

# XI

## FÓRMULAS PARA EVITAR LOS ERRORES DE LA COMUNICACIÓN: RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

---

J.A. Flórez Lozano

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

*«Tanto la precisión como la certidumbre son ideales falsos. Son imposibles de alcanzar y... debería renunciarse a ambas. No se debería nunca intentar ser más preciso de lo que requiere la situación del problema»*

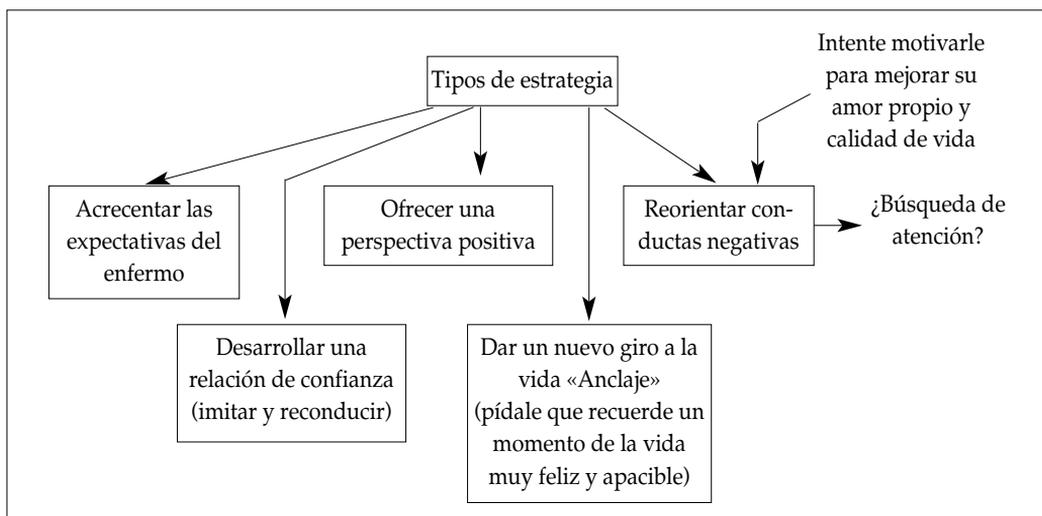
**Karl Popper**

### INTRODUCCIÓN

En los procesos de comunicación, como hemos visto, intervienen un gran número de componentes, algunos conocidos y otros totalmente ignorados que dificultan o perturban intensamente los contenidos de la comunicación, haciendo que finalmente aparezcan errores que se traducen en disfunciones psíquicas para el paciente.

Los diversos elementos de la comunicación (actitud corporal, mirada, silencio, palabra, contacto manual, ambiente, relación instrumental, etc.), condicionan enormemente el flujo de la comunicación, ya que generalmente actúan la integridad de todos los factores de la comunicación. Estos elementos no siempre tienen la misma importancia, sino que unos son protagonistas en ese momento de la comunicación; los demás factores (resto del cuerpo) se sitúan en un segundo plano y, finalmente, hay que tener en cuenta también las circunstancias espaciales y temporales en que transcurre la comunicación.

Cualquier elemento fundamental como es, por ejemplo, la mirada tiene múltiples perspectivas y significados (efusiva, abierta, protectora, inquisitiva, exigente, desafiante, indecisa, etc.). Naturalmente es fácil pensar que si controlamos todos estos instrumentos de la comunicación, la posibilidad de cometer un error en la trasmisión de mensajes es muy elevada.



**Figura 1.** Estrategias psicológicas para intentar un cambio de actitud Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

En determinadas circunstancias, particularmente, en los enfermos oncológicos, la situación anímica interviene en la percepción de los mensajes y, al mismo tiempo, dicha percepción, simultáneamente, influye en la situación emocional y afectiva del enfermo. Muchas de éstas comunicaciones tienen el sentido fundamental de mitigar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente. Pero como ya hemos dicho, los errores en la transmisión de mensajes pueden tener precisamente el efecto contrario (Fig. 1).

