

IV

LAS HABILIDADES DE ESCUCHA ¿POR QUÉ NOS CUESTA ESCUCHAR?

J.A. Flórez Lozano

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

«Tenemos dos oídos y una boca, con el fin de que podamos escuchar más y hablar menos»

Zenón, 335-263 a.C.

«Diógenes Laercio»

INTRODUCCIÓN

La comunicación con cualquier tipo de enfermo es realmente complicada. Supone conocer y manejar adecuadamente todos los procesos básicos de la comunicación e información. Esta comunicación depende básicamente del pronóstico y del tiempo que ha transcurrido desde el comienzo de la enfermedad. Los deseos de información del paciente dependen, asimismo, de la calidad de la información que se les proporciona a los pacientes y de las relaciones fluidas que se puedan establecer con sus médicos y/o enfermeras. Igualmente, la edad, la personalidad, las capacidades del sujeto para afrontar la enfermedad; en definitiva, sus capacidades psicosociales determinan, en buena parte, el tipo, la intensidad y el estilo de la comunicación.

El problema y objetivo que tratamos de remarcar es conseguir una *comunicación saludable*, es decir, que se adapte específicamente a las necesidades psicosociales del paciente (concreto) que sufre una grave enfermedad y que va a tener repercusiones muy importantes de cara a su recuperación y al cuidado de la integridad y dignidad personales.

El enfermo, por otra parte, está recibiendo múltiples señales (miradas, gestos, posturas, silencios, etc.) del médico que constituyen una buena parte de la comunicación y que no forman parte, en sentido estricto, de la comunicación habitual que ocurre frecuentemente en el medio sanitario entre el médico y el paciente.

Un gran porcentaje de enfermos (sobre un 60%) estiman, en términos generales, que se encuentran *mal informados*, a pesar, de que algunos pacientes, como en el caso de las enfermas con cáncer de mama, sufren grandes amputaciones de sus mamas que rompen la integridad de su *esquema corporal*. Curiosamente este tipo de pacientes se quejan de falta de información y de dificultades de *poder hablar* con su médico.

La información y/o comunicación por parte del personal sanitario supone, en buena parte, superar una serie de trastornos psicológicos que se asocian con la ambigüedad del diagnóstico y de la comunicación (ansiedad, sentimientos de culpa, alteraciones del esquema corporal, trastornos del sueño, identidad personal, etc.). La información «per se» tiene por igual efectos positivos y negativos. Por eso la responsabilidad es realmente importante, en el sentido de que tiene que adaptarse específicamente al enfermo y cubrir además de información específica sobre la enfermedad, información relativa al manejo, cuidados, afrontamiento de su enfermedad, etc.

Se requiere, por lo tanto, tratar de conseguir una buena información (una información positiva) que tenga primordialmente una finalidad terapéutica; no se trata únicamente de «informar por informar».

Otro problema particularmente importante es la *coherencia de la información*, es decir, que no existan contradicciones en las distintas fuentes de información que provienen habitualmente del médico y de la familia. Frecuentemente la información es imprecisa, ambigua, etc. A veces, se habla de «tumor», «neoplasia», «algo maligno», etc. De esta manera, el paciente tiene diversos grados de información (ciertamente deformada) precisamente por las dificultades de comunicación que se establecen en la relación «médico-paciente».

Diversos estudios realizados han confirmado que el *conocimiento exacto del diagnóstico* o bien la *ignorancia del mismo* parecen ser psicológicamente más positivos; es decir, no favorecen el aislamiento y la falta de comprensión. Naturalmente, es necesaria una estructuración rigurosa de la información: ¿Qué es el cáncer?; ¿Cuáles son las posibilidades de curación?; ¿Cuáles son los tratamientos existentes?; ¿Cuáles son los efectos secundarios?; ¿Cómo va a ser el proceso rehabilitador?; ¿Qué consecuencias tiene para su futuro familiar y sociolaboral?; ¿Qué tipo de limitaciones puede tener?, etc.

La familia constituye una fuente de información y/o comunicación muy importante en esa relación tripartita «médico-enfermo-familia». La fluidez de la comunicación debe de mantenerse en todos los sentidos. Tiene que conocer meticulosamente la información del médico al paciente, ya que los familiares están continuamente en contacto con el paciente y, éste podría tener datos contradictorios, con lo cual aumentaría la inseguridad, el aislamiento, la soledad y la desconfianza. Aunar estas entidades supone, por lo tanto, un gran objetivo a conseguir para obtener finalmente, una mejor calidad de vida del paciente; en suma, una mayor satisfacción personal. El enfermo desde esta perspectiva sigue siendo persona: interviene en la toma de decisiones, conoce las actuaciones y procedimientos médicos, valora las intervenciones realizadas, etc. En fin, se respeta integralmente a la persona; la persona sigue siendo más importante que la enfermedad.

Por otra parte, hay que señalar que no todos los pacientes desean ser informados ni, por supuesto, necesitan el mismo grado de información; posiblemente el grado de información que desean obtener depende, en buena parte, del contenido del mismo, es decir, si se relaciona con el diag-

nóstico, con el pronóstico o con el tratamiento. De otro lado, es muy importante, tener en cuenta el *principio de secuencialización*, es decir, que podamos sincronizar la información y/o comunicación con el estadio evolutivo en que se encuentra el paciente oncológico.

En otro orden de cosas, parece especialmente significativo respetar el *principio de congruencia*. Se trata de la necesidad de que exista una gran armonía entre las diversas fuentes de información que recibe el paciente continuamente (médico, enfermera, familia, etc.). Posiblemente este grado de coordinación y/o colaboración constituya uno de los objetivos más importantes a lograr en la atención y cuidados al enfermo oncológico. La información en un primer momento, puede implicar un shock psicológico muy importante con problemas de dependencia, inestabilidad emocional, depresión, irritabilidad, etc. Sin embargo, a medio plazo la información bien estructurada disminuye el distrés psicológico y facilita enormemente la adaptación del enfermo.

Pero además, en el contexto de la comunicación cobra un relieve muy singular el lenguaje del cuerpo. En la comunicación con el paciente oncológico existen elementos de la comunicación humana que trascienden las palabras dichas o escritas; por eso, es necesario analizar el contexto de la «comunicación verbal-no verbal» como una entidad total única e indivisible. El ser humano es, según Cassirer, un «*animal symbolicum*»; es decir, lo más singular es, precisamente, su carácter simbólico.

En los enfermos oncológicos, es frecuente que muchos de ellos no puedan establecer la más mínima comunicación verbal con los «otros» (por ejemplo, laringectomizados); por ello, la valoración psicológica adquiere una interpretación especial a través de las múltiples expresiones faciales que podemos observar continuamente en el paciente (miedo, inseguridad, cólera, tristeza, etc.). Igualmente, las actitudes posturales, gestuales y el contacto corporal nos indican el estado anímico del enfermo. Se trata de una fuente enormemente rica de comunicación que necesitamos conocer, valorar y decodificar con el fin de poder ayudar psicológicamente al paciente que tanto lo necesita.

En la relación «médico-paciente» existen continuamente múltiples expresiones emocionales que pueden pasar totalmente desapercibidas. La tonalidad de la voz, las posturas, las miradas, los movimientos de las manos y de las piernas, etc., hablan profundamente de su psiquismo y de las reacciones emocionales ante la enfermedad y ante la expectativa del paciente en relación a su curación. Pero las respuestas emocionales del individuo no están condicionadas únicamente por la gravedad y el infortunio de su enfermedad, sino también por la atención personalizada. En efecto, si a los pacientes se les trata como «*personas*», éstos muestran actitudes más activas y cooperativas y, al mismo tiempo, se sienten más satisfechos ante su enfermedad.

Pero el problema con el que nos vamos a encontrar frecuentemente en la práctica clínica es ver si podemos romper las «barreras lingüísticas» existentes entre el médico y el paciente. El primero se aferra a un lenguaje profesional y «tecnificado»; se refugia «inconscientemente» en su propia incapacidad o «miedo» para «sentir» o «compartir» el dolor y/o sufrimiento del paciente. El lenguaje «artificial» tan usual en el médico se convierte de esta manera en un auténtico dique imposible de superar. De esa manera el médico se refugia ante el miedo que supondría asomarse al abismo del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

De otro lado, el problema de la comunicación no se puede improvisar. En la actualidad, la comunicación ha disminuido ostensiblemente en todos los ambientes (educativo, familiar, social, sa-

nitario, etc.). Una de las quejas más habituales entre los adolescentes en el propio seno de la familia es la falta de comunicación. Nuestros jóvenes no reciben el impulso de la comunicación de forma sostenida. Los medios de comunicación (radio, prensa, T.V., etc.) han sustituido a la comunicación auténtica en el seno de la familia. Hablamos pero nadie *nos escucha*; nadie nos comprende..... La comunicación se convierte en un diálogo de «sordos».....Tan es así, que del total de los mensajes que transmitimos al paciente, éste sólo va a entender aproximadamente un 30%. Comunicación supone educación, cultura, disposición a ayudar a otro, cordialidad, respeto, ética, madurez de la personalidad, etc. Muchas cualidades que desgraciadamente no se enseñan en las Universidades y, finalmente, ya no se practican. Por ello, será de suma importancia desarrollar seminarios en los que se puedan estudiar los procesos de la comunicación y desencadenar actitudes positivas hacia la comunicación; actitudes más sensibles capaces de entender y de comprender al enfermo en su integridad, en su intus.

LA HABILIDAD DE ESCUCHAR

Hemos dicho que habitualmente no existe una habilidad específica para escuchar. No sabemos escuchar y ello, se traduce en múltiples errores de comunicación que pueden tener consecuencias muy negativas para el enfermo oncológico. Generalmente oímos pero *no escuchamos* porque éste es un proceso más complejo, más profundo y más sensible.

Sin embargo, el tiempo de escucha en la comunicación es muy importante, puede constituir hasta un 40% del tiempo total de la comunicación. Pero, ¿sabemos escuchar? Apresuradamente podemos dar una contestación negativa, no tenemos o no hemos desarrollado suficientemente la *capacidad de escucha*. El escuchar es un método de obtener información y exige una aptitud especial que es necesario aprender, desarrollar y controlar. El escuchar implica un proceso mental más complicado que el oír; requiere energía y disciplina y es una capacidad que se aprende.

La aptitud de *escuchar* es un proceso básicamente activo con el fin de obtener información en una actitud acrítica y de comprensión. Supone reconocer al «otro» en toda su valía personal, en todas sus posibilidades, ya que una situación de superioridad como ocurre frecuentemente en la relación «médico-enfermo», inhibe frecuentemente la «escucha». Sin embargo, escuchar es uno de los aspectos más absorbentes de la comunicación y también más gratificantes.

La *escucha eficaz* es el nexo de unión que tratamos de conseguir en la relación «médico-enfermo» y que permite la disminución de su nerviosismo. Al escuchar al paciente de forma adecuada, sin enfadarse, sin criticar lo que ha hecho, sin ademanes de prisas, con una postura adecuada, estamos facilitando la comunicación de sus sentimientos, de sus temores y de sus ansiedades. Al mismo tiempo reconocemos al paciente como una *persona*, fomentando paralelamente la *autoestima*, la *reducción de la tensión y el estrés*, la *seguridad*, etc.

