

La palabra y la mano

Fabiola Moreno

Diplomada en Trabajo Social y Periodista. Departamento de Asistencia Social. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Correspondencia: Sra. Fabiola Moreno.

Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. Vizcaya. España.

Correo electrónico: fmoreno@hbas.osakidetza.net

Sr. Director:

La salud y la enfermedad forman parte integrante de nuestro universo personal. Se hallan instaladas como concepto y como efecto durante el curso de nuestra vida y como tal se proyectan desde y hacia el individuo.

Se expresan con el resto de las vivencias y sólo junto a ellas es posible interpretar y modificar su alcance y sus consecuencias. Es en esta interacción donde los profesionales de salud delimitan su nivel de implicación y su grado de participación.

La relación entre agentes de salud y paciente se ha desarrollado históricamente otorgando un papel de protagonismo casi exclusivo a los primeros, lo que da lugar a una comunicación vertical de dominio pseudoinconsciente.

El paciente se sometía a los designios de los profesionales y acataba sin apenas cuestionamiento sus indicaciones y sus disposiciones.

El desarrollo de las libertades individuales ha estimulado la necesidad de saber y, consecuentemente, la de controlar los procesos de enfermedad. A partir de esta etapa cobra importancia la comunicación, elemento básico y determinante en toda relación.

“La comunicación –nos dice la Sociedad Española de Cuidados Paliativos– es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas.”

Comunicación para la comprensión y comprensión para el entendimiento y el consenso mediante el ejercicio de la autonomía.

No entender nada, enmudecer y creer que todo lo que sucede alrededor resulta incomprensible suele ser la reacción primera cuando nos enfrentamos a un problema de salud. En menor o mayor grado y dependiendo de la naturaleza del proceso de enfermedad nuestros sensores se abotargan y nuestro sentido de la realidad se ofusca. Los demás y lo demás nos parecen irreales y nosotros mismos nos transformamos en seres anonadados.

Es muy habitual que las sensaciones que acompañan al proceso de tratamiento de cualquier enfermedad tengan siem-

pre un denominador común: los nervios, la angustia, el temor y la incertidumbre, sensaciones todas ellas que se aferran a nosotros de forma instintiva y, a veces, inexplicable.

Estar enfermos o compartir la enfermedad de los nuestros se convierte en una experiencia las más de las veces angustiosa.

Es un hecho inevitable que aparece en nuestras vidas en un momento determinado y, cuando ocurre, comprobamos cómo cada acontecimiento, cada palabra, cada gesto adquiere una dimensión que nunca antes habíamos tenido en cuenta. Lo que en otras circunstancias pasaría inadvertido se convierte en cuestión capital que deviene en muchas ocasiones en sentimientos hostiles y adversos porque el otro, ese elemento en el que depositamos nuestra confianza y al que encomendamos nuestro bien máspreciado, no siempre devuelve la serenidad que esperamos.

La información –el vehículo a través del cual la relación va a establecerse y con la que esperamos controlar, dominar y superar el proceso de tratamiento– no sólo no cumple la función que se le atribuye, sino que en muchas ocasiones llega a ser un elemento distorsionador.

Las personas necesitan conocer y entender lo que les pasa. Conocer y entender para sentirse seguros, seguros en la incertidumbre, seguros en el miedo y seguros –valga la paradoja– en su propia inseguridad. Sólo así lograrán ser protagonistas de sus propias experiencias. Protagonistas a través de su autonomía, la capacidad de cada individuo para deliberar sobre sus fines personales y para obrar bajo la dirección de esta deliberación.

“Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a usted todo lo que necesita saber para ayudarme”¹.

Esto que parece un comentario innecesario resulta ser la clave del entendimiento y la necesidad menos compartida en el ámbito sanitario. Las prisas, decimos; condiciones poco favorables del entorno, nos disculpamos; cierto temor a no saber manejar las emociones, reconocemos a veces; la familia, que no entiende, nos atrevemos a afirmar en ocasiones. Algunas o todas ellas encubren la huida de situaciones que consideramos, admitámoslo, tangenciales.

