



# EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN, SUS CUIDADOS Y EL SILENCIO TERAPÉUTICO

---

J.A. Flórez Lozano

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

*«Amar es experimentar alegría ante la simple existencia del otro, sin necesidad de recompensa»*

**Tzvetan Todorov**

*«La vida en común», 1996*

## LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN AL ENFERMO ONCOLÓGICO

Es un hecho frecuentemente denunciado que vivimos la era de la *deshumanización* en todos los aspectos de la vida (relación laboral, interacciones familiares, dinámica educativa, etc.) Probablemente esta deshumanización progresiva que tiene un especial relieve en la atención al enfermo oncológico, se inscriba en el concierto de valores socioculturales que dominan la vida y el comportamiento en la sociedad actual y que, particularmente afectan al médico y la enfermera como miembros específicos de esta sociedad afectados por esta corriente educativa próxima al *«hedonismo»* y al *«materialismo»*.

El estrés, la masificación, la burocratización excesiva, la pérdida de los valores éticos y religiosos, la desmotivación profesional de médicos y enfermeras (síndrome de *burn-out*), repercute negativamente en la asistencia al enfermo en general y al oncológico, en particular. El paciente continuamente está manifestando y deseando cualquier tipo de comunicación, independientemente del estado de su gravedad, precisamente porque la comunicación es «vida» y se asocia inconscientemente a «esperanza», «seguridad» y «protección». Por el contrario, la ausencia total de comunicación que puede sufrir un paciente «desahuciado» es similar a la muerte. Al mismo tiempo, con un empobrecimiento de la comunicación que puede ocurrir en los hospitales y/o servicios

oncológicos, ocurre paralelamente un aislamiento social que hace que el paciente se refugie en «sí mismo» y aumente significativamente la depresión y la tendencia al suicidio. El paciente al mismo tiempo que ocurre su degradación psicofísica (pérdida de peso, cansancio, malestar, desesperanza, delgadez extrema, inmovilidad, dificultad en el control de esfínteres, etc.), se focaliza mentalmente en pensamientos acerca de la muerte e, incluso, sobre ideas suicidas.

Naturalmente, es responsabilidad del médico y enfermeras preservar la seguridad del paciente, pero para ello, resulta imprescindible conocer esos símbolos del lenguaje indicativos de la existencia de un estado depresivo y de abandono a la muerte. Ayudar al paciente a clarificar *sus sentimientos* y descubrir la manera de afrontarlos puede ser una medida psicoterapéutica eficaz para entendernos, comunicarnos y ayudar en última instancia, al paciente acongojado con su enfermedad. Es necesario conocer el conjunto de sentimientos que le asedian acerca de su cuerpo, de su familia, del dolor y de la muerte. Éste puede ser un momento especialmente idóneo para recuperar el hilo de la comunicación, de la sinceridad y de la franqueza. A partir de aquí el paciente puede recuperar la confianza en el médico; sentir que alguien importante se ocupa de él, a pesar de ser un «conglomerado de huesos», supone recuperar la dignidad como persona y *aceptar con tranquilidad* el fatal destino al que le lleva la enfermedad.

Este interés en recuperar la comunicación integral con el paciente supone un cambio de actitud, cual es, considerar al paciente como *una persona integral con toda su dignidad que merece el mayor grado de atención, comprensión y afecto*. Este cambio de actitud por parte del equipo médico se acompaña igualmente de modificaciones actitudinales y conductuales en el paciente que se caracterizan por un incremento en la comunicación, por una mejor adaptación al ambiente hospitalario, un mejor descanso, disminución de la medicación e, incluso, del dolor. En suma, hay una recuperación del bienestar del paciente a pesar de la gravedad de su enfermedad que le llevará indefectiblemente a la muerte; pero, a pesar de todo, el paciente parece recuperar la felicidad, el humor, el deseo de comunicarse con sus amigos y con sus familiares, etc.

Sólo a través de la comunicación podemos descubrir cuales son sus recursos psicológicos y de qué manera podemos ayudarlos. Así el médico puede preguntar al paciente: ¿Cuáles cree que son sus fuerzas reales?, ¿Cómo suele enfocar sus problemas?, ¿Qué hace para relajarse?, ¿Con quién puede contar para el apoyo?, ¿En quién confía realmente?, ¿Cuáles son los temores que más le asedian?, ¿De qué quiere hablar realmente?, ¿Qué piensa de su futuro?, ¿Cómo ha sido su vida en general?, ¿De qué aspectos se arrepiente a lo largo de la vida?, ¿Qué desearía de sus familiares?, ¿Qué piensa de sus amigos?, etc. A medida que se va profundizando en la comunicación con el paciente, va creciendo la confianza y la *«intimidad personal»* y, en consecuencia, aparecerán nuevas dudas, otros interrogantes acerca de la vida y de la muerte ante los cuales el médico también debe de estar preparado para contestar o para «encajar» dichas preguntas.

Algunas preguntas del paciente relativas a la muerte o a la «otra vida» no encuentran una respuesta, porque no la hay. Lejos de respuestas banales o triviales, es mejor tener la suficiente firmeza y seguridad en «sí mismo» para responder con naturalidad sin comentarios «huidizos». Sin duda, la mejor estrategia para seguir avanzando en la confianza con el paciente es la naturalidad, la confianza y la sinceridad sin rechazar de ninguna manera el deseo de comunicación del paciente, por muy arduo y complejo que sea (que lo es) el contenido de la comunicación. La recuperación de

los valores también es importante en orden a mejorar y clarificar la comunicación que se establece con el paciente (la fe religiosa, la amistad, la familia, las relaciones sociales, la confianza y el apoyo psicosocial) suponen, en general, un rearme psicológico para poder enfrentarse mejor a todos los problemas relacionados con su enfermedad, incluyendo la propia muerte.