Igualmente, el médico que se perfecciona día a día en esta habilidad puede percibir (ser consciente) de datos, signos o símbolos muy importantes que antes le pasaban totalmente desapercibidos. El paciente en este proceso se siente aceptado y proporciona una información más profunda e interesante. Este tipo de *escucha eficaz* estimula la sinceridad, el entendimiento y procura, a su vez, cierta sensación de seguridad. Con esta conducta facilitamos al paciente la posibilidad de

hablar sin miedo, sin límites de tiempo, etc., y, por lo tanto, experimenta un alivio importante en su sufrimiento y dolor.

Por el contrario, los pacientes que no son escuchados entienden que sus pensamientos y sentimientos no son importantes, que lo es mucho más su enfermedad que el propio YO.

La escucha eficaz supone armonizar con uno mismo, además de armonizar con los demás; escuchar atentamente lo que uno mismo dice y cómo lo dice es enormemente revelador de la propia persona. En el ambiente hospitalario, al igual que en cualquier empresa moderna, uno de los elementos más apreciados es precisamente la *capacidad de escucha*. La escucha con atención supone un dominio personal para el médico, un estatus de madurez psíquica que le permite adentrarse en los dominios psíquicos del paciente y, al mismo tiempo, perfeccionarse a sí mismo.

El médico al permitir mediante la *escucha eficaz que el paciente pueda evacuar sus sentimientos (aunque sean muy negativos)*, vuelve a propiciar la comunicación, a instaurar progresivamente la comunicación, apoyándose en dos pilares fundamentales que son la *seguridad y la confianza*.

La *escucha eficaz supone igualmente que el «otro», es decir, el paciente tiene una gran importancia para el médico; sus ideas y opiniones son muy importantes, siempre se puede aprender algo del paciente; casi siempre se puede ayudar emocionalmente al paciente escuchándole atentamente, sin exhibir signos de prisas (estar de pie, abrir la puerta, mirar el reloj, etc.) o que indiquen algún tipo de distracción.*

El médico, consciente de esta aptitud singular para mejorar la atención al enfermo, puede conseguir mejorar progresivamente esta habilidad, agudizando su consciencia de escucha y comprobando el tiempo que ha pasado oyendo pasivamente en lugar de desarrollar la *escucha eficaz*.

En el medio hospitalario, tal como podemos comprobar en la figura 1, el enfermo sufre una depleción significativa de la comunicación y, por ello, es especialmente relevante recuperar la *escucha eficaz*. A veces, oímos sonidos y palabras sin escuchar realmente, nos mantenemos en la superficie de la comunicación, no escuchamos el significado profundo de lo que se habla. En el nivel más profundo de la comunicación, ocurre una intensa concentración mental, se atiende no sólo a las palabras, sino también a los sentimientos y a los pensamientos. La acción simple del *escuchar* que protagoniza el médico con su paciente a lo largo de una grave enfermedad, no tiene en principio ningún fin (consejos, convencimiento, procedimientos médicos o quirúrgicos, etc.); el único fin es simplemente *escuchar; con ello, podemos cambiar el estado anímico del paciente, sintiéndose más protegido, más seguro y, sobre todo, más respetado y considerado como persona humana.*

Naturalmente, existen una serie de barreras que dificultan la comunicación y, por supuesto, impiden desarrollar la habilidad de la *escucha eficaz*. Los prejuicios, la formación cultural y educativa, las actitudes, la relación de «dominio-sumisión» que suelen prevalecer en el ambiente hospitalario, etc., imposibilitan o dificultan la «capacidad de escuchar».

Existe, por otra parte, la tendencia bastante generalizada de que sólo el hablar proporciona «poder». Ello se puede inferir de los modos habituales de comportamiento existentes en nuestra sociedad; en el sentido de que en una reunión casi siempre habla el jefe, otras veces lo hace el «líder», en otras circunstancias únicamente habla el médico, etc. Estos hechos se inscriben en la acción educativa, de tal suerte que el hablar representa acción y poder, mientras que el escuchar denota apatía y debilidad psicológica. A veces, esperamos oír ciertas cosas, pero entonces seguramente «no

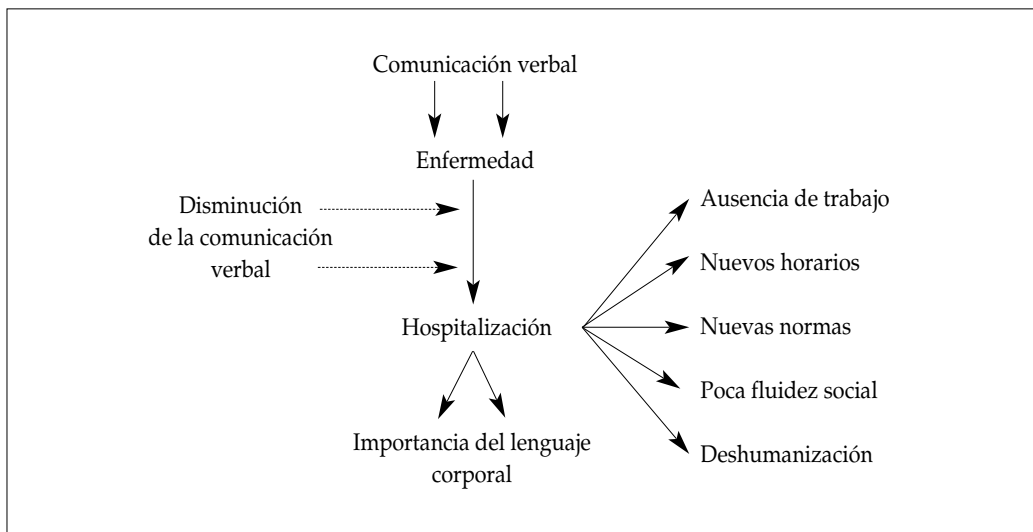


Figura 1.

escuchamos». Los tres procesos básicos (recepción, atención y percepción) de la «escucha» actúan al unísono.

Obviamente, en el caso del enfermo oncológico, existen otras múltiples barreras (conscientes e inconscientes) que obstruyen los canales de comunicación. En efecto, los malos olores, el olor corporal, el mal aliento, las heridas corporales, etc., tan frecuentes, actúan como filtros que dificultan ostensiblemente la comunicación.

En las unidades de oncología frecuentemente se convive con la «muerte»; se trata a pacientes que «saben» o «intuyen» que van a morir; nuestro trabajo consiste precisamente en afrontar esta difícil situación, en escuchar y en mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. A pesar del progresivo deterioro físico que puede experimentar el paciente oncológico, incluso en la fase de agonía, todavía es posible la escucha para conseguir mantener la calidad de vida y permitir la manifestación de sentimientos y reacciones ansiógenas muy intensas. Facilitando la «escucha» en el paciente habremos mantenido, sin lugar a dudas, la dignidad e integridad del paciente.

Escuchar proporciona consuelo y apoyo directo; al mismo tiempo con la comunicación no verbal (CNV) que acompaña al «escuchar» conseguimos conectar con el paciente, entender su sufrimiento, comprender sus emociones y saber lo que desea realmente para satisfacer plenamente sus necesidades psicoafectivas. El paciente protestador crónico, el crítico más violento, posiblemente se suavizará y apaciguará en presencia de un médico que sepa «escuchar» y que muestre suficiente paciencia y simpatía. Una y otra vez hemos de decir: *«lo más importante para el paciente es su dolor y necesitan comprensión y alguien que les escuche»*. El médico convertido en un «oyente absorto», se convierte en un «adulador» del paciente, constituyendo un potente estímulo psicológico capaz de superar la angustia del dolor y del sufrimiento.

Mediante la habilidad de «escucha» no abandonamos al paciente, le consolamos y moderamos, en última instancia, el irreprimible miedo a la muerte. Por otra parte, el hecho de experi-

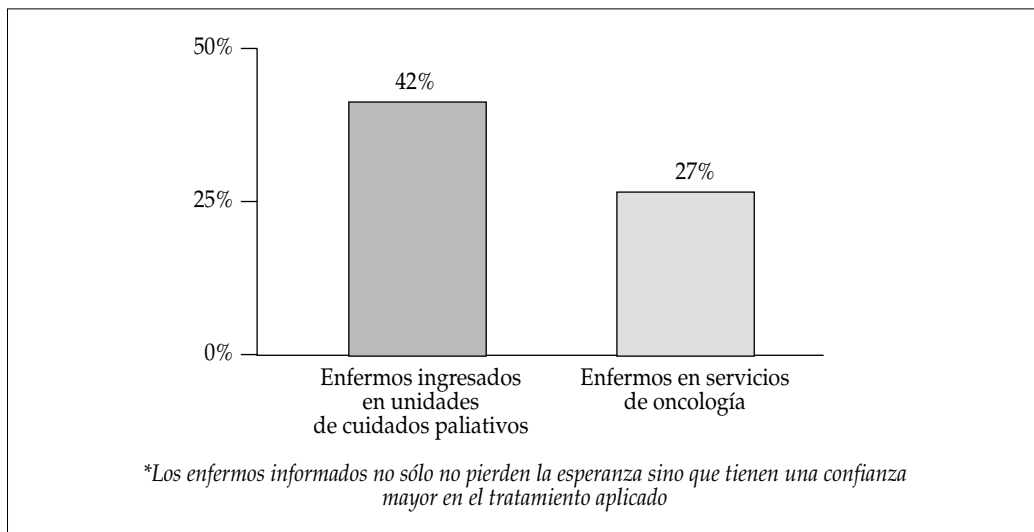


Figura 2. Información recibida en enfermos con cáncer (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

mentar la muerte entre sus pacientes debilita sus propias defensas psicológicas con repercusión en su propio YO. Sin embargo, con este tipo de conducta habremos vencido la conciencia del «absurdo», como diría Camus; ese trayecto entre las necesidades del hombre y el mundo irrazonablemente insensible.

En realidad, la mayoría de los pacientes con cáncer considera su enfermedad como una fuente de mayor discontinuidad en sus vidas y comunica cambios psicológicos permanentes en cómo se ven ellos a sí mismos y a su futura existencia (Mages y Mendelsohn, 1979). Tal como señala Holland (1973), lo difícil no es el hecho de «tener cáncer», sino los significados implícitos que la persona une a la enfermedad y que suponen una gran «carga» psicológica en el paciente: dolor, desfiguración, hospitalización, incapacidad de cuidar a la familia, pérdida del atractivo o de la función sexual, incapacidad, muerte posible, etc.

Naturalmente, en estas circunstancias es muy importante, desde el punto de vista psicológico, el desarrollar una «escucha eficaz»; es decir, una escucha que mantenga buen contacto ocular, inclinándose ligeramente hacia delante y asintiendo con la cabeza; como vemos en la figura 2, hay suficientes motivos para decir que el paciente oncológico tiene muy poca información (sólo el 27%) y, por lo tanto, la «escucha» de estos pacientes aún es menor, con lo cual el nivel de frustración e insatisfacción es considerablemente muy elevado.

