más reducidas en la escala de conflicto decisional en comparación con el grupo SOC. Se observaron diferencias favorables en las subescalas de "apoyo", "incertidumbre" y "claridad de valores" para el grupo Predicción de Próstata. No se encontraron diferencias significativas en la ansiedad o en la elección del tratamiento final. Sin embargo, el grupo Predicción de Próstata tuvo una</p>

<p>metastásico: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico</p>	<p>percepción más precisa y realista de la mortalidad por cáncer de próstata y de los beneficios del tratamiento radical. Un porcentaje considerable en este grupo encontró estimaciones de mortalidad más bajas de lo esperado y fue menos propenso a optar por un tratamiento radical.</p>
<p>Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico</p>	<p>La experiencia del paciente en la atención médica es cada vez más importante y se pueden identificar cinco áreas clave para mejorarla. Estas áreas incluyen la comunicación médico-paciente, la coordinación de la atención, la accesibilidad a los servicios, la percepción del paciente sobre la calidad de la atención y otros aspectos relevantes. Es crucial establecer una comunicación clara y empática, coordinar la atención entre diferentes servicios, garantizar el acceso a los servicios de manera oportuna, brindar una atención de calidad y tener en cuenta aspectos adicionales como ensayos clínicos y tecnología digital. La experiencia del paciente tiene un impacto en los resultados de salud y requiere que los profesionales de la salud tengan habilidades efectivas de comunicación.</p>
<p>La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC</p>	<p>Este trabajo ha abordado la importancia de la comunicación entre los pacientes con cáncer y los profesionales de la salud. Se destaca la necesidad de investigar en este campo para mejorar la atención brindada a los pacientes. La comunicación adecuada puede proporcionar un mayor apoyo a los pacientes, por lo que es crucial investigar y mejorar esta área</p>
<p>Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal</p>	<p>En este estudio, la muestra fue un grupo de 723 registros finales, alrededor del 77,87% (IC 95%: 74,70-80,74) proporcionó detalles sobre el diagnóstico. Los pacientes utilizaron principalmente los términos "cáncer" (26%), "tumor" (51,59%) e "inflamación" (10,65%) para describir su comprensión del diagnóstico.</p> <p>Se identificó una posible relación entre la edad, el género, el diagnóstico de cáncer y el origen del servicio de los pacientes, y la información proporcionada sobre el diagnóstico.</p>

<p>Relación médico-paciente en oncología: estudio desde la perspectiva del paciente</p>	<p>En el estudio, los 17 pacientes entrevistados, 11 eran mujeres (64,7%) y 6 eran hombres (35,3%).</p> <p>La edad de los participantes variaba entre 30 y 66 años, con una edad promedio de 49,9 años.</p> <p>En cuanto al estado civil, 10 pacientes estaban casados, 4 eran solteros y 3 estaban separados.</p> <p>La mayoría de los participantes (82,3%) vivían con otra persona, mientras que un pequeño porcentaje (17,7%) vivía solo.</p> <p>En términos de nivel educativo, se observó una diversidad de niveles, desde estudios superiores completos o incompletos hasta educación primaria incompleta.</p> <p>Todos los participantes afirmaron seguir alguna religión.</p> <p>La mayoría de los pacientes (70,6%) buscó atención médica debido a la presencia de síntomas, mientras que el resto (29,4%) descubrió el problema durante exámenes de rutina sin síntomas.</p> <p>El tiempo transcurrido desde el diagnóstico varió entre cinco meses y 15 años, con un promedio de 3,3 años.</p> <p>Las reacciones emocionales al recibir el diagnóstico de cáncer fueron diversas, con sentimientos que abarcaban calma, miedo, tristeza, incredulidad, resignación y cuestionamiento.</p> <p>Algunos pacientes destacaron la importancia de que los médicos sean claros y sinceros al comunicar el diagnóstico de cáncer.</p> <p>Otros expresaron el deseo de que los médicos muestren empatía y brinden explicaciones detalladas sobre el diagnóstico.</p> <p>Se enfatizó la importancia de una comunicación abierta y honesta por parte de los médicos, así como la necesidad de establecer una relación de confianza con el paciente.</p>
<p>Comunicar el diagnóstico de cáncer o depresión: resultados de un estudio en línea controlado y</p>	<p>En el estudio, se analizaron 136 participantes, de los cuales 65 tenían cáncer y 71 tenían depresión. En el grupo de cáncer, el cáncer de mama y de pulmón eran los diagnósticos más comunes. En el grupo de depresión, la mayoría de los participantes informaron tener depresión actualmente y haber sido</p>