Es importante, igualmente, reforzar las «estrategias habituales» de afrontamiento del estrés (lectura, música, ejercicios mentales, TV, etc.). Pero, probablemente, el antídoto más eficaz frente al estrés originado por la hospitalización, las exploraciones dolorosas y agresivas, las mutilaciones corporales, el empeoramiento progresivo y el pensamiento acerca de la muerte, sea la propia comunicación profunda que podamos establecer y desarrollar progresivamente con el paciente.

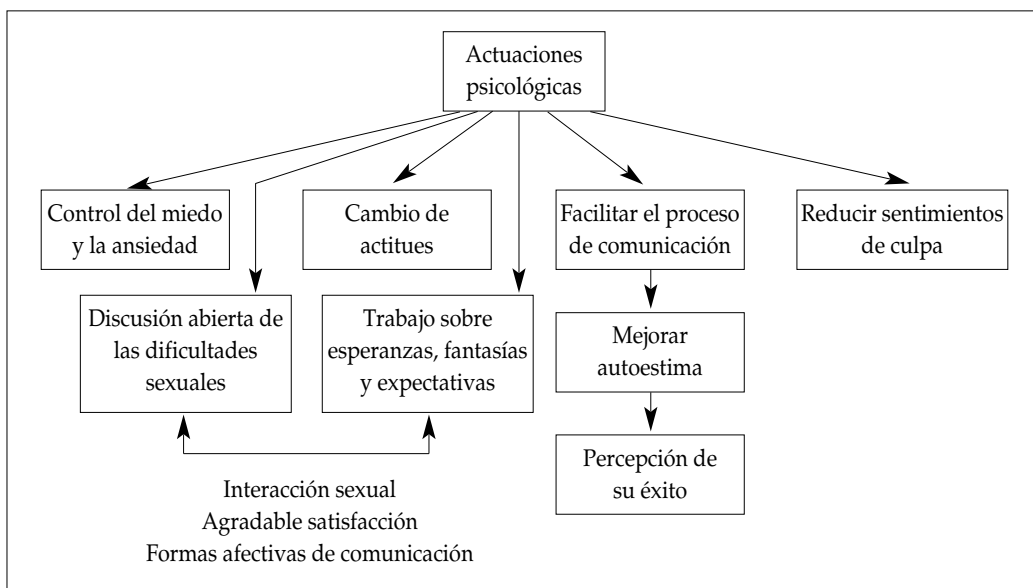
Aprovechar los recursos externos para aminorar el estrés y mejorar la tensión y el dolor del paciente, constituye un objetivo importante. La familia y los amigos forman dos pilares básicos que ayudan al paciente a mejorar su «autoestima», a establecer objetivos realistas y a acrecentar la confianza en «sí mismo», encarando razonablemente su enfermedad y ayudándole a seguir adelante con su vida. También la familia necesitará apoyo y comunicación para poder, a su vez, ayudar al paciente.

La clarificación de ideas acerca del diagnóstico, el pronóstico y sobre las diversas opciones terapéuticas, deben ser explicadas suficientemente en un lenguaje perfectamente asequible, asegurándonos que los mensajes han sido perfectamente comprendidos y dándoles la seguridad de que, en caso necesario, pueden recurrir al médico las veces que sean necesarias. El apoyo familiar y psicosocial sirve, de otra parte, para aliviar el dolor y hacer su vida más confortable. Las reuniones periódicas entre el médico y la familia son importantes, al objeto de implicarles en la dinámica de su enfermedad y de que conozcan los procedimientos diagnósticos agresivos y potencialmente dolorosos, así como, las diversas opciones de tratamiento.

En un nivel más profundo, será imprescindible la creación de grupos terapéuticos de familiares (cónyuges, hijos, etc.) dirigidos por un psicólogo experto en psicoterapia de grupo al objeto de reducir la tensión existente y aprovechar de la mejor manera posible los recursos individuales y del grupo para moderar la tensión y la angustia que se proyectaría sobre el paciente bloqueando la comunicación. En este trabajo con la familia es necesario identificar las creencias religiosas, espirituales y culturales de la familia. Es necesario recalcar que no se deben tomar decisiones basándose en sus propios valores y creencias, sino en los del paciente. Hay que reflexionar acerca de lo que hubiera escogido el paciente si estuviese en plenitud de facultades. La cuestión no es *lo que quiera hacer usted, sino lo que desearía el paciente*.

*La psicoterapia de grupo con la familia permite resolver conflictos importantes que se van suscitando a medida que se agrava el estado general del paciente.* La valoración, identificación y seguimiento de la familia, son requisitos indispensables en esta intervención integral. Reconocer los miedos, las ansiedades, los signos de estrés, las dificultades de comunicación, etc., son aspectos esenciales en el diseño del trabajo de la psicoterapia de grupo con familiares de los «pacientes» (Fig. 1).

El apoyo emocional, es igualmente esencial para ayudar a asumir y superar las emociones. Los sentimientos de confusión, ansiedad, cólera, tristeza e incluso culpabilidad son perfectamente normales. El médico debe contribuir a mejorar la comunicación desde el punto de vista emocional, ayudándole a expresar y exteriorizar sus sentimientos y emociones (sin reparos o miedos).