Igualmente, en las figuras 3 y 4, vemos que los procesos de comunicación inherentes en la relación «medico-enfermo», son enormemente complejos y que, por lo tanto, si se desconocen se produce un bloqueo de la comunicación y de la «escucha» del paciente. La CNV que fluye constantemente de nuestro cuerpo es un poderoso lenguaje cargado de un profundo conocimiento de emociones y de sentimientos que, naturalmente, afectan la capacidad de respuesta del paciente. No sólo los aspectos cinésicos (del movimiento), sino también los proxémicos, paralingüísticos, etc., se inmiscuyen continuamente en los contenidos de la comunicación.

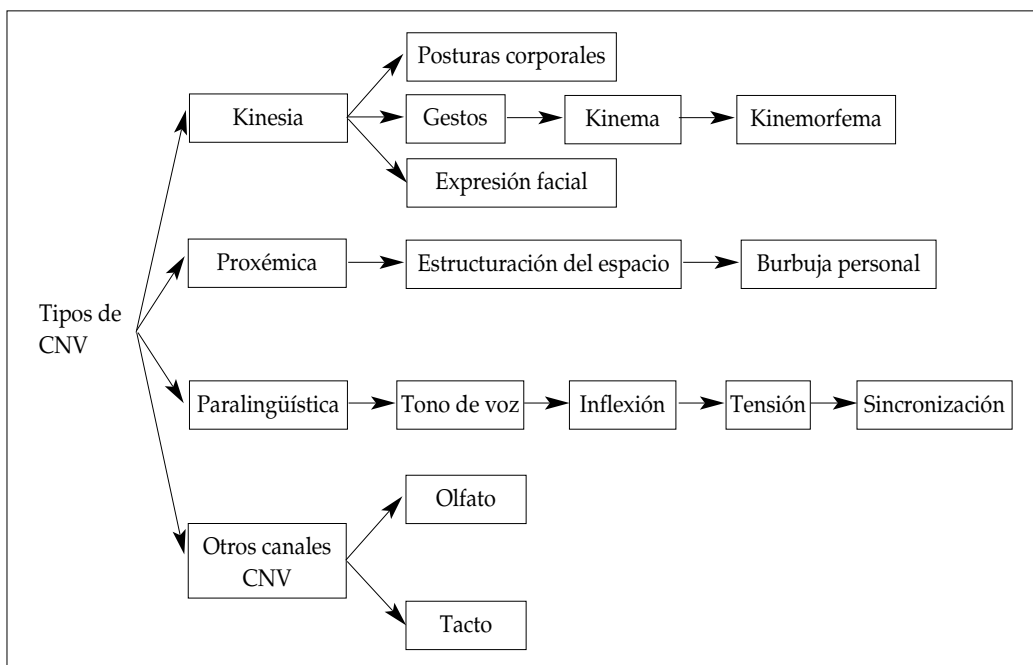


Figura 3. Tipos de comunicación no verbal (CNV) más importantes.

Concretamente, en la figura 4 hacemos referencia precisamente a determinados estilos del comportamiento de comunicación que denotan una «estima personal» y una buena disposición para la escucha. Por el contrario, podemos detectar múltiples aspectos negativos que dificultan la «capacidad de escucha», de los cuales, apuntamos algunos precisamente en la figura 4 (negar con la cabeza, apartar la mirada, reclinarse hacia atrás, cruzarse de brazos, ciertas expresiones, etc.).

La eficacia de la comunicación va a depender también de la capacidad del paciente para mostrarse activo durante la interacción «médico-paciente»; también se relaciona con la capacidad de los pacientes para buscar y obtener información, y con el intercambio de emociones negativas (tensión, recriminaciones, disgustos, etc.). Es curioso el valor que tiene el intercambio de emociones...¡negativas! Precisamente la manifestación de estas emociones negativas indica el grado de implicación personal en el cuidado del paciente. Parece claro que el paciente quiere ser cuidado por personas que puedan enfadarse; él también tiene derecho a enfadarse en el marco de la relación asistencial.

Pero el paciente tiene que realizar de forma continua un gran esfuerzo de adaptación y la escucha no siempre es posible en las condiciones ideales. El paciente se enfrenta casi continuamente con conflictos entre las demandas fisiológicas, psicológicas y sociales. Precisamente, el cáncer puede poner a prueba todo el «edificio» de su personalidad: sus creencias, valores, actitudes, etc. Gracias a la «escucha» que goza el paciente con médicos, enfermeras, familiares, etc., éste puede dar sentido a los acontecimientos que está padeciendo, manteniendo viva su propia «imagen». En la figura 5 recogemos algunas estrategias interesantes desde el punto de vista terapéutico pa-

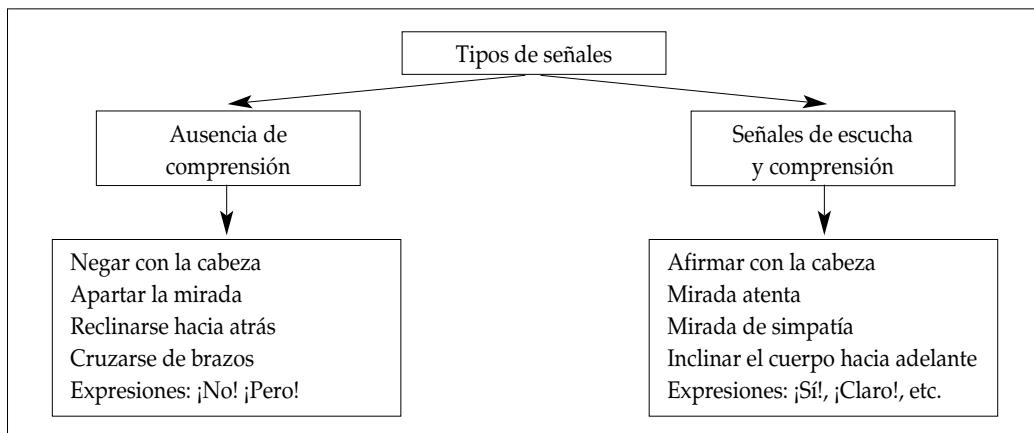


Figura 4. Señales de aprobación o de rechazo en la comunicación con el enfermo.

ra conseguir un cambio de actitud, es decir, una «actitud combativa» frente a la enfermedad que permita defender su personalidad y mantener la integridad de su YO.

Sin duda una de las acciones primordiales del médico y la familia es «escuchar». El enfermo tiene muchas cosas que manifestar y comentar; no queda mucho «*tiempo*». El tiempo es realmente crucial para el enfermo de cáncer; necesitan tiempo para poder informar acerca de su futuro, acudir a ciertos acontecimientos sociales, estar en el cumpleaños de su hijos, felicitar los estudios de su hija, solucionar algunos asuntos sociales y financieros, tratar de vivir una «vida plena», etc.

De ahí la gran importancia de la «escucha», porque sólo a partir de ella podremos ayudar verdaderamente al paciente a solucionar sus propios conflictos emocionales y familiares. En la figura 6 representamos algunas técnicas de comunicación interesantes para ayudar al paciente a enfrentarse a situaciones depresivas y para clarificar sus sentimientos. Poco a poco, tal como advierte Holland (1973), a medida que la enfermedad progresa, el paciente va realizando una acomodación tácita a la noción de «terminalidad», caracterizada por metas a corto plazo y menos planificación enfocada en los acontecimientos de día a día. El tratamiento eficaz, dice Holland (1973), no es ya la recuperación total, sino la extensión de la supervivencia en el alivio.

El tiempo forma parte de la vida del enfermo; los programas de los «scanning», las visitas a hematología, los ingresos para cirugía o quimioterapia, todo ello impone unos horarios a los que el enfermo debe ajustarse; todo esto fuerza al enfermo y a la familia a entrar en una dinámica del tiempo (a veces el túnel del tiempo). Hay que soportar muchas horas, muchos días, muchos meses.....y la «escucha eficaz» puede ser un antídoto muy valioso para frenar la tensión y la angustia del enfermo, evitando que se sumerjan en «sí mismos» en una subcultura de sufrimiento y desvalimiento personal. En la figura 7 presentamos algunas formas especialmente útiles para conseguir una «escucha eficaz».

La «escucha eficaz», por otro lado, puede despejar la tremenda *incertidumbre* que sufre el paciente como consecuencia de las amenazas a la vida y del miedo a morir (amenazas a la integridad

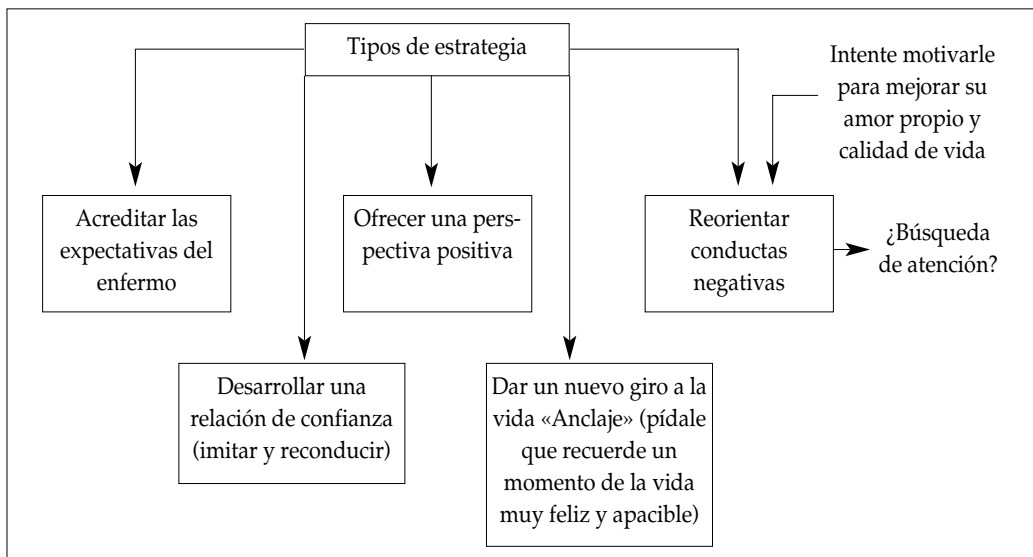


Figura 5. Estrategias psicológicas para intentar un cambio de actitud (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