<p>aleatorizado utilizando viñetas de video</p>	<p>diagnosticados en el pasado. Además, se observó que un porcentaje significativo de participantes en el grupo de depresión tenía más de un trastorno mental, como ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. En ambos grupos, hubo una alta proporción de participantes con experiencia previa en psicoterapia y conocimientos en psicología. La muestra de cáncer era más vieja en promedio en comparación con la muestra de depresión.</p>
<p>Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario</p>	<p>El objetivo central de este estudio es examinar el contexto de la comunicación interpersonal en la relación entre profesionales de la salud y pacientes desde la perspectiva de la Intervención Psicológica. Es esencial incorporar en las áreas clínicas-asistenciales la capacitación necesaria en técnicas y protocolos sobre cómo informar y comunicarse con los pacientes en situaciones clínicas habituales, especialmente en la transmisión de noticias desfavorables relacionadas con la salud, tanto en general como en servicios hospitalarios específicos como Urgencias y Oncología. La formación en técnicas de asesoramiento es fundamental para estos profesionales, quienes deben mitigar y fortalecer las reacciones psicológicas e interpersonales que se presentan en la relación entre el profesional de la salud y el paciente. Por lo tanto, resulta imprescindible brindar esta formación en los entornos universitarios para que los futuros profesionales adquieran la capacidad de desarrollar habilidades comunicativas que generen mayor bienestar personal y social, incrementando así la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario.</p>
<p>Características de la comunicación en enfermería oncológica desde la visión de sus protagonistas.</p>	<p>En la revisión bibliográfica realizada se encontraron 24 artículos relacionados con la comunicación en Oncología, de los cuales se seleccionaron 13 para su análisis. Los temas abordados en los trabajos revisados se agruparon en tres categorías principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestiones generales sobre la comunicación en oncología 2. Rol de enfermería en la comunicación con el paciente y la familia. 3. Vivencias asociadas a la comunicación con pacientes oncológicos

6. Discusión.

1. Comunicación efectiva en pacientes oncológicos: el papel del enfoque centrado en el paciente

La comunicación en pacientes oncológicos es un aspecto fundamental de la atención médica que requiere un enfoque sensible y empático. La forma en que se comunica la información sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y en su bienestar psicológico.

Se reconoce que la comunicación en el contexto oncológico es compleja debido a la naturaleza emocional de la enfermedad. Por un lado, ocultar la verdad al paciente puede afectar su autonomía y capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Por otro lado, proporcionar información adecuada y comprensible puede brindar beneficios psicológicos al paciente, permitiéndole enfrentar la enfermedad de manera más activa y participativa.^{14.}

Es importante tener en cuenta que la forma de comunicar varía según la cultura y las preferencias individuales. Algunos pacientes pueden preferir una comunicación directa y detallada, mientras que otros pueden sentirse abrumados por demasiada información y desear una comunicación más suave. Los profesionales de la salud deben ser sensibles a estas diferencias y adaptar su enfoque de comunicación en consecuencia.²³

En este nuevo enfoque centrado en el paciente, el protagonismo recae en el paciente y su bienestar se convierte en el objetivo principal. Los profesionales de la salud y las instituciones médicas deben adaptarse y liderar este cambio cultural en la atención oncológica. Esto implica que cada profesional se identifique con la estrategia centrada en la experiencia del paciente y la integre en su práctica diaria.

En este sentido, el papel del responsable de la experiencia del paciente es fundamental. Este profesional tiene la responsabilidad de gestionar la cultura en el entorno de atención médica, desarrollar estrategias para mejorar la experiencia del paciente y manejar cualquier queja o reclamación que pueda surgir. Además, es esencial prestar atención a las familias y al entorno cercano de los pacientes, ya que su apoyo y comprensión también son cruciales en el proceso de comunicación.

La medición y el seguimiento de métricas relacionadas con la experiencia del paciente son de suma importancia para evaluar la efectividad de las estrategias implementadas. Asimismo, la mediación y defensa del paciente frente a la organización de atención

médica son aspectos que deben abordarse para garantizar una comunicación efectiva y de calidad.

En este contexto, el psicooncólogo desempeña un papel crucial al estar involucrado en la estrategia, el liderazgo y el gobierno de la organización de atención médica. Su expertise en salud mental y comunicación puede contribuir en gran medida a mejorar la experiencia del paciente y promover una atención oncológica centrada en el paciente.