**Figura 1.** Principios de la terapia de grupo (Prof. Flórez Lozano, J.A.).

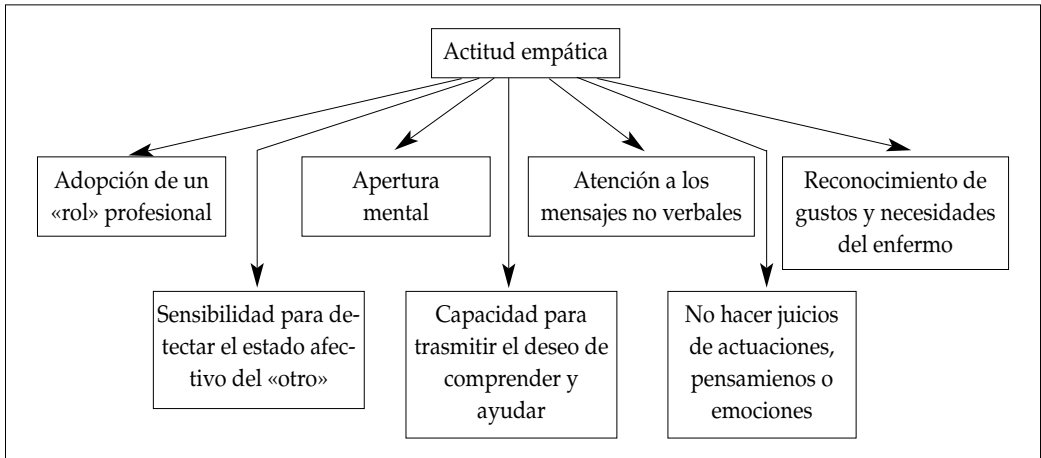
La melancolía aparece en un momento u otro y la tristeza constituye una adecuada y frecuente reacción a cualquier mala noticia. El diagnóstico de una enfermedad grave o fatal es, por supuesto, el más intenso para llegar a desencadenar estas reacciones psicopatológicas en el paciente.

La tristeza llega a ser tan abrumadora en el paciente que obstaculiza de forma ostensible la comunicación e interrumpe las actividades cotidianas (comer, arreglarse, escuchar música, ver la TV, juegos intelectuales, etc.) Al prolongarse esta situación emocional más de dos semanas, el paciente puede abocar a una depresión clínica.

En este sentido, el bloqueo de la comunicación es evidente; el paciente se refugia en sí mismo y aparecen los signos inequívocos de la depresión: períodos de llanto, impotencia o sensación de inutilidad y/o estorbo, insomnio, disminución del apetito, falta total de interés (anhedonia), inhibición en cuanto a la comunicación, reducción de la energía (anergia), ansiedad, culpabilidad, autoacusación, soledad, irritabilidad, dolencias físicas inespecíficas, etc.

En estas circunstancias psicofísicas, corremos el riesgo de abandonar al paciente dado su aislamiento y rechazo de toda forma de comunicación. Sin embargo, es conveniente subrayar que simplemente el «estar con el paciente» es una forma eficaz de comunicación; es lo que llamamos el *silencio terapéutico*; una forma de comunicación paradójica en tanto en cuanto la ausencia de comunicación es una forma más y, muy importante, de comunicación.

Cuando el paciente comprende (se da cuenta) que el proceso de su enfermedad es irreversible y que avanza inexorablemente se sume aún más en un cuadro depresivo impredecible de exacerbaciones y remisiones. Conforme prevé las pérdidas que puede ocasionarle el proceso oncológico, como falta de independencia, merma profesional y social etc., el paciente puede ir experimentando una serie de pequeñas «muertes». Cuando se rompe el sueño de una vida feliz y saludable, el pa-



**Figura 2.** Características psicológicas para conseguir una actitud empática (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

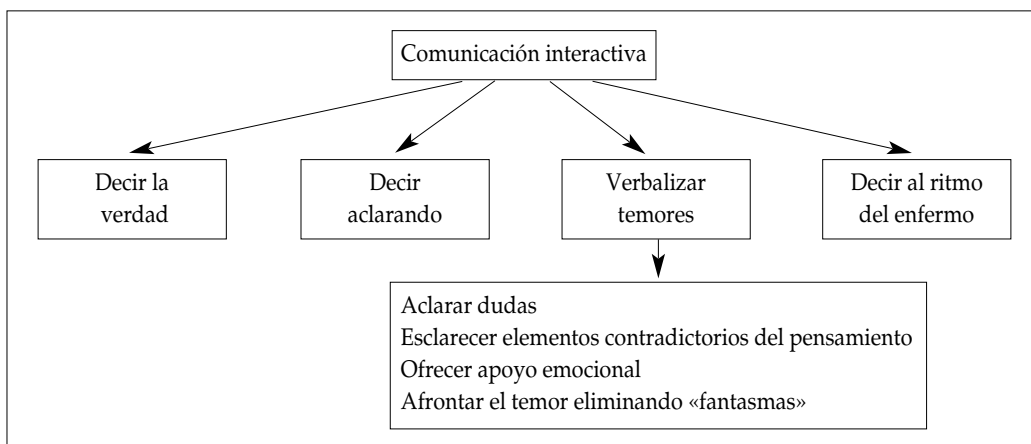
ciente puede adoptar una actitud colérica; dirige esa cólera contra sí mismo y aparece la depresión. La propia entrega y abandono de «sí mismo», en cuanto al proyecto terapéutico y actitud combativa frente el proceso tumoral, puede suponer un retroceso importante desde el punto de vista inmunológico, haciendo más vulnerable su organismo, lo que facilita el crecimiento tumoral.

Por lo tanto, el mantener la comunicación con el enfermo, no es únicamente en función de preservar su dignidad integral, sino también como auténtico mecanismo terapéutico para tratar de neutralizar el avance tumoral. Pero cuando un paciente padece este tipo de enfermedades neoplásicas y ha desarrollado un cuadro clínico depresivo puede ser extraordinariamente difícil comunicarse con él.

No obstante, si le dedicamos un cierto tiempo a estar con él (sin prisas), a sentarnos con él y a escucharle, podemos romper la barrera del silencio y a medio plazo podemos conseguir una mejor relación; sobre todo, si evitamos una comunicación apresurada. La sinceridad es una cualidad esencial en este camino de comunicación con el enfermo; por ello, debemos de reconocer que el paciente se encuentra ante un reto de tremendas dimensiones. Una perspectiva «empática» nos puede ayudar mucho mejor a entender las necesidades del paciente (Fig. 2).