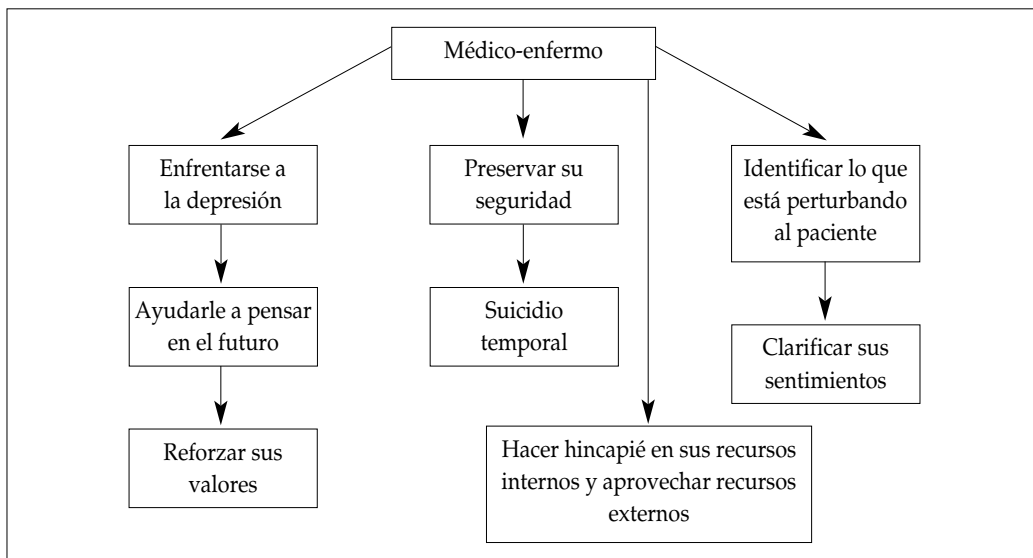


Figura 6. Técnicas de comunicación en el paciente oncológico o con una enfermedad crónica (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

corporal, a los tratamientos médicos, al dolor físico, a la incapacitación, al concepto de sí mismo y a los planes futuros, incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y sobre el futuro, amenazas al cumplimiento de los roles, dependencia de los otros, separación de la familia, amigos y apoyos sociales, etc.). Por lo tanto, no cabe la menor duda de que en este mar de confusiones la entrega del

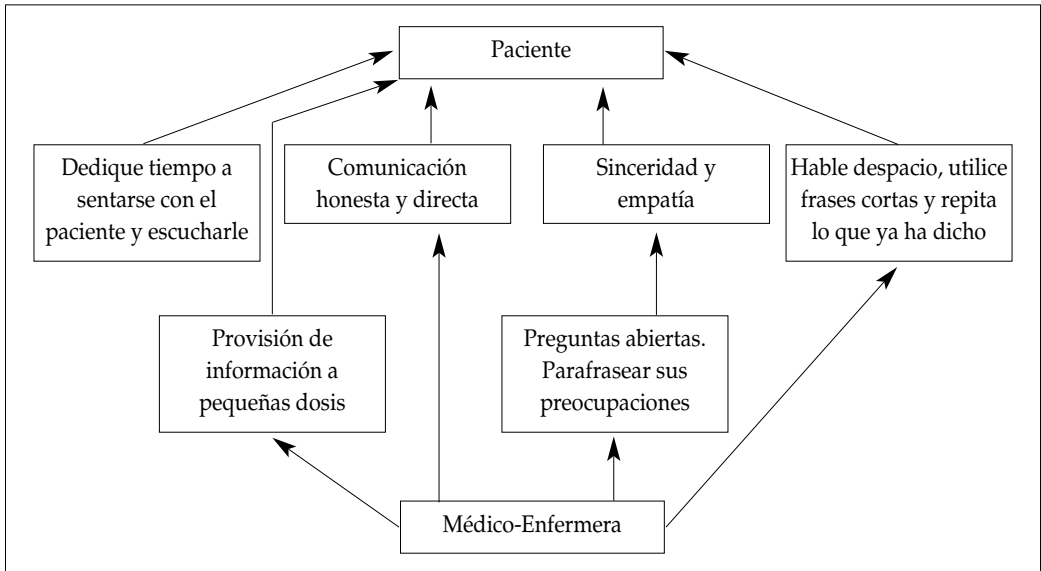


Figura 7. Cómo comunicarse con el paciente oncológico o con una enfermedad crónica en estado depresivo (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

médico, de la enfermera y de los familiares en una escucha sincera puede facilitar en suma la adaptación del paciente.

El paciente oncológico, por otra parte, frecuentemente atraviesa diversas «subculturas» (de quimioterapia a radioterapia), que le exigen un gran esfuerzo de adaptación y que justifican intensamente la necesidad de una «escucha eficaz». Como dice Sanz Ortiz (1995), la falta de comunicación e información conduce a los pacientes y familiares hacia comportamientos totalmente inadecuados y a preocupaciones desproporcionadas que generan tensiones en la interacción terapéutica. Según Ibáñez (1991), es imperativo desde el principio crear una atmósfera de confianza, ya que la adaptación de la persona a la enfermedad crónica se correlaciona positivamente con ella.

El desarrollar la habilidad de la «escucha» permite claramente al enfermo mejorar su «autoestima» y reducir procesos de ansiedad, depresión, miedo y ataques de pánico. La «escucha eficaz» igualmente facilita los mecanismos de adaptación, supone muchas veces el *único instrumento terapéutico disponible para el médico*, evita o reduce tensiones, facilita la colaboración. Ello se puede conseguir básicamente con actitudes de acercamiento que recogemos en la figura 8.

Escuchar supone igualmente romper «*el muro de silencio*» existente en relación al médico y/o familiares; una forma de decir la «verdad», de estimar al paciente y de ayudarle -en algunas ocasiones- a enfrentarse con su propia muerte. Esa tremenda pregunta, ¿por qué no quieren hablar conmigo? tiene una respuesta, la «*escucha eficaz*».

Tal como afirmaba Franz Kafka, «*escribir recetas es fácil, pero llegar a entender a la gente es difícil*». Sin duda, deberíamos añadir que la razón básica es la ausencia imperante de la habilidad de escuchar. Platón sostenía que el «buen médico comunica sus impresiones al enfermo

Actitudes de acercamiento	Actitudes de rechazo
1. Centrarse en el estado actual del paciente	1. Intelectualizar y preguntar por los detalles de la enfermedad sin hacer referencia al estado actual
2. Organizar qué se va a hacer en el momento de la misma	2. Evitar el tema de la muerte y los que se relacionan con él.
3. Preguntar o hablar sobre la muerte y sobre los problemas que se preven	3. Hostilidad contra el médico, la enfermera, y otros profesionales.
4. Llorar; expresar los sentimientos de dolor	4. Evitar al personal del hospital, no acudir a las citas.
5. Depresión	5. Actitud autopunitiva; expresar, por ejemplo, que todo es inútil.

Figura 8. Resumen de las actitudes de acercamiento y de rechazo.

y a los amigos de éste y no le prescribe nada sin haberle persuadido de antemano». Muchas veces, el médico o el profesional sanitario en general, adopta un rol «dominante» frente al paciente, e incluso, frente a los demás. Un rol que le hace creer que se encuentra con toda la razón, que es omnisciente y que está muy por encima del enfermo y de la enfermedad. Sin embargo, tal como diría el gran Goethe «nuestras facultades son tan limitadas que siempre creemos tener razón». Si queremos superar un «seudohumanismo» es necesario centrarnos más en el paciente (en la persona), perfeccionando nuestro conocimiento personal, desarrollando todas las técnicas posibles de comunicación (en particular, la empatía) y profundizando día a día en la «escucha eficaz».

Desde esta perspectiva, el médico debería modificar sus actitudes abandonando otras que «inhiben» al paciente o coartan su capacidad de expresión y comunicación. Tal vez, en la figura 9 nos podamos dar cuenta del interés que supone conseguir una dirección de la actitud de los profesionales sanitarios, en el sentido de «sentirse psicoterapeuta» y tener una comprensión globalizadora del paciente (insight).

La edad, el sexo y las expectativas de vida, condicionan en buena parte la necesidad de recibir comunicación. En efecto, en el figura 10 podemos apreciar que las personas mayores de 55 años, son las más interesadas en obtener algún tipo de información sobre las circunstancias de su enfermedad. Las mujeres están menos interesadas en relación a los hombres, y los pacientes con mayor expectativa de vida quieren conocer más detalles acerca de la evolución de su enfermedad.

Nuestro mensaje acerca de la «capacidad de escucha» está lejos del concepto o idea de «buen paciente». No se trata de conseguir un paciente sumiso y conformista frente a reglas y regulaciones invariables. Se trata, por el contrario, de mantener en el nivel más elevado su «*intimidad personal*», ciertamente agredida como consecuencia de la propia hospitalización (extrañas escenas, sonidos, olores, uniformes, lenguaje, etc.). En la figura 11 presentamos de forma didáctica (sin ámbitos reduccionistas) dos aspectos típicos de la comunicación verbal (CV). En el «aspecto infor-

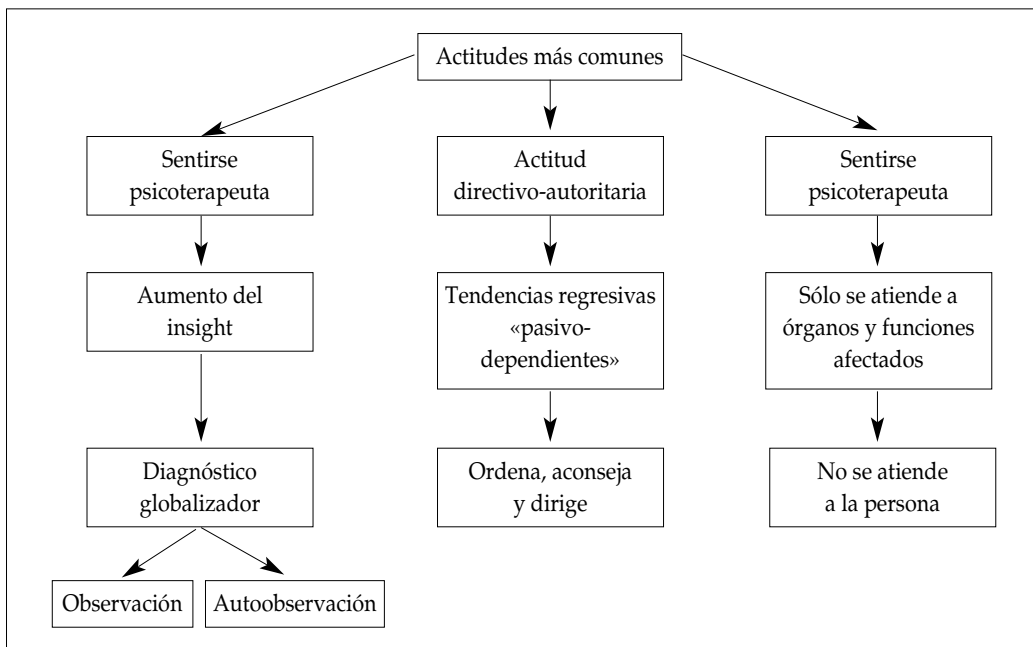


Figura 9. Actitud psicológica del médico-enfermera en la práctica cotidiana.