La comunicación en pacientes oncológicos es un proceso complejo que requiere un enfoque centrado en el paciente. La forma de comunicar debe adaptarse a las preferencias individuales y culturales de cada paciente, buscando siempre proporcionar información adecuada y comprensible. El papel del responsable de la experiencia del paciente y la participación del psicooncólogo son fundamentales para garantizar una comunicación efectiva y de calidad en el contexto oncológico.²³

2. Comunicación efectiva en el diagnóstico de pacientes oncológicos: promoviendo el bienestar emocional.

La comunicación al momento del diagnóstico en pacientes oncológicos es un proceso crucial que puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional. Se reconoce el derecho del paciente a estar informado sobre su estado de salud y pronóstico, siempre y cuando se encuentre consciente. Sin embargo, varios estudios han demostrado que la falta de información médica precisa y el pacto de silencio pueden tener repercusiones negativas en la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes con cáncer.¹⁶

La falta de información precisa puede generar sentimientos de incertidumbre, miedo, preocupación y empatía en los pacientes, lo que a su vez puede derivar en síntomas de ansiedad y depresión. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud estén equipados con herramientas de manejo de información y habilidades de comunicación adecuadas para brindar una atención integral a los pacientes.¹⁸

Proporcionar información comprensible y precisa sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento médico es esencial para promover el bienestar emocional de los pacientes. Los estudios han destacado la importancia de abordar temas relacionados

con el final de la vida y garantizar que los médicos estén preparados para comunicar esta información de manera clara y empática. (19)

Además, se ha demostrado que el hogar es el mejor lugar para que los pacientes terminen sus días, y que la toma de decisiones sobre el tratamiento debe ser definida por el paciente en colaboración con su médico y su familia.

Es importante reconocer que la comunicación al diagnóstico en pacientes terminales se lleva a cabo utilizando diferentes terminología y circunloquios para proteger la sensibilidad emocional del paciente. Estos términos más atenuados pueden aliviar la carga emocional y permitir que el paciente asimile gradualmente la información. Sin embargo, es fundamental adaptar la comunicación según las necesidades individuales de cada paciente y su capacidad para enfrentar la situación. ²²

La comunicación efectiva en el diagnóstico de pacientes oncológicos es esencial para promover su bienestar emocional. Proporcionar información comprensible y precisa, garantizar la participación activa del paciente en la toma de decisiones y utilizar herramientas adecuadas son aspectos clave en este proceso. Los profesionales de la salud deben estar preparados para abordar temas difíciles, como el final de la vida, y adaptar su comunicación según las necesidades de cada paciente. ^{25,29.}

2.Nuevas plataformas de apoyo

En enfermería oncológica, es importante desarrollar estrategias que fortalezcan la comunicación y los cuidados paliativos. Para ello, se pueden utilizar protocolos como el protocolo SPIKES, que brinda una estructura y tiene en cuenta las necesidades del paciente. Es fundamental proporcionar información precisa y realista, al mismo tiempo que se brinda apoyo emocional y se respeta la autonomía del paciente. ^{14.}

Es fundamental desarrollar estrategias que fortalezcan la comunicación y la implementación de los cuidados paliativos por parte de la enfermería durante la atención oncológica en pacientes sometidos a cirugía, con el propósito de contribuir a la promoción de la salud y mejorar la calidad de vida de estos individuos¹⁵

3.Comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería y los pacientes.

La comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería y los pacientes es fundamental para brindar una atención de calidad en el contexto de la enfermería oncológica. Es importante que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades

de comunicación, empatía y comprensión para establecer una relación significativa con los pacientes. ²⁶

La formación en comunicación de malas noticias, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente, es esencial en la práctica de enfermería oncológica. Además, es crucial aprovechar las nuevas plataformas de apoyo, como aplicaciones móviles y recursos digitales, que pueden complementar la práctica de enfermería al proporcionar información actualizada y herramientas interactivas para mejorar la comprensión y participación de los pacientes en su propio cuidado. ²⁴

La implementación de cuidados paliativos en enfermería oncológica también requiere una atención especial. Superar las barreras en la implementación de cuidados paliativos implica utilizar nuevas plataformas de apoyo para brindar información, apoyo emocional y facilitar la comunicación entre los profesionales de enfermería y los pacientes sometidos a cirugía oncológica. ²⁸