La magnitud del diagnóstico, la incertidumbre terapéutica y de su futuro, desencadena en la mente del paciente multitud de ideas y conceptos (temores preocupaciones, obsesiones, imágenes, recuerdos, etc.); al mismo tiempo, la depresión deteriora los procesos de atención y/o concentración. Por ello, la comunicación está muy resentida; deberá ser pausada, utilizando frases cortas y repitiendo lo que ya se ha dicho. La provisión de información a pequeñas dosis ayuda al paciente a captar lo que desea saber; por eso, tal vez sea necesario repetir alguna frase o escribirla en un papel para que el paciente pueda retener los detalles más importantes (Fig. 3)

Pequeñas estrategias en la comunicación ayudan al enfermo a explicarse mejor y, en consecuencia, a expresar sus sentimientos. Así, por ejemplo, es mejor utilizar preguntas abiertas que aquellas otras que tienen como respuesta un «sí» o un «no». Hay que recordar en este sentido,



**Figura 3.** Fundamentos de la comunicación interactiva (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

que los sentimientos ocultos consumen una gran cantidad de energía y dificultan tremendamente la comunicación y el interés terapéutico; así pues, animándole a «exteriorizarlos» le ayudaremos en última instancia a conservar la energía y a defenderse mejor del proceso neoplásico.

Naturalmente, algunas de sus percepciones difieren claramente de la realidad, pero en cualquier caso, es estimulante hacerle ver que le estamos comprendiendo. Parafrasear sus preocupaciones es una forma eficaz de demostrar que le estamos prestando atención y que estamos interesados en su dolencia, futuro y recuperación.

Llegar a las familias no es fácil, a pesar de la enorme importancia que tienen en la evolución y dinámica de los enfermos. Algunas organizaciones, como la *American Cancer Society*, han puesto en marcha un programa educativo y formativo de clases nocturnas denominado «Puedo superar» con el fin de afrontar los temores y miedos que se suscitan en el seno de la familia y que pueden generar un cierto grado de conflicto, división y/o abandono en el proceso de intervención terapéutica del paciente. Sabemos, en muchos casos, que no es posible frenar la enfermedad, pero podemos ayudar al paciente a sobrellevarla de la mejor forma posible y, en ese aspecto, la familia debe implicarse a través de esos programas educativos. La formación continuada a médicos y enfermeras forma parte también del programa integral de atención al enfermo canceroso. No estamos hablando únicamente de formación científica, de puesta al día, sino también de superar los problemas psicológicos profundos derivados de la propia profesión, es decir, la atención y el cuidado de pacientes oncológicos, muchos de los cuales avanzan inexorablemente hacia la muerte.

Naturalmente, hay algunos pacientes que desean estrictamente estar solos y ello puede producir una gran frustración entre médicos y enfermeras. En realidad, el médico y/o la enfermera pueden hacer que el paciente se sienta cómodo, pero es él *quien ha de encontrar su propia paz*. Es frecuente, sobre todo, en los pacientes terminales la necesidad de soledad. A veces, el paciente responde con brusquedad ¡déjenme solo!, ¡no tengo ganas de hablar!. Se muestran reacios al contacto, a la comunicación, rechazan nuestros cuidados, atención y/o cariños. Le intentamos ofrecer compañía, masajes en los pies y espalda, té, una radio.....Pero lo rechaza todo.

Este negativismo puede ser agotador para el personal sanitario si no entiende los mensajes del paciente. A veces, es necesario dejarle solo sin abandonar las explicaciones referidas por ejemplo, a la morfina líquida prescrita, al agua etc. Poco a poco suele reaparecer la comunicación, sobre todo, cuando el paciente ha comprendido que hemos respetado su «intimidad», su lucha interna con la enfermedad y con su destino trágico; es entonces cuando nos deja entrar en su «espacio interno», en su YO y acepta incluso un sencillo regalo de amor incondicional.

La insistencia en las explicaciones sencillas y, a veces, repetitivas es esencial para una mejor comprensión del paciente; este tipo de informaciones se harán extensivas a la familia y dichas explicaciones podrán completarse con diagramas y dibujos. Es necesario despejar ambigüedades, errores, falsas informaciones, prejuicios, etc. De esa manera, se pueden establecer vínculos especialmente sólidos. Igualmente habrá de ser especialmente sincero en lo que respecta a los efectos adversos de la quimioterapia, radioterapia y demás tratamientos.

Por otra parte, no hay que olvidar que el *conocimiento es el mejor antídoto contra la ansiedad* y que ésta se extiende rápidamente al ambiente familiar del paciente, alimentando en un circuito en «feed-back» la ansiedad y el estrés del paciente. Un comentario simple acerca de alguna inquietud o molestia del paciente como: «sí, es posible que en algunas circunstancias note algunas náuseas, pero tenemos medicamentos excelentes para poder controlarlas», siempre es mucho mejor que decir «no tendrá nunca ningún problema con el tratamiento de quimioterapia». En este supuesto, los síntomas aparecerán y, en consecuencia, habremos desencadenado la desconfianza, inseguridad y soledad del paciente.

De otro lado, la comunicación habrá de resolver el problema de la *culpabilidad* del paciente y de los familiares. En efecto, muchos familiares se sienten abrumados por la culpabilidad cuando descubren que un ser querido tiene cáncer. Rememoran en sus vidas intentando encontrar una explicación a lo que ha sucedido (un disgusto, un desaire, un conflicto, un estilo de vida, etc.). Tal vez piensen que podrían prevenir la enfermedad intentando convencer aún más al paciente para que dejara de fumar, por ejemplo; es posible también que se pregunten, ¿Por qué no me ha tocado a mí?

Abrumados por la intensidad del sentimiento de culpabilidad, es imprescindible conseguir que la familia hable sobre este tipo de sentimientos con el fin de neutralizar dicho sentimiento. Asimismo, es conveniente tratar de explicar a todos los familiares implicados que en el proceso de esta enfermedad intervienen múltiples factores (unos perfectamente conocidos y otros desconocidos).

Poco a poco, los familiares habrán de ser conducidos al momento presente, a lo que está padeciendo el paciente, a lo que está sufriendo y a lo que está necesitando. Aquí es significativo señalar que el médico y la enfermera intensificarán sus esfuerzos para conseguir el pleno apoyo terapéutico de la familia. En la comunicación y explicación, el médico y/o enfermera habrán de esforzarse por preparar a la familia en razón a posibles cambios en el estilo de vida. Tendrán que interrumpir sus rutinas habituales a causa de las visitas al hospital. El hospital puede ser agotador y su permanencia en él puede ser realmente extenuante. También deberán encargarse de la atención y cuidados del paciente, no sólo en el hospital, sino también en su casa. Además, habrán de hacerse cargo (en parte) de las tareas que realizaba previamente el paciente.