En las situaciones en las que se encuentran frecuentemente estas personas (dolor, náuseas, sequedad de boca, somnolencia, etc.), las posibilidades de «errar» son tremendas, entre otras cosas porque su ansiedad y/o angustia intervienen ostensiblemente en la comunicación tergiversando los mensajes. El paciente oye lo que dice el médico pero percibe lo que quiere oír. Muchas veces, ante este grado de complejidad, el médico quiere zafarse totalmente de las preguntas incómodas del paciente utilizando para ello un lenguaje propiamente académico. Así, por ejemplo, el médico dice: «verá Vd. la biopsia indica la presencia de un hepatocarcinoma que compromete las funciones metabólicas, por lo tanto, vamos a continuar con la quimioterapia para destruir las células malignas». Naturalmente este lenguaje ampliamente extendido produce un bloqueo casi total de la comunicación.

En otras ocasiones, puede existir simplemente una interferencia emocional en el plano de la comunicación. El médico y/o enfermera no han sido capaces de establecer ese nivel profundo de interacción sobre el que se asienta la confianza terapéutica. Estos aspectos emocionales (a veces inconscientes; por ejemplo, la hostilidad, la culpabilidad, etc.) actúan negativamente en el plano de la comunicación. De hecho, detrás de muchos errores médicos se encuentra la hostilidad (hacia el enfermo o consigo mismo). Determinados pacientes por sus características personales (mala higiene, malos olores, pacientes agresivos, desconfiados, reivindicativos, indulgentes, etc.) pueden generar un estilo de comunicación que se traduce en múltiples errores. Tal vez, la «hostilidad»