La comunicación efectiva y el uso de nuevas plataformas de apoyo son aspectos esenciales para fortalecer la práctica de enfermería oncológica, mejorar los cuidados paliativos y brindar un apoyo integral a los pacientes. La capacitación en habilidades de comunicación y la incorporación de nuevas tecnologías son componentes clave en la formación de profesionales de enfermería y en la atención centrada en el paciente. ²⁸

7. Conclusión

A partir de la evidencia encontrada, se destaca la creciente necesidad de mejorar la comunicación en general, así como las habilidades comunicativas y la relación de ayuda entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familias durante el proceso terminal. El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la comunicación de malas noticias debido a su dedicación constante en el cuidado de los pacientes. Por lo tanto, es fundamental desarrollar habilidades de comunicación que sean determinantes para garantizar una atención de calidad al final de la vida.

Además, se observa una falta de formación adecuada, limitada y poco específica sobre la comunicación al diagnóstico por parte de los profesionales de la salud. Estos obstáculos tienen un impacto en el paciente, su familia e incluso en el propio profesional, generando un sufrimiento emocional significativo para todas las partes involucradas, una adaptación y afrontamiento inadecuados del tratamiento y del proceso de muerte, y un posterior duelo por parte de los familiares.

Los profesionales de la salud desempeñan un rol vital en la comunicación de malas noticias a los pacientes. Su enfoque empático, habilidades de escucha activa y claridad en la comunicación son fundamentales para brindar apoyo integral y compasivo durante estos momentos difíciles. Los enfermeros deben preocuparse por el bienestar emocional del paciente y su familia, ofreciendo el apoyo necesario en cada etapa del proceso, para ello existen varias plataformas de apoyo y la utilización de cuestionarios.

8. Bibliografía

1. Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. (s.f.). Comunicación (PDQ) - Versión para profesionales de salud. Adaptación al cáncer (PDQ)–Versión para profesionales de salud. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/comunicacion-pro-pdq#_176
2. Fundación Española de Reumatología. (2011). Comunicación de malas noticias. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 12(3), 139-146. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-comunicacion-malas-noticias-13120139>
3. Arraras, J. I., Wintner, L. M., Sztankay, M., Tomaszewski, K., Hofmeister, D., Costantini, A., Bredart, A., Young, T., Kuljanic, K., Tomaszewska, I. M., Kontogianni, M., Chie, W.-C., Kullis, D., Greimel, E., & Zarandona, U. (Fecha de recepción: 15 de marzo de 2017; Fecha de aceptación: 15 de abril de 2017). La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la EORTC. Psicooncología, ISSN 1696-7240. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55815>
4. García Díaz, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud [Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue]. Medicina Intensiva, 30(9), ISSN 0210-5691. <file:///C:/Users/angel/Downloads/ecob,+107-120.pdf>
5. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (s.f.). Comunicación en oncología: guía para profesionales sanitarios. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/3.pdf

6. Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista Médica de Chile*, 142(10). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>
7. Servicio Galego de Saúde. (2006). Guía de comunicación con pacientes terminales. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.sergas.es/Docs/Avaliat/AATRM200602.pdf>
8. López, A. S. (2008). Comunicación de malas noticias. Breaking bad news. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 9(2), 111-122. DOI: 10.1016/S1577-3566(08)74928-5.
9. Flórez Lozano, J. A., Martínez Suárez, P. C., & Valdés Sánchez, C. (2000). Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo. *Revista de Medicina*, 36(3), 113.
10. Carrasco, P. (2015, 19 de octubre). La Empatía y la Asertividad: claves en la relación médico-paciente [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/empatia-asertividad-claves-relacion-medico-paciente>
11. Arroba Basanta, M. L. (2012). Taller de entrevista clínica [Clinical interview workshop]. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 14(Supl. 22). Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200016>
12. Instituto Nacional del Cáncer. (2023). Comunicación en la atención del cáncer (PDQ®)—Versión para pacientes.
13. Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98. <file:///C:/Users/angel/Downloads/ecob,+PSIC0404110087A.PDF.pdf>