Aparecen conflictos importantes en la familia; por un lado la necesidad de estar junto al paciente y, por otro lado, la obligación de estar cerca de otros miembros familiares que también les necesitan. El médico y la enfermera también habrán de orientar y asesorar a la familia adecuadamente para evitar conflictos que podrían desmembrarla o resquebrajarla. Este tipo de cuidados y de descansos se mantendrán a pesar de las apariencias. Es relativamente frecuente que los familiares simulen su miedo y su tristeza y se muestren como auténticas rocas, indestructibles. Sin embargo, es necesario permitirles expresar sus preocupaciones y estimularles en la comunicación, para que puedan mostrarse tal y como son, con naturalidad. Sin duda una represión de los sentimientos puede llegar a producir desequilibrios psíquicos importantes (depresión, trastornos del sueño, trastornos de angustia, etc.)

Los problemas de comunicación se pueden intensificar durante el tratamiento como consecuencia de los efectos adversos (erupciones cutáneas, náuseas, vómitos, fatiga y escalofríos violentos y convulsivos). Por supuesto, la farmacoterapia tiene un papel esencial para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente. Pero, sin duda, los aspectos de comunicación van a ser muy relevantes para tratar de neutralizar los desequilibrios psíquicos originados por los propios tratamientos (radioterapia, quimioterapia, exploraciones dolorosas, etc.).

La administración oportuna de antieméticos puede contribuir a minimizar las náuseas y vómitos, que son probablemente, los efectos adversos más inquietantes para el paciente y su familia. A través de la comunicación podemos conseguir que los familiares vayan asimilando una actitud terapéutica adecuada responsabilizándose de determinadas tareas (utilización de lociones y cremas para los exantemas, aplicación de compresas frías para los casos de fiebre, etc.). Esta participación progresiva hace que los familiares se sientan más útiles y se encuentren en disposición psicológica adecuada para poder ayudar a los pacientes.

La comunicación (formativa, educativa, explicativa, afectiva, etc.) tiene una función igualmente importante para el control del dolor asociado indefectiblemente al proceso evolutivo de la enfermedad. El ver a un ser querido quejándose de dolor sin poder realizar nada supone un desgaste psicológico muy importante. La sensación de frustración, de impotencia, de cansancio, de fatiga, etc., aparece irremediamente y ello se traduce en conductas inoperantes para solucionar el problema planteado (agresividad, irritabilidad, tristeza, angustia, apatía, etc.). Es necesario explicar de la mejor manera posible las posibilidades de control del dolor, asegurando a la familia que no se va encontrar sola en estos trances, que va a tener una comunicación directa y rápida cualquier día de la semana. Quizás sean necesario cambios en la medicación analgésica o en su dosificación. Involucrar a la familia en la ayuda y colaboración con el paciente es un objetivo básico para el alta hospitalaria. Algunos familiares pueden administrar inyecciones subcutáneas (en circunstancias determinadas, incluso, pueden manejar bombas de analgesia controladas por el enfermo).

Existe, por otro lado, un problema que puede dificultar la comunicación con el médico y/o enfermera. Me refiero al «*paciente ideal*», es decir, un tipo de paciente que no se queja, que no protesta, que se somete fácilmente a las decisiones facultativas, que no ponen ninguna pega en las exploraciones dolorosas (aspiración de médula ósea, extracción sanguínea, biopsia, etc.), que dice que se encuentra muy bien, que no plantea problemas en la alimentación, medicación, etc.). Es curioso que



el propio sistema hospitalario refuerce este tipo de conductas inadaptadas y poco positivas para el tratamiento y recuperación del enfermo. Es posible que el médico y/o enfermera no hayan captado suficientemente, profundamente, que el mensaje es radicalmente distinto: «me duele mucho, no soporto ni una inyección más, tengo mucho miedo, por favor déjenme en paz, no quiero continuar con este sufrimiento, etc». El paciente, no obstante, reacciona de esta manera para satisfacer el narcisismo del médico. Esta conducta negativa de rechazo y represión del dolor puede durar meses y/o años, pero en un momento dado, se va producir un derrumbamiento psicológico acompañado de reacciones conductuales catastróficas paradójicas con su perfil psicológico habitual.

La comunicación en el aspecto afectivo y sexual con su cónyuge debe de ser valorada muy positivamente. A menos que el paciente haya sido sometido a cirugía reciente o presente inmunodepresión la actividad sexual debe de mantenerse. Existen miedos y tabús que deben de ser modificados a través de una adecuada comunicación (una sincera comunicación). Naturalmente, en el hospital la intimidad es muy limitada y en casa se evita el sexo debido a creencias del paciente y del cónyuge en el sentido de que el mantenimiento de las relaciones sexuales son negativas para su enfermedad. Sin embargo, desde el punto de vista de su recuperación y/o contención del proceso neoplásico, la sexualidad supone una satisfacción personal, un mecanismo profundo de comunicación, una seguridad en «sí mismo» y una buena expectativa de enfrentamiento y de lucha contra la enfermedad. Así, pues, el desarrollo de la sexualidad generan mejor estado psicofísico en el paciente. Evidentemente, la libido se ve disminuida o anulada como consecuencia del dolor implícito al crecimiento tumoral o también debido a la fatiga secundaria producida por la quimioterapia o la radioterapia. Asimismo, el miedo a una hemorragia, una infección, etc., debilita la libido y la apetencia sexual.