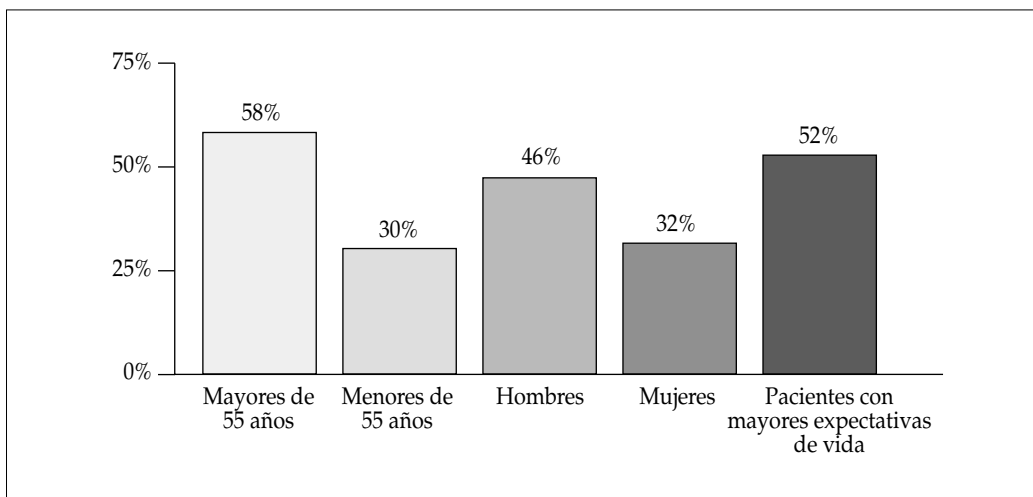


Figura 10. Pacientes más interesados en recibir información y conocer la situación (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

mativo» resaltamos la alta insatisfacción general obtenida (65%), al tiempo que ponemos de relieve la importancia del «aspecto persuasivo» en la modificación de actitudes, huyendo de conductas tradicionales e «inmaduras» psicológicamente, como es la intimidación y amenaza del paciente.

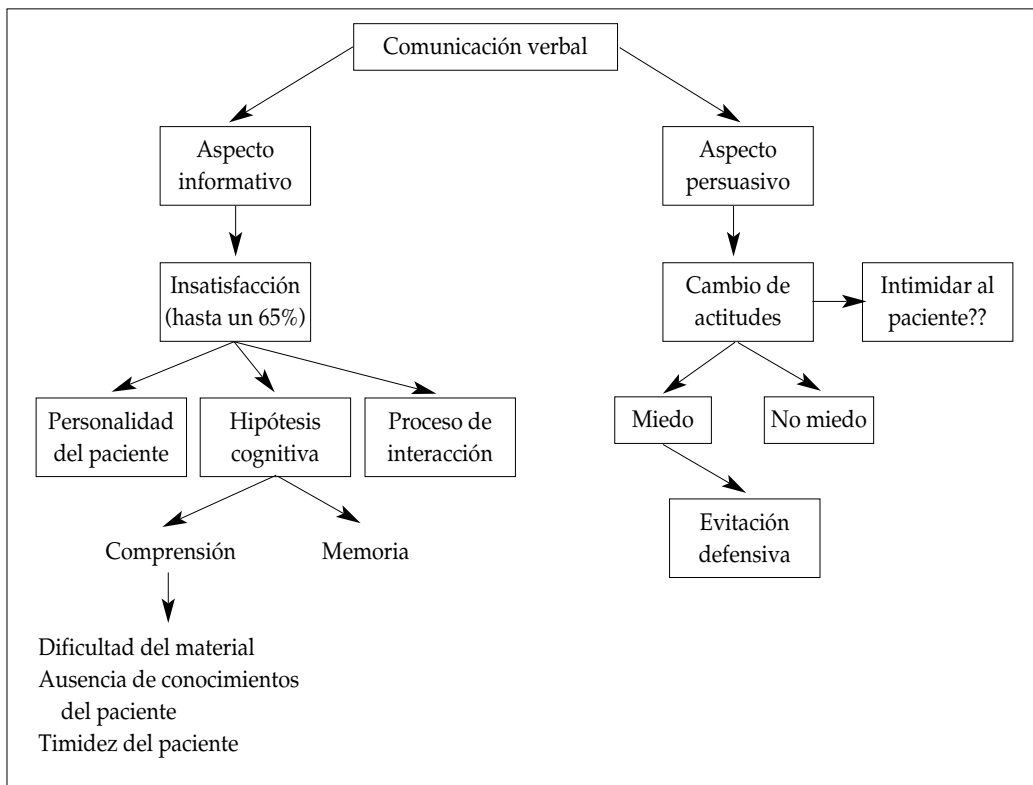


Figura 11. Dos aspectos típicos de la comunicación verbal.

Precisamente, la cronicidad del dolor, con toda su fuerza destructiva -psicológicamente hablando- y desmoralizante (impotencia y desesperanza), implica una mayor capacidad de «escucha» del médico. El paciente afligido por el dolor confía en el «otro», busca en el médico y/o enfermera dar un sentido al sufrimiento que está padeciendo. Todos los encuentros sociales que, en muchas ocasiones, se reducen al médico y/o enfermera (también familiares) se caracterizan por la experiencia del dolor. Su lenguaje, su comunicación (verbal y no verbal), está matizado necesariamente por la experiencia del dolor. Los pacientes muchas veces están preocupados con las posibles reacciones negativas del equipo médico. Sus miedos de un posible «castigo» son sintomáticos de los sentimientos de impotencia por parte de los pacientes. En la figura 12 recogemos las «claves psicológicas» más importantes para reducir la distancia con el paciente y poder frenar así su miedo e impotencia.

De lo que antecede, está suficientemente claro que en el manejo de los enfermos oncológicos, destacan no sólo las dinámicas psicoafectivas inherentes de los pacientes, sino también, las reservas psíquicas y formación humana que impactan sobre los cuidadores médicos. Informar, *escuchar* y educar a un paciente de cáncer sobre su diagnóstico y pronóstico es crucial; sobre todo, si los pacientes tienen que ser sometidos a ciertas terapéuticas muy interesantes. Sin embargo, algunos médicos son menos capaces emocionalmente de tratar con situaciones amenazadoras de la propia

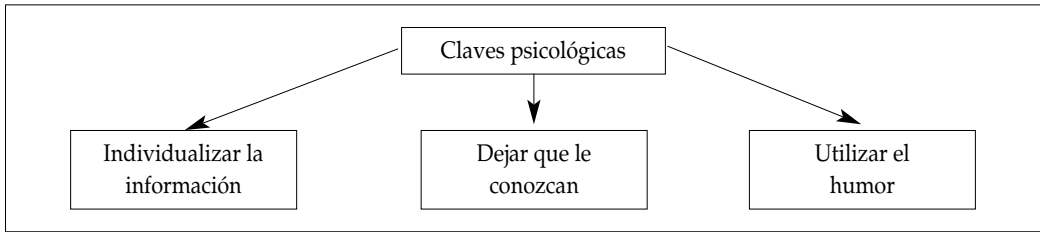


Figura 12. Claves psicológicas para reducir la distancia con el paciente (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

vida y, por consiguiente, no saben calibrar la «forma», el «contenido» o el «momento» de la comunicación. Muchos médicos, también hay que decirlo, reflejan sentimientos de fatalismo y pesimismo y tienen una gran ansiedad por la «muerte» e, incluso, sienten que la muerte de un paciente puede representar un fracaso.

Pero, al mismo tiempo, el paciente puede adoptar una postura totalmente «regresiva» desde el punto de vista psicológico, percibiendo al médico como «padre y protector omnipotente». Esta actitud regresiva, así como los sentimientos de ansiedad y «desamparo», propician en el médico mecanismos compensatorios que se traducen en la precipitación de tareas y en la realización de pruebas experimentales absolutamente innecesarias, obviando la necesidad de «ser escuchado» y de «escuchar» igualmente a las familias (que tienen mucho y muy importante que decir). En la figura 13 se muestran algunas conductas específicas de los pacientes que perturban intensamente la interacción «médico-enfermo».

La «capacidad de escucha» del médico es muy importante también para el proceso de «toma de decisiones». La información profesional debe asentarse «simétricamente» sobre ésta aptitud que fundamenta la interacción «médico-paciente». En efecto, las fuentes de información para cada parte interesada no son las mismas; el profesional recibe información bien verbalmente del receptor, o en forma de mediciones directas de una máquina, así como observaciones del estado físico del receptor (es decir, el paciente). El «receptor» recibe información de dos fuentes: la información del médico y la información sobre su estado personal; esta información debe ser interpretada en el contexto de la estructura personal del conocimiento y de la percepción del individuo.

Naturalmente el paciente tiene que «reorganizar» su estructura psíquica a un proceso cambiante y dinámico. En ese proceso, el profesional tiene una gran responsabilidad por cuanto le puede ayudar en la «aceptación de sí mismo» (a pesar de la gravedad de la enfermedad y del pronóstico fatal), de modo que haya un significado y un propósito para vivir que trascienda las limitaciones impuestas por la enfermedad (Feldman, 1974). La gente necesita mantener un sentido de sus propias opciones y de su capacidad de controlar su propio destino. No es deseable una reacción «unilateral» que se mueve contra la naturaleza humana de saber, opinar, discutir y decidir. La «capacidad de escucha» puede devolver esa naturaleza y valores irrenunciables al paciente, puede generar la concordia y moderar el estrés, la confusión y las «defensas neuróticas» (estar a la defensiva). La «capacidad de escucha» del médico puede hacer superar la posición contraproducente, emocional y moralmente insostenible, de llevar consigo unilateralmente la responsabilidad que corresponde al paciente «receptivo-pasivo».

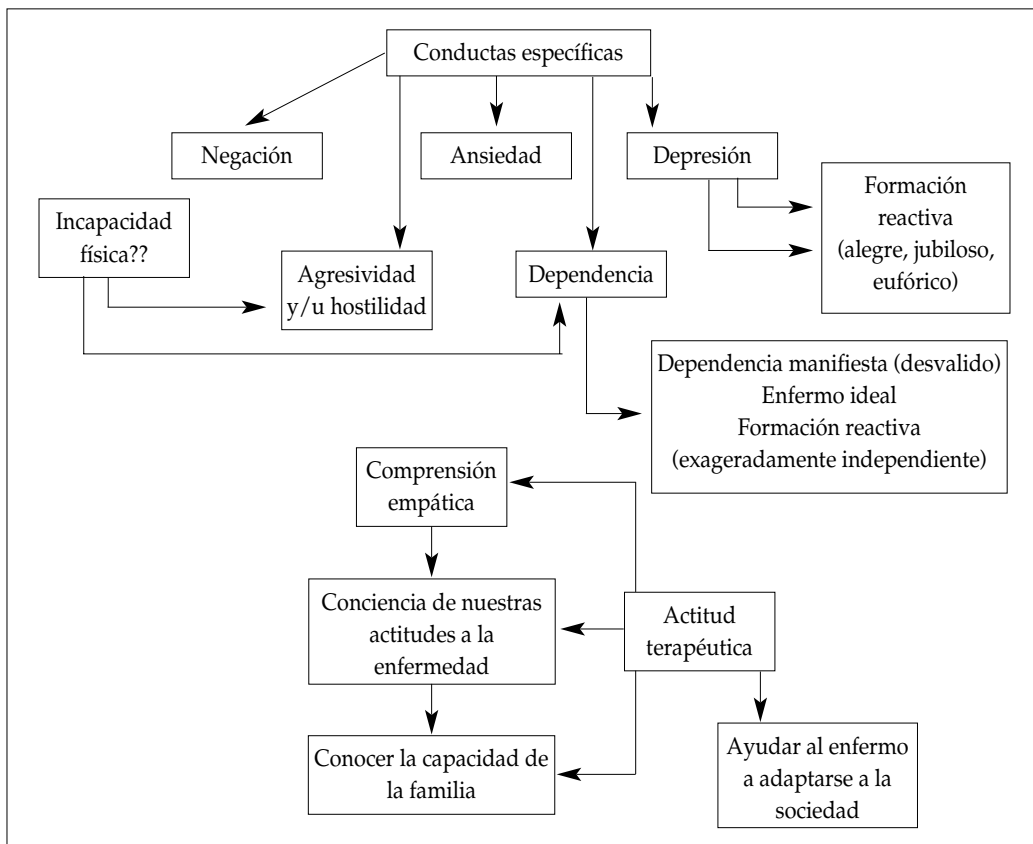


Figura 13. Respuestas psicológicas a la enfermedad física.