14. Villarroel Dorrego, M., & Parada, M. I. (2019). Evaluación del proceso de comunicación de malas noticias cuando se informa el diagnóstico a pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Acta odontológica venezolana*, 57(1), 7-8.
15. Didoné, P. H., Aumondi, C., & Ascari, R. A. (2017). Percepción del paciente con cáncer sobre la práctica de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, (49), 14-24.
16. Goyzueta, A. P. (2020). Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 4(1), 28-36.
17. Navarrete-Correa, T., Fonseca-Salamanca, F., & Barría, R. M. (2021). Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile [Cuidado humanizado desde la percepción de pacientes oncológicos del sur de Chile; Cuidado humanizado a partir da percepção de pacientes com câncer no sul do Chile]. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2). Recuperado de <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04>
18. Pintado, S. (2017). Información médica sobre el cáncer de mama y repercusiones psicológicas en pacientes oncológicos provenientes de España durante el año 2011 [Medical information on breast cancer and psychological repercussions in cancer patients from Spain during 2011]. *Medicas UIS*, 30(3). Recuperado de <https://doi.org/10.18273/revmed.v30n3-2017001>
19. Comin, L. T., Panka, M., Beltrame, V., Steffani, J. A., & Bonamigo, E. L. (2017). Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida [Perception of oncology patients about end-of-life]. *Pesquisa • Rev. Bioét.*, 25(2). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252199>
20. Jensen, C. B., & Pitt, S. C. (2021). Percepción del paciente al recibir un diagnóstico de cáncer de tiroides [Patient perception upon receiving a diagnosis of thyroid cancer]. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 28(5), 533-539. doi: 10.1097/MED.0000000000000655.

21. Kühne, F., Fauth, E., Ay-Bryson, D. S., Visser, L. N. C., & Weck, F. (2021). Comunicar el diagnóstico de cáncer o depresión: resultados de un estudio en línea controlado y aleatorizado utilizando viñetas de video [Communicating the diagnosis of cancer or depression: Results from a controlled and randomized online study using video vignettes]. *Cáncer Med*, 10(24), 9012-9021. doi: 10.1002/cam4.4396.
22. Thurtle, D., Jenkins, V., Freeman, A., Pearson, M., Recchia, G., Domador, P., Leonard, K., Faraón, P., Aning, J., Madaan, S., Goh, C., Hilman, S., McCracken, S., Illie, P. C., Lazarowicz, H., & Gnanapragasam, V. (2021). Impacto clínico de la herramienta de comunicación Predict Prostate Risk en hombres recién diagnosticados con cáncer de próstata no metastásico: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico [Clinical impact of the Predict Prostate Risk communication tool in newly diagnosed men with non-metastatic prostate cancer: A multicenter randomized controlled trial]. *Eur Urol*, 80(5), 661-669. doi: 10.1016/j.eururo.2021.08.001
23. Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., & Martínez-Ríos, C. (Fecha de recepción: 5 de enero de 2017 / Fecha de aceptación: 24 de febrero de 2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico [Patient experience: A new way of understanding care for cancer patients]. *Psicooncología*, ISSN 1696-7240. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59184>
24. Arraras, J. I., Wintner, L. M., Sztankay, M., Tomaszewski, K., Hofmeister, D., Costantini, A., Bredart, A., Young, T., Kuljanić, K., Tomaszewska, I. M., Kontogianni, M., Chie, W.-C., Kullis, D., & Greimel, E. (2017). La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC [Communication between cancer patients and healthcare professionals. The EORTC Communication Questionnaire]. *Psicooncología*, 14(1), 107-120. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55815>
25. Araujo Bastos, L. O., de Andrade, E. N., & de Oliveira Andrade, E. (2017). Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente [Physician-patient relationship in oncology: A study from the patient's perspective]. *Pesquisa*, 25(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253213>

26. Kühne, F., Fauth, E., Ay-Bryson, D. S., Visser, L. N. C., & Weck, F. (2021). Comunicar el diagnóstico de cáncer o depresión: resultados de un estudio en línea controlado y aleatorizado utilizando viñetas de video [Communicating the diagnosis of cancer or depression: Results from a controlled and randomized online study using video vignettes]. *Cáncer Med*, 10(24), 9012-9021. doi: 10.1002/cam4.4396
27. Quevedo Aguado, M. P., & Benavente Cuesta, M. H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario [Contributions of Psychology to communication in the healthcare field]. *Ciencias Psicológicas*, 13(2). Recuperado de <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1889>
28. García Rodríguez, J., Rodríguez Cumbreira, E., & Gil Marrero, D. (2023). Características de la comunicación en enfermería oncológica desde la visión de sus protagonistas. *Revista de Ciencias Médicas*, 30(1).