El mantenimiento de la comunicación con el paciente en todas las dimensiones psicológicas posibles, refuerza inequívocamente la *esperanza del paciente en el sentido de que con la ayuda de todos puede vencer al cáncer*. La aparición de una posible recaída supone un debilitamiento de los mecanismos de defensa psicológicos tanto en los pacientes como en la familia. La recaída supone un nuevo replanteamiento psicosocial, siendo especialmente importante reforzar los dispositivos y estrategias de apoyo (grupos de apoyo, intervención psicoterapéutica, etc.). En este momento, puede aparecer la fatiga, el cansancio, etc. Hemos luchado mucho: ¿para qué? Al final no ha merecido la pena, ya no tenemos ganas, ya no hay fuerzas ¿qué podemos hacer?

Naturalmente, ante esta situación, debemos de tratar de restablecer la situación psíquica anterior ¡todavía es posible!, ¡aún se pueden hacer muchas cosas!, ¡merece la pena luchar!, etc. Es posible que los familiares hayan olvidado sus propias necesidades afectivas y emocionales hasta el punto de producirse el agotamiento emocional completo. Una vez más advertimos la necesidad de «cuidar» psicológicamente a los familiares implicados (cónyuge, hijos, etc.) en el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, los ingresos económicos se resienten; quizá el compañero tenga que realizar algún trabajo extra para poder aminorar los cuantiosos gastos que genera todo el proceso de la enfermedad. Los planes de posibles ayudas económicas deben de ser conocidos y explicados a los familiares del paciente, sobre todo, cuando la economía de la familia es muy precaria y peligran otros objetivos básicos de la propia familia (educación de los hijos, vivienda, gastos corrientes, transportes, etc.).

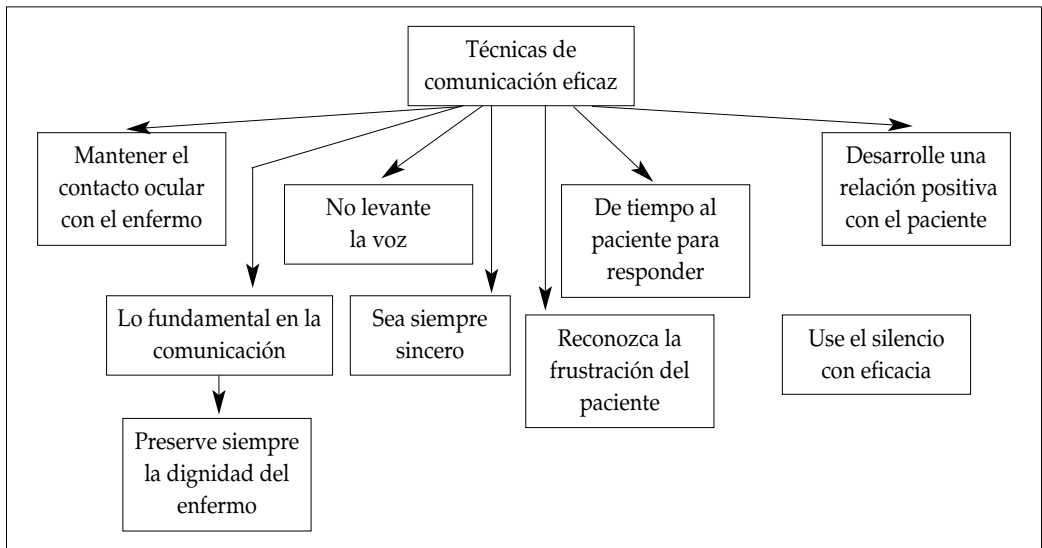
El fracaso de todo un plan terapéutico con todo lo que implica puede provocar la ira y la cólera en los familiares y en el propio enfermo. Tal reacción conductual puede ir dirigida perfectamente contra médicos y enfermeras. Ellos son vistos como los auténticos culpables de este nuevo fracaso. Tal vez piensen que todo su esfuerzo y dedicación ha sido vano, no ha tenido sentido (se sienten posiblemente engañados). Sin embargo, tenemos que decir que la comunicación con el enfermo oncológico adquiere a veces esta coloración especial a través de la cólera. Es el fracaso personal y familiar; es la pérdida de toda expectativa de futuro; surge una situación emocional de rabia cuya expresión más frecuente es la cólera. Pero no es una cuestión personal, es importante dejar evacuar este tipo de sentimientos y/o emociones (no van dirigidos contra el médico); se trata de un estado anímico coyuntural que ha de remitir y el médico ha de seguir estando a su lado, comprendiendo su dolor y desesperación. El médico está con él en la lucha contra la enfermedad, generando una disposición anímica más saludable que le permita de nuevo enfrentarse a ese importante reto, incluso sabiendo que se va a perder.

Conforme se acerca la muerte -en el supuesto de que el proceso sea realmente irreversible- la comunicación con el paciente y con la familia sigue siendo igualmente importante y no debería disminuir ni en cantidad ni en calidad. La dignidad del paciente se mantiene hasta la misma muerte. Los cuidados paliativos anuncian que se renuncia a cualquier proceso terapéutico. Desde el punto de vista de la comunicación, es necesario insistir a la familia que no se trata de un «abandono» y que su ser querido seguirá teniendo idénticos cuidados. Si el paciente quiere morir en casa es necesario que esté cubierto todo el programa de cuidados terminales a domicilio. Quizás la familia tenga que colaborar en la oxigenoterapia y en otro tipo de cuidados especiales. Pero, al mismo tiempo, se deberá asegurar que los familiares podrán acceder al equipo de cuidados de salud durante las 24 horas del día en el supuesto de que surja alguna emergencia.

Así mismo el médico debe explicar a la familia que podrán disponer de la atención hospitalaria si llegan a la conclusión de que la asistencia domiciliaria es imposible y excesivamente abrumadora. Habrá que verificar que se dispone de suficiente medicación analgésica, que se administra correctamente y que la alimentación y los líquidos son adecuados. Regular los hábitos intestinales, evitar el estreñimiento, etc., también constituyen algunos aspectos esenciales en el cuidado del enfermo.