De esto sabemos mucho los profesionales que abordamos y manejamos las situaciones de desajuste por la pérdida de salud, los que centramos nuestra intervención en el cuidado social, el que contempla el curso de la vida, la atención integral, la consideración del enfermo y de la familia como unidad a tratar, la promoción de la autonomía y dignidad del

enfermo y, ante todo, la importancia de los ambientes de salud².

La familia, el entorno social o el espacio individual se convierten inmediatamente en el objeto identificador de las situaciones. Sólo el conocimiento del contexto de cada individuo nos permitirá analizar correctamente sus reacciones y sus decisiones o –igual de importante– su falta de ellas.

Averiguaremos capacidades, habilidades y responsabilidades, elementos que necesitaremos nosotros más que nadie para llevar a buen puerto nuestra propia responsabilidad: curar y cuidar, 2 direcciones de un mismo camino que tomaremos sobre la base de las buenas señalizaciones que seamos capaces de trazar.

Algunas de ellas:

1. Lo que se quiere saber.
2. Lo que se necesita contar.

Y junto a ellas los diferentes planos en los que se desarrolla esta comunicación:

1. El interés en la escucha por parte del receptor.
2. El nivel de comunicación del emisor.
3. La capacidad de comprensión del receptor.
4. La interacción entre ambos desde los 2 planos: como emisor y receptor independientes y recíprocos.

La clave está bastante más cerca de lo que creemos: nosotros mismos, con la palabra y la mano³.

La palabra, sencilla y en cada momento la oportuna. A cada cual la que necesite. Siempre está preparada y nunca escatimada. Las veces que haga falta.

Expresada sin prisas, con interés y con respeto.

Abierta, clara e inteligible, sin misterios y sin conspiraciones. Y compasiva cuando sea necesaria.

Coherente, comprometida y comprensible. Amplia. Siempre disponible y permanentemente comprobada (saber no implica necesariamente entender).

La mano tranquiliza, reconforta; con ella se comparte. Tranquiliza cuando hay que negar, cuando hay que rebatir, cuando hay que rectificar, cuando hay que afianzar confianzas y eliminar desconfianzas, cuando la vulnerabilidad del otro es alta y cuando sólo nosotros podemos restituir la confianza perdida, en él, en nosotros, en todo y en todos.

Reconforta cuando no se comprende, cuando no se acepta y cuando se sufre irremisiblemente, con la vida y con la muerte.

Para compartir las dudas, el miedo, la intranquilidad y el dolor. Si compartimos nuestros éxitos, por qué no compartir nuestros fracasos. Al fin y al cabo, también nos pertenecen.

La información, hoy por hoy, sigue siendo la deuda pendiente de los profesionales sanitarios hacia el enfermo y su entorno. La información bien dicha, debidamente explicada, adaptada y adecuadamente transmitida en modo y lugar. A quien debe y quiere saber.

La benevolencia (querer el bien del amigo), la benediciencia (decir bien del amigo), la benefidencia (expresar la confianza con el amigo bajo forma de confidencia), la camaradería (cooperar con el amigo para el logro de un bien común y objetivo) son las notas esenciales de la relación amistosa, y las cinco pueden darse –no siempre, por desgracia se dan– en la relación del médico con el enfermo⁴.

Recordemos que la otra información, la no información, también informa. Forma parte de ella la prisa, el desinterés, la duda, la subestima y la relación de superioridad.

Nada de lo que ocurre a su alrededor resulta banal a los ojos del afectado. Los gestos, la impaciencia, las conversaciones interrumpidas, las palabras a media voz y los mecanismos de evitación –tantas veces utilizados por los que rodean al enfermo– también son lenguaje y comunicación.

El interés frente al desinterés, la memoria frente al olvido, la cercanía frente a la indiferencia son las 2 caras de una misma moneda, tan fundamentales y tan eficaces como nocivas e indeseables. Según sea su versión así será su efecto terapéutico. En su lado positivo reconfortan y alivian. En su lado más oscuro actúan como el peor de los venenos.

Bibliografía

1. Kaye P. Notes on symptom control in hospice and palliative care. Essex, Conn., USA: Hospice Education Institute; 1990; p. 74-77.
2. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
3. Spinsanti S. Introduzione. Quando la medicina si fa materna. En: Corli O, editor. Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia. Roma: Città Nuova; 1988. p.14
4. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Guadarrama; 1969.