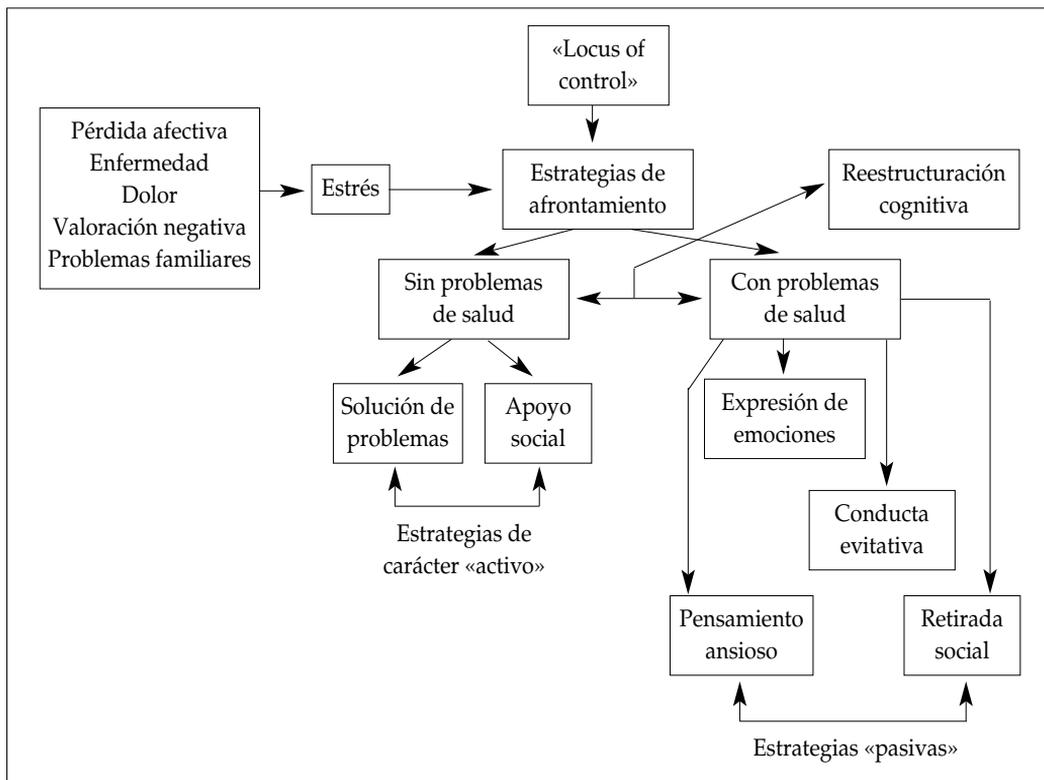


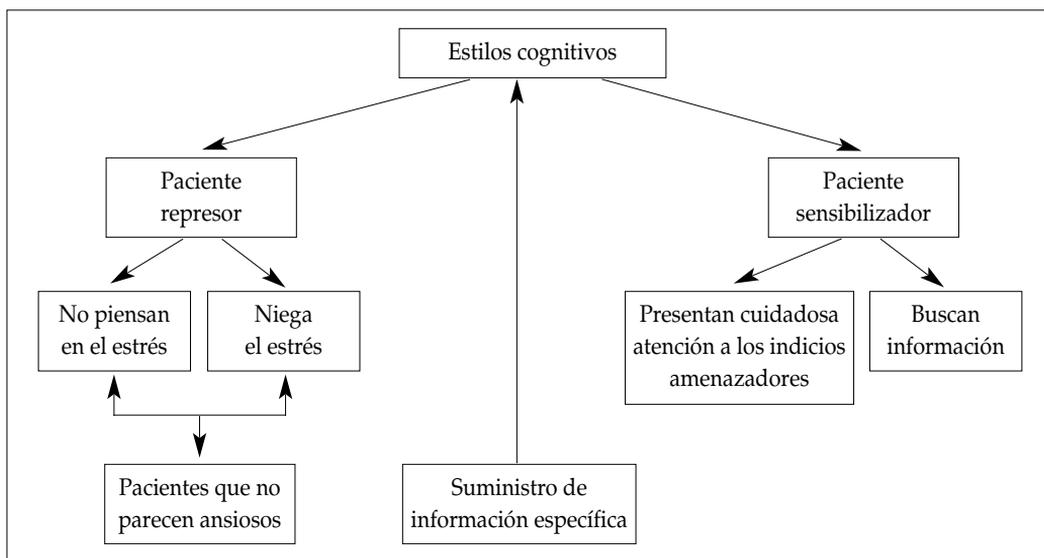
Figura 2. Posibles estrategias de afrontamiento al estrés (Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

sea el sentimiento más traidor para el médico porque no es asumible de ninguna manera. Reconocerlo sería tanto como enfrentarnos a los ideales que presiden el quehacer médico (entrega, vocación, ética, comprensión, etc.) (Fig. 2).

Precisamente, esta agresividad se puede traducir en una disminución de la comunicación de todo tipo, en un aumento de la medicación (para que no moleste más), en poca dedicación, falta de cuidados esmerados, etc. Pero además, nos encontramos muchas veces con expresiones paraverbales que se sitúan entre la palabra y el gesto y que expresan situaciones emocionales diversas (suspiros, sílabas entrecortadas, etc.) que dificultan enormemente la comunicación.

Por otra parte, el enfermo acosado por una sintomatología muy adversa puede refugiarse en un mecanismo de «negación» (a pesar de los síntomas evidentes), con el fin de neutralizar el miedo y la ansiedad. Este «encubrimiento» psicológico también puede explicar fácilmente los errores de la comunicación.

Para muchos médicos la relación con pacientes graves o moribundos se hace especialmente difícil; esta situación puede suponer una carga abrumadora. Sin embargo, su mera presencia significa *aceptación y reconocimiento* en un momento en que los enfermos se sienten solos y abandonados. Para empezar esta comunicación es fundamental sentarse junto al paciente y *preguntarle si tiene ganas de hablar*. Nos puede sorprender cómo muchos pacientes agradecen esta oportunidad, es-