Es posible, asimismo, que los familiares quieran conocer como se producirá el óbito. Se les puede explicar como la respiración se irá enlenteciendo paulativamente, como sus manos se volverán frías y cómo perderá la capacidad de respuesta. Son importantes las preguntas, a pesar de que pueden tener miedo a formularlas. En este proceso final de la vida, el apoyo psicoafectivo sigue siendo especialmente importante para tratar de disminuir el impacto de la «pérdida del ser querido». Una gran parte de personas van a experimentar situaciones depresivas más o menos intensas que requerirán todo tipo de ayuda afectiva y emocional. La comunicación no debería desaparecer después del fallecimiento sino al contrario; muchos familiares afligidos desean hablar largamente con usted sobre esta experiencia extraordinaria tan penosa, pero simultáneamente, extremadamente enriquecedora para nuestra personalidad (Fig. 4).

En fin, cuidar a pacientes oncológicos forja una conexión íntima entre el médico y los miem-



**Figura 4.** Comunicarse eficazmente con los pacientes (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

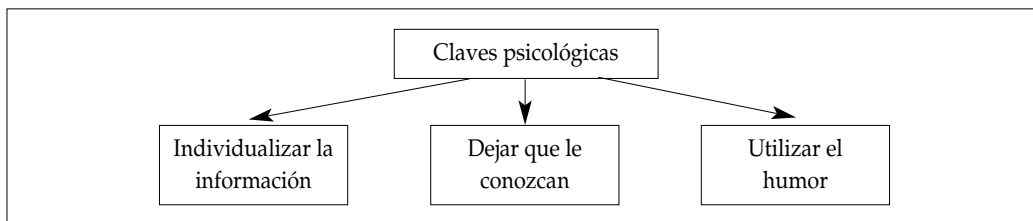
bros de la familia; es importante no olvidar a lo largo de todo el proceso sus necesidades emocionales y de comunicación. Esta sensibilidad en el plano de la comunicación y de la comprensión permitirá siempre al médico anticiparse a sus preguntas y preocupaciones permitiéndoles sentirse apoyados en unas circunstancias en que se encuentran especialmente estresados, ansiosos y confusos. El esfuerzo no será vano, habrá constituido una experiencia altamente humanista en la que el médico se reconcilia con su auténtica función, la entrega a sus pacientes.

## LA VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL ENFERMO ONCOLÓGICO

Hemos dicho al principio y de forma reiterada que vivimos la era de la deshumanización en todos los ámbitos de la vida (profesional, educativo, médico, laboral, etc.). En el hospital existen numerosos factores que lenta y progresivamente van produciendo este fenómeno de «deshumanización» que supone un atentado psicológico para el paciente y que produce también un inevitable sentimiento de fracaso en la atención del médico y/o enfermera.

La masificación de los pacientes, la sistematización del trabajo, la desmotivación profesional entre médicos y enfermeras, los procedimientos rutinarios, etc., llegan a «codificar» al paciente, le convierten en un banco de pruebas en el que se realizan múltiples intervenciones o cuidados sin llegar a conocerle, sin saber como se llama, sin respetar su intimidad y dignidad.

Estos y otros aspectos pueden alejarnos de la perspectiva integral (global) «biopsicosocial» de atención al paciente, lo cual conlleva una importante frustración para el enfermo. Sin embargo, el enfermo es el auténtico protagonista de nuestro trabajo, a él nos debemos en cuerpo y alma y es



**Figura 5.** Claves psicológicas para reducir la distancia con el paciente (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

precisamente, la formación en comunicación, en habilidades psicosociales y en procesos psicológicos la que puede devolver al enfermo su auténtico protagonismo y al médico su orgullo de realizar una actividad que no puede ser comparada a nada (Fig. 5).

La poca formación existente en lo que se refiere a la preparación psicológica y, más específicamente, en cuanto a la comunicación con el paciente, explica que la consecución de la «humanización» en el hospital y en la asistencia sanitaria en general, sea un objetivo difícil de conseguir. Probablemente médicos y enfermeras en este entramado psicosocial que hemos descrito anteriormente desconocen la trascendencia de los efectos tan beneficiosos que se pueden conseguir con la práctica integral de la comunicación con las personas que se encuentran a su cuidado.

La importancia de la comunicación viene dada porque es un hecho demostrado que la salud y la longevidad dependen del fortalecimiento de nuestros vínculos con los demás. Muchos autores, particularmente Spitz, pusieron de manifiesto la importancia de la comunicación y de los vínculos afectivo-emocionales en la relación «madre-hijo» desde los primeros instantes del nacimiento. Obviamente, con el desarrollo biológico, la comunicación sigue siendo igualmente trascendental en la salud y en la enfermedad.

Una vida social plena y gratificante puede alimentar la mente perfectamente, manteniendo al individuo integrado y desarrollando su concepto personal de «autoestima». La comunicación, en todos los ámbitos de la vida, es símbolo de salud y de equilibrio personal, de madurez del YO.

Un estudio realizado por Berkman (1974) en California con una muestra de más de 7.000 personas puso de manifiesto que las tasas de mortalidad entre quienes tenían muchos vínculos sociales eran hasta tres veces más bajas que entre las personas que vivían solas. Otro estudio posterior realizado por Tecumseh (1984) en la Universidad de Michigan demostró igualmente la importancia de los vínculos sociales y de la comunicación en la salud, concretamente en el parámetro tasas de mortalidad. En este estudio, la tasa de mortalidad de los individuos con mayor número de contactos sociales era de dos a cuatro veces menor de quienes carecían de una red de apoyos sociales.

De forma sensata no podemos comparar un contexto sociocultural determinado (las poblaciones donde se han hecho los estudios) con un servicio oncológico o cualquier otra unidad de hospitalización, pero si podemos aplicar los resultados obtenidos para comprender la necesidad de comunicación que tiene el ser humano, más intensamente, cuando se encuentra padeciendo una enfermedad de pronóstico grave y, además, se encuentra ingresado en un hospital.