Pero el desarrollo tecnológico (por cierto muy sofisticado en los pacientes oncológicos) ha dificultado hasta límites insospechados el proceso de comunicación y de «escuchar» (Fig. 14). Son muchas las cuestiones planteadas y pocas las respuestas para informar a los pacientes sobre diagnósticos, pronósticos o para responder a las preguntas difíciles de los pacientes. Siegel (1990) señala un estudio realizado en USA en el que se preguntaba a enfermos graves con cáncer metastásico que querían que se les dijese a los médicos en el día de su graduación. Las respuestas fueron contundentes: «Dígales que me dejen hablar primero a mí»; «Dígales que llamen a la puerta antes de entrar, que saluden y se despidan y que cuando hablen conmigo me miren a los ojos» (Siegel, 1990; citado por Sanz Ortiz, 1992, en «La comunicación en Medicina paliativa»; Med Clin (Barc) 1992; 98:416-418.)

ESTRATEGIAS PARA ESCUCHAR

Ya hemos indicado que no es fácil que las personas se presten atención unas a otras. En nuestro contexto, el médico parece concentrado en aspectos profesionales, científicos, económicos, familiares, de ocio, etc. Sin embargo, el paciente está centrado básicamente en su enfermedad y en su

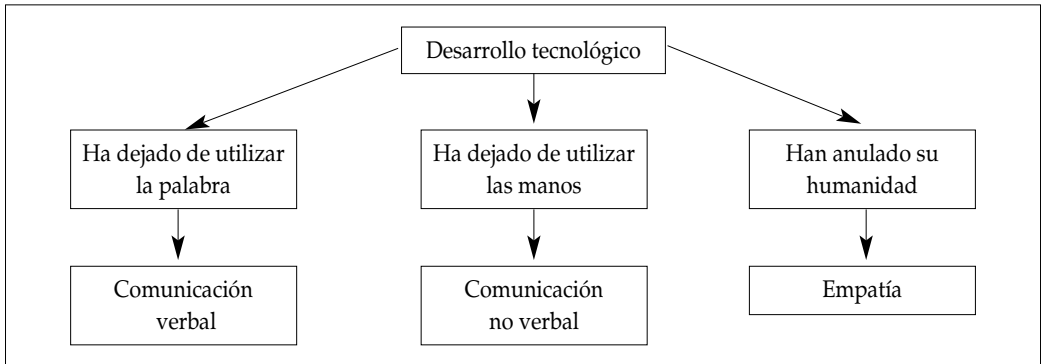


Figura 14. Consecuencias del desarrollo tecnológico en la medicina y en la enfermería (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

pronóstico. Por lo tanto, la tarea de escuchar requiere sobre todo esfuerzo y voluntad personal, comprensión, habilidades de percepción y observación y deseos de establecer una comunicación efectiva que conduzca a unas relaciones interpersonales positivas. La eficacia de la escucha surge en un contexto de seguridad, confianza, respeto y comunicación terapéutica.

El mantenimiento de la «escucha» y de una relación de ayuda permite que el paciente siga sintiéndose «persona» con capacidad para tomar decisiones, descubriendo él mismo soluciones válidas que le resuelvan su situación inmediata. Pero para «prestar atención» al enfermo, el médico necesita esforzarse en comprender y en ponerse en la situación del «otro». El médico, sin duda, tiene que ser «un buen oyente» y animar constantemente a los pacientes a hablar de sí mismos. Sin embargo, en la actualidad, la realidad -digásmolo con claridad- es muy otra debido a la masificación, a la urgencia de las tareas y a la poca preparación humanística y psicológica del médico, tan necesarias para afrontar situaciones críticas como, por ejemplo, la recaída de un paciente después de un tratamiento de radioterapia.

Sin embargo, «escuchar» atentamente es uno de los mayores cumplidos que se pueden rendir a cualquier persona. Muy pocos seres humanos pueden escapar a la adulación que hay en un oyente absorto. Es, en fin, la actividad de «escuchar» uno de los más altos honores que podemos conceder a nuestros pacientes.

Es, precisamente, en las situaciones límite de dolor, soledad y angustia, que comportan tanto la enfermedad como la muerte, cuando la escucha cogiendo al mismo tiempo la mano del paciente, cobra su máxima significación amorosa y eficacia consoladora frente al dolor y a la muerte que probablemente se avecina. El gran poeta Bécquer, lo dramatiza en sus célebres versos:

*«Cuando la trémula mano
tienda próximo a expirar
buscando una mano amiga
¿quién la estrechará?»*

Escuchar es también una forma convencional de encuentro interpersonal, pero sobre todo, un modo vivencial y sensorial de comunicarse. Escuchando al paciente en gran medida me entrego a

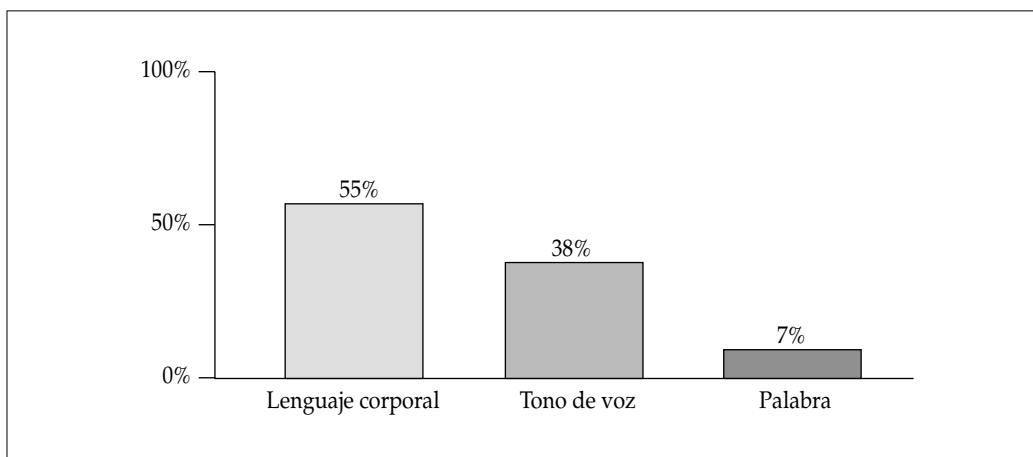


Figura 15. Capacidad de expresión y comunicación en el hombre (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

él, estoy con él, descubro su mundo psicológico dominado por la inquietud, la ansiedad, la inseguridad y la incertidumbre. Por eso «escuchar activamente» constituye, posiblemente, el «fármaco» más adecuado inhibidor del sufrimiento moral y psicológico que puede padecer un paciente oncológico. Naturalmente en esta función tan importante e insustituible por parte del médico, vemos una vez más que la comunicación no verbal (CNV) es realmente de una gran importancia. De hecho, tal como podemos evidenciar en la figura 15 el lenguaje corporal (somático), integrado por la postura, la mímica, los gestos, las expresiones corporales diversas, los movimientos, etc., constituye aproximadamente el 55% de la capacidad de expresión en el hombre. Obviamente, este porcentaje se incrementa ostensiblemente en el caso de los enfermos oncológicos.

A lo largo de la historia, filósofos y médicos han destacado el papel de la capacidad de escucha en la atención y/o cuidados del paciente. Paracelso, por ejemplo, decía: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor; si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina». Pero, además, para saber acerca del enfermo, para conocer su personalidad y su medio ambiente, para conocer su actitud ante la enfermedad y su modo de vivirla, es necesario, ante todo, preguntar y escuchar. Durante la anamnesis el médico debe dejar que sea el paciente quien más hable; pero para ello es preciso haber suscitado la palabra mediante la *escucha*.

Escuchar no es sólo oír, sino escuchar utilizando todos los sentidos. Supone atender el mensaje completo, observando muy especialmente el lenguaje profundo, emocional y no verbal. Se trata de detectar igualmente un sentido de congruencia entre la comunicación verbal y la no verbal (CNV). Por eso es muy importante un aprendizaje, una puesta a punto de mi lenguaje emocional claramente en correspondencia con la comunicación no verbal del paciente. Es decir, el problema radica en que si desconozco la amplitud y profundidad de mi lenguaje emocional, difícilmente podré entender y comprender (*y escuchar*) los mensajes del paciente, muchas veces disfrazados o deformados por la situación de miedo o angustia que está atravesando en relación a su propia enfermedad.

El profesional sanitario deberá familiarizarse con las técnicas adecuadas para responder terapéuticamente, haciendo que el paciente se encuentre cómodo, transmitiéndole en todo momento *seguridad*. Entre estas técnicas muy simples -pero muy operativas podemos destacar las siguientes:

- **Paráfrasis:** se trata de decir el mismo mensaje del paciente de forma resumida; y ello, por dos motivos. En primer lugar porque de esa manera el paciente percibe que le hemos «*escuchado*» y en segundo lugar, porque hacemos verdaderamente consciente al paciente de sus propios mensajes (por lo tanto de su estado emocional, de sus necesidades psicoafectivas, etc.).
- **Clarificación:** se busca conseguir entender aún mucho mejor el mensaje verbal y no verbal que hemos escuchado y observado en el paciente. Naturalmente, en muchas fases de la enfermedad, por la propia angustia o por la acción de los fármacos, el mensaje es confuso y ambiguo. Por eso es muy importante desarrollar con prudencia este principio de *clarificación*.
- **Validación:** con esta técnica se pueden confirmar determinadas deducciones o inferencias que realizamos a partir de nuestra «*escucha*». Por ejemplo, en la entrevista hemos notado una gran inquietud y ansiedad en el enfermo. El médico puede deducir que está en relación con un tratamiento de quimioterapia o con el dolor; por eso, hay que validar las observaciones preguntándole, ¿siente algún dolor?, ¿cuál es su preocupación actual?, ¿qué es lo que estaba pensando?, etc.
- **Información:** es un procedimiento enormemente útil pero complejo ya que debemos saber en todo momento lo que tenemos que decir e informar (un procedimiento, una técnica, su evolución, efectos secundarios, molestias, etc.). Además, es muy importante añadir información «*sensorial*», relativa a las molestias que le puede acarrear tal técnica, o tal medicamento. Naturalmente, la información se ajustará siempre a las necesidades psicosociales del paciente; se tendrá en cuenta, por lo tanto, su individualidad.
- **Preguntas abiertas:** se trata de una técnica interesante para facilitar la expresión libre acerca de sus sentimientos y/o temores. No importa la pregunta; lo realmente importante es dar al paciente la oportunidad de «*evacuar*» sus emociones y posibilitar con esta técnica una auténtica «*catarsis emocional*». También es un método que permite al paciente ayudarle en la búsqueda de solución de problemas, de conflictos emocionales, etc. Es una técnica, obviamente que pone a prueba la «*capacidad de escucha*» del médico.
- **Utilización del silencio terapéutico:** la gravedad de la enfermedad o el estado anímico del paciente, a veces, condicionan la comunicación; es decir, *no hay nada que decir, pero hay mucho que comunicar*. No se trata de un juego de palabras, sino de una profunda forma de comunicación en la que nos adentramos en el psiquismo del paciente, en sus sufrimientos y en su angustia. El «*silencio*» supone un profundo respeto hacia la personalidad del paciente, un acto médico sublime en el que se pone de manifiesto la capacidad ética del profesional sanitario. Es posiblemente en el *momento de la aceptación serena de la muerte* cuando proliferan los períodos de silencio. El paciente ya no quiere explicaciones; su mente intuye la gran verdad. En estos momentos el médico puede ser más respetuoso manteniendo su silencio y sólo recurriendo al diálogo si fuese requerido. Una mirada comprensiva, un suave apretón de manos (mantenido) establece un mayor diálogo que el conjunto de palabrería vana. Como diría Tagore, el silencio es el gran protagonista en los dramas humanos; *la gran verdad tiene un gran*

silencio. El silencio es una forma poderosa de comunicación, si bien, en el ajetreado mundo de la medicina actual apenas se utiliza en los cuidados de salud. No obstante, diez minutos a solas con el paciente pueden contribuir decisivamente a desarrollar la confianza y a demostrar su interés por él como persona.