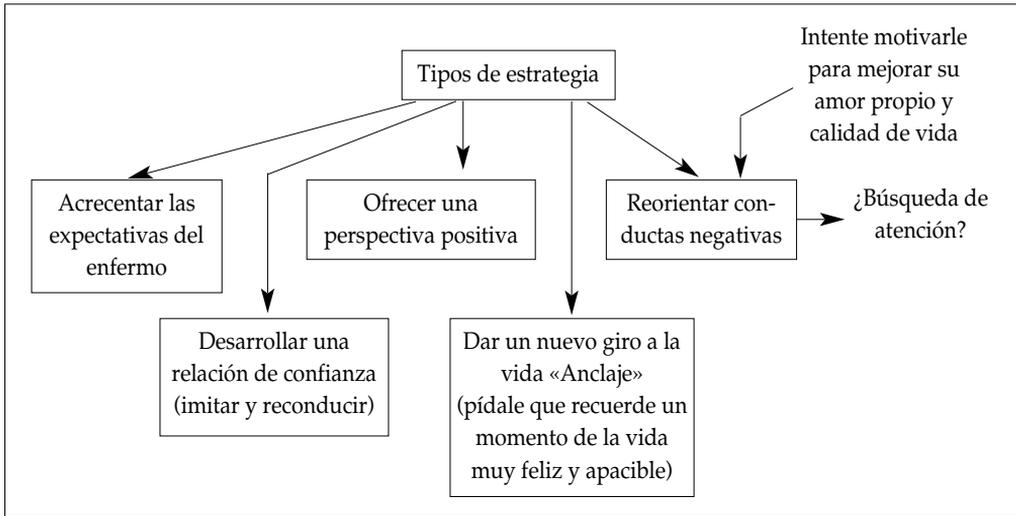
**Figura 3.** Estilos de afrontamiento del paciente ante el estrés de la enfermedad.

ta circunstancia de la comunicación. Por ejemplo, puede pedírsele que se le enseñe el album de fotografías familiares; esto da al paciente la oportunidad de revisar su vida y rememorar sus días más felices.

No todos los pacientes sienten la necesidad de hablar, pero la totalidad quieren (y necesitan) comunicarse para expresar sus miedos, esperanzas y creencias. La sinceridad del médico, su compasión, su respeto y generosidad pueden ser las armas más importantes para mantener ese nivel profundo de interacción social.

En algunos casos, la situación «fatalista» y el «estrés» que experimenta el paciente interfiere ostensiblemente en la comunicación. Igualmente los «mecanismos de defensa de la personalidad» impiden que el paciente cumpla su tratamiento y permiten que se «niegue» a aceptar la gravedad de su enfermedad. Puede que el paciente y la familia «utilicen» la enfermedad para estabilizar una relación difícil. Todos estos factores psicológicos conscientes e inconscientes afectan la interacción «médico-paciente», permitiendo la aparición de importantes «errores en la comunicación» (Fig.3).

A veces, en algunos pacientes, nos encontramos con una patología muy importante de la comunicación, más bien que con errores. En efecto, pueden aparecer ideas delirantes (persecutorias, grandiosas, religiosas, etc.) como consecuencia de ciertas afectaciones cerebrales. Ocasionalmente el lenguaje se encuentra totalmente desorganizado, incluyendo neologismos que perturban ostensiblemente la comunicación eficaz. En los delirios orgánicos inducidos por metástasis cerebral, el paciente, por lo general, padece desorientación témporo-espacial, malinterpreta lo que se le pregunta, tiende a confundir a las personas y, frecuentemente, sufre alucinaciones visuales e ilusiones. El médico puede interpretar equivocadamente el significado de ciertas actitudes o no comprender la acepción de ciertas palabras o tomar en sentido literal expresiones figuradas o viceversa.