En la teoría de las necesidades de Maslow aparecen después de las fisiológicas, la seguridad, el amor y pertenencia, la autoestima y la realización. Evidentemente, en todas las necesidades superiores, interviene decididamente la comunicación. Pensemos, por ejemplo, en el amor tan importante para la persona en esas condiciones críticas ante la enfermedad grave y la muerte. Es más, el amor es comunicación perfecta y cuando mantenemos una comunicación edificante y fructífera no estamos sino reforzando las necesidades de *seguridad psicológica, pertenencia y autoestima*.

Pero, además, no estamos obteniendo únicamente efectos psicológicos con la praxis de la comunicación; existen efectos fisiológicos especialmente nocivos con la soledad que podrían hacer al paciente oncológico más vulnerable ante la presión tumoral incesante. La soledad afecta negativamente al sistema inmunológico humano y nos hace más susceptibles a las enfermedades humanas y, precisamente, en los hospitales los enfermos crónicos sufren grandes dosis de soledad e incomunicación.

La soledad que experimentan algunos pacientes se asocia a sensación de vacío, angustia y dolor. Ante esta experiencia psicológica profunda el enfermo oncológico elabora cada vez más defensas cognitivas y emocionales de carácter reactivo tales como: tristeza, desvitalización, ensoñación, onirismo, deformación de lo cognitivo, silencio, indolencia, hastío, nihilismo, incomunicación, conductas de oposición y negación, etc.

En el medio hospitalario ocurre frecuentemente un fenómeno de *desenraizamiento psicológico*, según la terminología de Rodríguez Sacristán (1992). Se caracteriza porque a medida que avanza la enfermedad se produce la ruptura de las vías de comunicación. Vacío, angustia y tiempo son los tres ejes sobre los que se apoya el psiquismo humano afectado de una enfermedad grave. La soledad del enfermo oncológico se expresa frecuentemente en forma de tristeza con un estilo reactivo caracterizado por la disminución de expectativas, el descenso del dintel de tolerancia a las frustraciones y las cogniciones, la vivencia de inferioridad, inseguridad y culpabilidad; todo ello da un substrato de angustia sobre el que se organiza e implanta la tristeza. Entonces, puede vivir la angustia existencial propia de las cogniciones depresivas, de tal suerte, que las vivencias de tristeza pueden ser tan fuertes que llegan a provocar una soledad metafísica.

Rodríguez Sacristán (1992) afirma que un ejemplo tipo de soledad no ética es la soledad *escolástica ante la muerte*. Continúa Rodríguez Sacristán, la muerte nos llega por experiencia externa e intelectual y no primariamente afectiva. La muerte es pórtico de soledad; el paciente necesita una elaboración anticipadora que es básicamente «protofantasía», que termina cristalizando en algo más emocional: el sentimiento ante la muerte.

Así pues, en el paciente oncológico ingresado en el hospital durante mucho tiempo aparece frecuentemente vivencias de «vacío-angustia» que se relacionan con el espacio cerrado, con el hospital con la enfermedad, con el sentimiento de tristeza, con la desesperación, con la desvitalización y con la idea de la muerte. Por eso es muy conveniente desplegar todos los ámbitos de la comunicación (verbal y no verbal) con el fin de romper los muros que guardan la soledad del paciente.

La respuesta típica del paciente con cáncer ante la soledad, la falta de expectativas y la escasez de comunicación es una profunda sensación de desesperanza, una respuesta de «darse por vencido». Esta respuesta psicológica también es el «caldo de cultivo» adecuado para que se reactiven

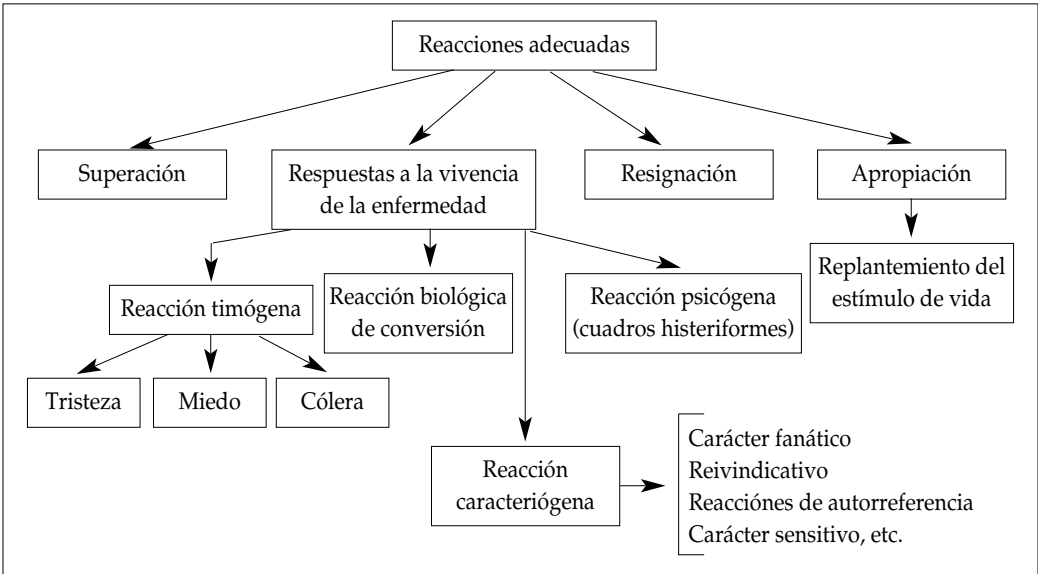


FIGURA 6. Reacciones psicológicas a la enfermedad adecuadas y convenientes (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1995).

los problemas patológicos a nivel celular y, subsecuentemente, aumente la proliferación celular (producción de células «asesinas»). La comunicación, por el contrario, sirve para romper esa estructura acorazada de la personalidad del enfermo dominada por la angustia y la soledad; es una vía de escape para el estrés y las tensiones emocionales, por ello, siempre que sea posible una nota de buen humor está perfectamente indicada para romper esa estructura rígida de la personalidad dominada por la tensión emocional, la angustia, la tristeza, la desesperanza y la soledad (Fig. 6).