Alguien ha dicho que «escuchar» es un arte y, sin duda, lo es dada la especial sensibilidad y la exquisitez que el «artista» (es decir, el médico) ha de mostrar en el análisis cuidadoso de la comunicación del paciente oncológico. Casi un 50% de nuestra actividad cotidiana la pasamos «escuchando» y a partir de ahí se toman las decisiones más pertinentes. En la relación con el paciente es mejor escuchar que hablar; el auténtico protagonista es el paciente. Pero escuchar exige una posición adecuada, una *actitud de escucha* que se caracteriza porque el médico se pone al lado o en la cama del enfermo, nunca de pie o con los brazos cruzados, postura que indicaría un mensaje de pasividad, indiferencia, prisas, etc. Y, precisamente, la «*escucha eficaz*» requiere una especial concentración en el rostro del paciente, intercambiando miradas profundas y sostenidas. En la figura 16 exponemos algunos aspectos esenciales para comunicarse eficazmente con los pacientes y, en este cuadro, destacamos precisamente el significado de «mantener el contacto ocular con el enfermo», «no levantar la voz», «dar tiempo al paciente», «desarrollar una relación positiva con el paciente», «usar el silencio con eficacia», etc. Tal como nos recuerda Sanz-Ortiz (1992), hay que escuchar lo que dicen, cómo lo dicen y lo que además implican esas palabras. Asimismo, la capacidad de comunicarnos en esa singular interacción «médico-paciente» aumenta si aprendemos a «escuchar mejor». Al no interrumpir al paciente, le damos tiempo para ordenar sus ideas, expresar sus temores y/o sentimientos, descargar su emotividad acumulada como consecuencia de la frustración «en cascada» que supone el padecimiento y/o tratamiento de una enfermedad tan grave.

Frecuentemente se confunden dos procesos de comunicación relacionados pero ciertamente distintos: oír y escuchar. Oír es un acto pasivo, casi automático, mientras que escuchar implica una atención muy especial, una concentración poderosa, tanto más, cuanto que deseamos conseguir o acercarnos a la habilidad del «artista» que ha conseguido aprender la «*escucha eficaz*». En la figura 16, presentamos algunas habilidades específicas para disfrutar de ese nivel de «*escucha eficaz*». Una vez más en el cuadro-resumen anotamos algunos puntos esenciales como: concentrarse en la persona que habla, utilizar el contacto ocular, utilizar el lenguaje corporal adecuado, escuchar con objetividad, etc.

Sin embargo, en la realidad hospitalaria que vivimos en la actualidad, fuertemente saturada por la masificación, burocratización y lucha con el tiempo (muchos médicos dicen que no ven a su familia a lo largo del día) es prácticamente imposible obtener el nivel deseable de comunicación. Es como tratar de hacer una escultura precipitadamente; el resultado es una mala obra. Cualquier trabajo de una gran sensibilidad requiere tiempo y un control emocional muy importante. El problema es el siguiente: ¿lo conseguiremos?. La respuesta no puede ser genérica, depende de uno mismo, del control personal, de su disposición psicoafectiva, también de los medios, del sistema etc. Pero, muchas veces, proyectamos esta dificultad en el «sistema»; ahí ahogamos todas nuestras impotencias y fracasos profesionales. A pesar de todo «uno mismo» sí puede conseguir perfeccionar el «arte de escuchar» acercándonos a la auténtica humanización de la asistencia sanitaria.

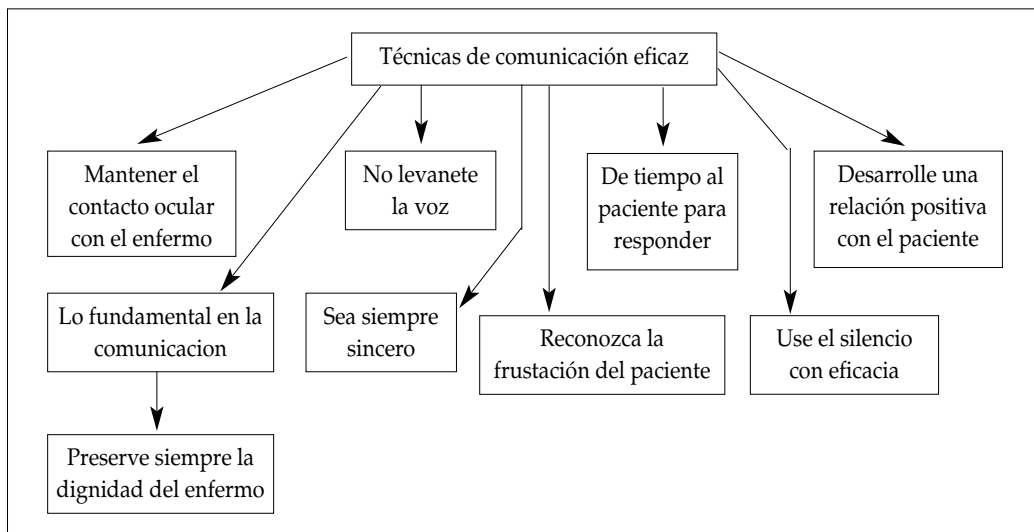


Figura 16. Comunicarse eficazmente con los pacientes (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

Las precipitaciones en la comunicación conducen a errores terapéuticos muy importantes. Pensar prematuramente es adelantarse al conocimiento y al sentimiento del paciente. Sólo con esa atención especial, con la paciencia, con la entrega, con la disposición hacia el otro y con la actitud de tranquilidad, podemos aprehender la integridad de la comunicación. Pero además de «escuchar» al paciente, debemos aprender escuchándonos a nosotros mismos. Una grabación sobre nuestro léxico, timbre de voz, fluidez, expresividad etc., puede constituir un apoyo esencial para perfeccionarnos. La imagen a través de un vídeo también resulta útil, particularmente, en el análisis del lenguaje corporal y en la expresividad mímica-gestual.

Comunicarse eficazmente con los pacientes y con los «otros» supone tener muy en cuenta los aspectos recogidos en la figura 16, tratando por supuesto, de desarrollarlos y perfeccionarlos con el fin de preservar la dignidad de la persona a pesar de que ésta pueda presentar una sintomatología muy variada (disfagia, fiebre, vómitos, dificultades respiratorias, déficit en el estado nutricional, problemas en la función vesical, depresión, limitación de la movilidad, trastornos del sueño, lloriqueo, retraimiento, labilidad emocional, explosividad emocional, etc.).

Justamente, en función de la situación del enfermo, debemos de desarrollar nuestro «sistema representacional». Se trata de conocer la sensibilidad específica del enfermo en relación a su entorno. Algunos tienen predominantemente una *orientación visual*; otros cinestésica y algunos *auditiva*. En este sentido al identificar y emplear el mismo estilo de comunicación del paciente se logrará captar su interés, confianza y cooperación.

Para ello, necesitamos observar sus movimientos oculares muy cuidadosamente. Cuando el paciente imagina una escena que no le es familiar la persona *visual* mueve los ojos hacia arriba y hacia la derecha. Por el contrario, al recordar una escena familiar sus ojos se mueven hacia arriba y a la izquierda. Por otro lado, al recordar cómo se sintió en relación a algo (una intervención, un cui-

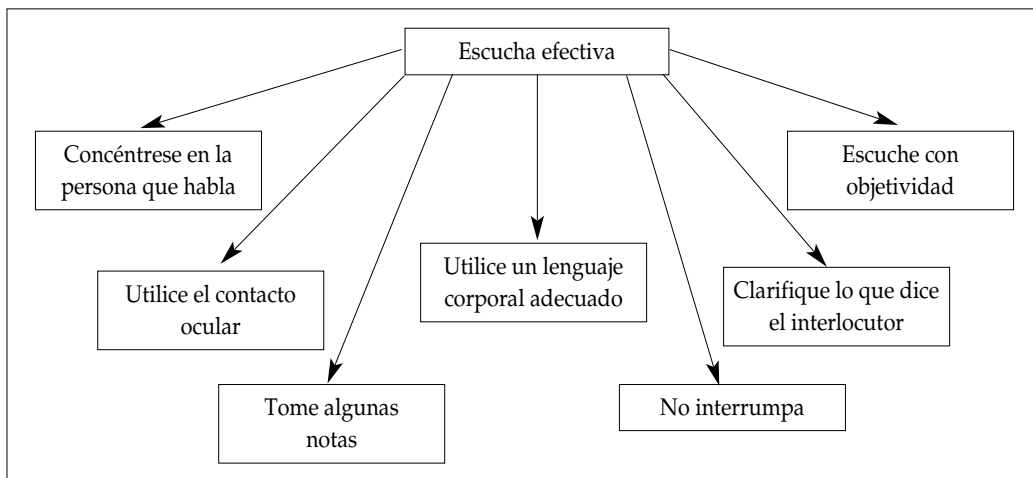


Figura 17. Habilidades en la escucha (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

dado, etc.), la persona *cinestésica* tiende a mirar hacia abajo y hacia la derecha. Al recordar como le sonó alguna cosa pasada, la persona *auditiva* tiende a mirar hacia abajo y hacia la izquierda, o bien a mover los ojos de un lado a otro en un plano horizontal.