**Figura 4.** Estrategias psicológicas para intentar un cambio de actitud Prof. Flórez Lozano, J.A., 1996).

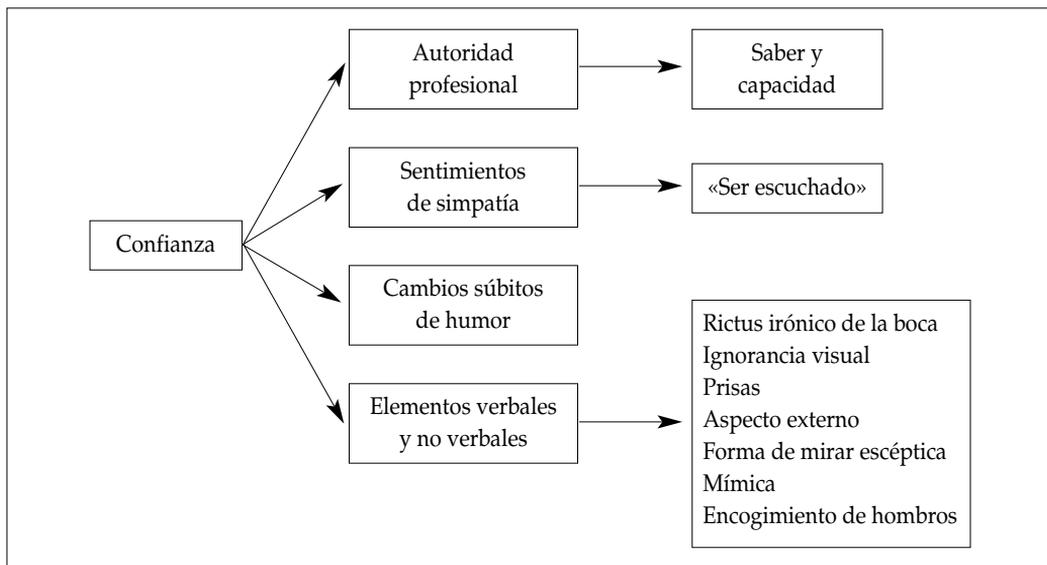
Probablemente el análisis personal y la autorreflexión, nos da luz para conocer la frecuencia, el origen y las circunstancias de los errores en la comunicación. No es psicológicamente adecuado creer «yo nunca me equivoco» porque incluso este pensamiento impide realmente estudiar, analizar y conocer los errores de la comunicación y, en consecuencia, no podríamos alcanzar un mejor nivel de atención al paciente oncológico.

*Escuchar activamente* es, sin duda, la fórmula magistral para evitar el mayor número posible de errores en la comunicación. Pero al mismo tiempo y, en este aspecto, quiero insistir, se trata de una técnica esencialmente humanista que constituye el principio básico de la *terapia centrada en la persona* (Rogers, 1980). El médico y/o enfermera que practican esta técnica en pacientes con cáncer pueden observar la mayor satisfacción de los mismos. Desgraciadamente, muchos profesionales sanitarios no «informan» a sus pacientes y, mucho menos, escuchan. McIntosh (1974) ha realizado numerosos trabajos de investigación sobre esta problemática.

Sobre el deseo y la tenencia de información acerca de la enfermedad que sufren los pacientes, se ha comprobado que enfermos desean saber; prefieren ser informados antes que permanecer en la ignorancia (McIntosh, 1974). Pues bien, *la escucha activa*, también es un medio de comunicación. Los terapeutas que practican esta técnica centran su atención en las autopercepciones conscientes del paciente más que en sus propias interpretaciones como terapeuta.

En este proceso de «*escucha activa*» el médico y la enfermera «*escuchan*» sin juzgar ni interpretar. Lo fundamental es que se abstengan de orientar al paciente hacia ciertas percepciones. Esta estrategia se denomina «*terapia no directiva*» precisamente porque se «*centra*» en la persona y, en modo alguno, dirigimos al paciente hacia ciertos campos de su vida psicológica. El paciente, en este sentido, tiene absoluta libertad para manifestarse y expresar sus sentimientos y/o angustia lo cual, de alguna forma, supone un alivio psicológico importante.

Cuando el médico y/o enfermera permiten que el paciente se sienta aceptado incondicional-



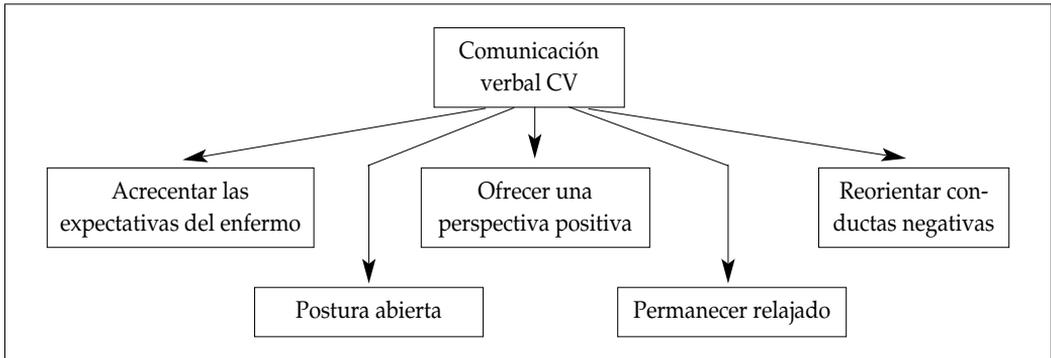
**Figura 5.** Aspectos psicológicos de la «confianza» con el paciente.

mente les ayudamos también en su autocomprensión y autoaceptación. Cuando escucho realmente a una persona o a un paciente sintetizo los significados que son importantes, escucho no sólo sus palabras sino al individuo mismo (en su integridad psíquica). Cuando hacemos saber al paciente que hemos oído sus propios e íntimos significados personales suceden muchas cosas. Ante todo una mirada agradecida, el paciente recobra su libertad; él es el auténtico protagonista, el único realmente responsable y, por supuesto, más importante que su enfermedad (Fig. 4).

A menudo, podemos observar que cuanto más profundamente podemos *escuchar* más cosas suceden. Casi siempre, cuando una persona advierte que ha sido escuchada atentamente se le humedecen los ojos; en un sentido real, probablemente lllore de alegría. Es como si se dijese: ¡por fin alguien me ha escuchado!, ¡alguien sabe lo que significa ser como yo!. Se produce entonces una profunda sintonía en todos los procesos de comunicación, consiguiendo poner orden en todos los elementos perturbadores de la psique humana. Al mismo tiempo, el médico y/o enfermera pueden sentirse muy satisfechos personalmente porque han encontrado que pueden hacer mucho más de lo que es habitual, de lo que la rutina de los procedimientos hospitalarios impone férreamente. El profesional sanitario, también vuelve a encontrarse consigo mismo (Fig. 5).

Por otra parte, *escuchar activamente* supone varios procedimientos que implican *repetir, reformular, buscar aclaración de lo que el paciente expresa y reconocer los sentimientos expresados*. El médico sólo debe de interrumpir al paciente para reformular y confirmar los sentimientos del paciente, para aceptar lo que el paciente está expresando, o para buscar algún tipo de aclaración. El médico puede llegar a sentirse infinitamente paciente y, además, se abstiene de formular juicios.

Teniendo en cuenta el análisis psicológico efectuado, parece fácil entender por qué se producen múltiples errores en la comunicación. En primer término, las señales no verbales pueden inducir fácilmente múltiples errores y/o dificultades; es decir hay que ser extremadamente cuida-