En nuestro sistema representacional y comunicativo debemos, asimismo, *escuchar las palabras descriptivas que utiliza el paciente* (Figs 18 y 19). La persona *visual* emplea palabras relacionadas con «ver» (paisaje, panorama, película, colores, observar, mirar, etc.). La persona *cinestésica* suele utilizar palabras relacionadas con el movimiento (paseo, levantarse, excursión, viaje, coger, manejar, tocar, pasear, etc.). La persona *auditiva* acostumbra principalmente a emplear palabras relacionadas con la experiencia *auditiva* (voces, melodía, captar, escuchar, sonidos, etc.). Por eso, en nuestra comunicación debemos ajustarnos al sistema representacional dominante del paciente utilizando para ello palabras o mensajes referidos a la sensibilidad visual, cinestésica o auditiva, respectivamente. De esta manera nuestro grado de concordancia e interacción serán muy intensos.

MEJORAR LAS DOTES DE ESCUCHA

Mejorando las dotes de escucha podemos conseguir una perspectiva positiva en el paciente y reorientar ciertas conductas negativas (falta de colaboración, negativismo, hostilidad, inhibición, etc.). Es posible que a través de este comportamiento esté buscando más atención y apoyo emocional; en definitiva, más capacidad de escucha. En vez de pelearse con el paciente, podemos mejorar su amor propio y calidad de vida, reforzando la «capacidad de escucha» y desarrollando progresivamente una relación de «confianza».

La técnica de «imitar y reconducir» puede permitirnos conseguir ese objetivo. Para «imitar» físicamente a un paciente, debemos adoptar su misma postura, frecuencia respiratoria y gesticulación; naturalmente, esta conducta de imitación, ha de ser realizada con el mayor grado de sutileza posible, ya que el enfermo podría inhibirse o aislarse. La imitación verbal puede realizarse ha-

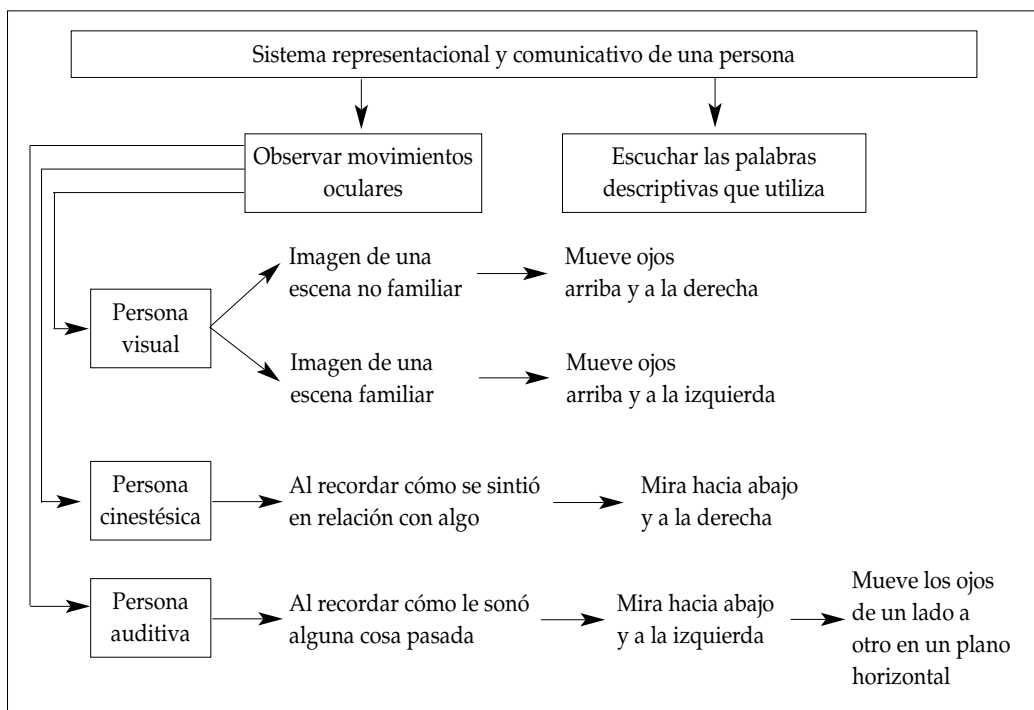


Figura 18. Formas de comunicación sistema representacional (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

ciendo varias afirmaciones que reflejen lo que el paciente ha dicho. Este proceso sirve también para reafirmarle en su experiencia personal y conseguir un mayor grado de seguridad y de asertividad. Entendiendo al paciente, poniéndome a su lado de forma tranquila y relajada, se puede obtener una disminución de la tensión emocional originada por múltiples intervenciones, tratamientos medicamentosos, etc.

De otro lado, la técnica del «*anclaje psicológico*» puede permitirnos fácilmente cambiar su dinámica mental; es decir, pasar de una actitud agresiva y hostil a otra más activa y más positiva. Para ello, le pedimos que recuerde un momento de su vida especialmente feliz (el día de su boda, el día que consiguió su primer trabajo, el nacimiento de su primer hijo, etc.). Se insiste en su poder de concentración en esa imagen especialmente feliz y agradable. A medida que se va introduciendo paulatinamente en esa imagen o recuerdo podemos observar como el paciente se va relajando; sobre todo, su respiración y expresión «mímica-gestual» cambian ostensiblemente, denotando más tranquilidad. En definitiva, este proceso de «anclaje», es decir, de fijación en un momento de su vida nos permite aminorar la intensidad de los conflictos mentales y emocionales que está atravesando en correspondencia con el dolor y con la gravedad de su enfermedad.

Por otra parte, hay que señalar que la «escucha activa» es un proceso de aprendizaje, de perfeccionamiento día a día si queremos conseguir ese nivel de atención exquisito en la comunicación con el paciente oncológico. Todo el cuerpo debe de expresar que está escuchando al «otro»; para ello hay que mantener un buen contacto ocular, inclinarse ligeramente hacia adelante y asentir con

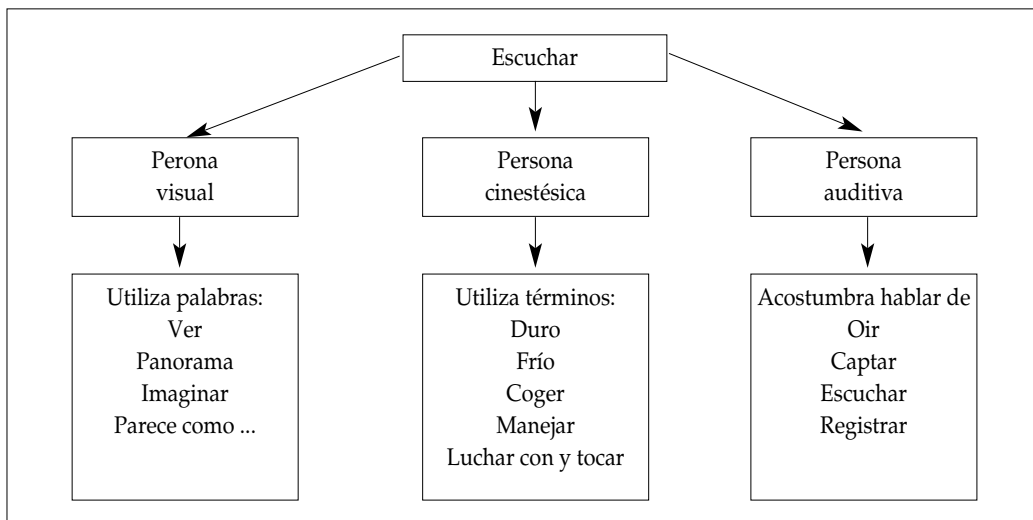


Figura 19. Escuchar las palabras descriptivas que utiliza (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

la cabeza. Naturalmente, en esta interacción debemos dar el tiempo necesario al paciente, nunca cortarle o extraer conclusiones prematuras. En esta interacción fundamental, el grado de concentración debe de ser máximo y, por lo tanto, no podemos permitir que nadie nos interrumpa (ni el timbre del teléfono, ni un compañero, etc.).

Esta dedicación especial a la comunicación puede parecer utópica y, quizás tenga razón quien haga una afirmación en este sentido. Pero también es cierto que muchas veces nos refugiamos en la «falta de tiempo» para incrementar nuestro «narcisismo», nuestro «estatus social», nuestro «poder», etc. Frecuentemente en el medio hospitalario podemos escuchar frases como esta: no tengo tiempo para nada, tengo múltiples responsabilidades, no te puedo dedicar ni un minuto, etc. Sin embargo, estamos convencidos que siempre podemos mejorar la situación, «descender a la realidad», «organizarnos mejor» y, en suma, mejorar la capacidad de escucha como un procedimiento terapéutico muy valioso y un comportamiento muy saludable para perfeccionar el psiquismo del médico y aumentar la satisfacción y el grado de felicidad del enfermo.

Con los pacientes, esta actitud nos permite ser más conscientes de sus sentimientos y/o necesidades y, por lo tanto, tratarles como *una persona singular y única*. Insistir una y otra vez en algunos aspectos esenciales de la escucha fortalece esta habilidad tan importante en las relaciones interpersonales. En esta mejoría continua debemos poner especial énfasis en: *la concentración, en no interrumpir, en escuchar con objetividad, en utilizar con eficacia el contacto ocular, en exhibir un lenguaje corporal adecuado, en clarificar lo que dice el interlocutor, en dar el tiempo necesario, en tomar alguna nota, etc.*

Pero si queremos conseguir este grado de perfeccionamiento en el manejo de las relaciones interpersonales debemos derribar barreras, vicios manifiestos u ocultos que me impiden «escuchar eficazmente» al otro. Entre este tipo de barreras podemos citar las siguientes: evaluar y juzgar, interrumpir, sacar conclusiones precipitadas, escuchar selectivamente, aconsejar, no prestar atención,

etc. Este tipo de «barreras» bloquean la comunicación y no permiten una actitud de escucha activa e inteligente. La escucha tiene que ser un proceso activo, precisamente para sacar al paciente del aburrimiento, pasividad, etc. Incluso, en ocasiones, este procedimiento es el antídoto esencial para conseguir superar la depresión o la impotencia que sufre el enfermo.

En esta disposición de «escucha activa», permitimos al enfermo que manifieste «todo lo que quiera», «no etiquetamos ni interpretamos»; tampoco «juzgamos» al enfermo, no le interrumpimos ni le conducimos en una determinada dirección. Actuamos con mucha sensibilidad, le tocamos suavemente, respetamos el silencio y las emociones que expresa, no se le atosiga y le ayudamos a profundizar en los temas que le preocupan. El diálogo nunca se debe de convertir en un monólogo ni, por supuesto, en un soliloquio. Utilizando estos mecanismos de comunicación, podemos acceder a la «comunicación interactiva» que supone (en muchos casos) decir la verdad, clarificar los términos y expresiones (es decir, los mensajes) y adaptarnos siempre al ritmo del enfermo.

La escucha eficaz nunca puede ser considerada como una pérdida de tiempo, sino como un instrumento terapéutico de apoyo que nos ayuda mucho más a un diagnóstico y tratamiento más correcto. Cuando en el momento actual tanto se habla de humanización de la medicina y de la asistencia hospitalaria, no cabe la menor duda de que este programa específico ha de constituir un objetivo esencial para que el personal sanitario actúe «humanamente», no como simples autómatas capaces de interpretar grandes fórmulas bioquímicas, sino como auténticos «seres humanos» capaces de escuchar, de ayudar y de entender el sufrimiento humano.