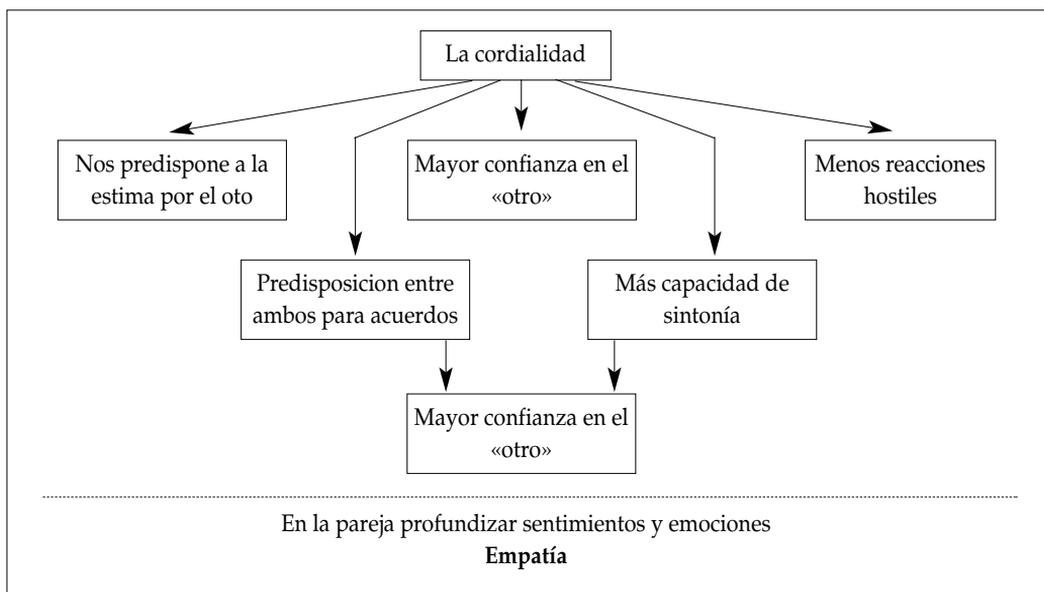


**Figura 6.** Formas específicas para apoyar la comunicación.

dosos en las expresiones, a través de las cuales, precipitadamente leemos múltiples mensajes y elaboramos erróneamente muchas conclusiones. En segundo lugar, la *semántica* también puede originar fácilmente dificultades en la comunicación, ya que una sola palabra o frase puede tener más de un significado. Por ejemplo, la frase «esto es tremendo», no necesariamente implica que se trata de un sufrimiento personal insuperable, o bien puede implicar todo lo contrario. En tercer lugar, la *falta de tiempo* es otro elemento fundamental inductor de errores muy importantes. Naturalmente con escaso tiempo no podemos captar los mensajes, los diversos canales de comunicación y, en consecuencia, surgen los errores (Fig. 6).

Otro factor que conviene subrayar es la *memoria*. Una revisión de los trabajos que se han ocupado de este problema, llevada a cabo por Ley y Spielman (1976), ha puesto de manifiesto que entre un 37% y un 52% de lo comunicado al paciente es olvidado transcurrido un intervalo de tiempo relativamente corto entre 10 y 80 minutos. Como es sabido en el ambiente hospitalario aparecen frecuentemente fallos en la memoria, errores muy importantes debidos al sistema hospitalario, múltiples datos informativos (incluso contradictorios), tratamientos farmacológicos, estrés, etc. En estas circunstancias, la memoria se debilita y el paciente comete errores, al igual que el médico. Así pues, muchos de los fallos de la comunicación son causados por simples problemas de comprensión y de memoria. En cuanto a la comprensión de los pacientes, Ley (1976) apunta tres factores que tienen que ver con dificultades de comprensión en los mensajes. En primer lugar, la dificultad del material; en segundo lugar la ausencia de conocimientos del paciente y, finalmente, la timidez del paciente. La *personalidad* constituye otro factor que desencadena muchos problemas en las relaciones interpersonales y, por supuesto, en la eficacia de la comunicación. La persona «tímida», lo cual es muy frecuente en la relación médico-paciente, tiene muchos problemas para poder entender y comprender lo que se le dice, no pregunta, no formula observaciones, no expresa sentimientos, etc. Este perfil de personalidad conlleva una falta de confianza en el paciente que le impide realmente pedir más información al médico y/o enfermera. Este bloqueo psicológico del paciente, conlleva también un cierto grado de temor explicable, posiblemente, en la relación disimétrica que se ha establecido con el paciente.

Por ello, es realmente importante poner de manifiesto estos rasgos de la personalidad para poder actuar correctamente frente a los pacientes. Posiblemente también, los problemas relativos a



**Figura 7.** Estilos de relación y comunicación. La cordialidad.

la inestabilidad emocional (tristeza, inhibición, agresividad, cólera, etc.), tanto en el médico como en el paciente, son la causa de numerosos errores e, incluso, impiden la comunicación eficaz. Igualmente, la ansiedad generada por la situación de la enfermedad suele acompañarse de incertidumbre, lo que le lleva a buscar indicios en el medio que le proporcionen pautas acerca de cómo se debe sentir en esa situación. En efecto, el estado de ansiedad supone una «hiperalerta» en su sistema de comunicación y de recepción que determina alteraciones de la atención y de la concentración. Los errores de comunicación en estas circunstancias psicofisiológicas especiales, son muy importantes; la comunicación es prácticamente inexistente porque fundamentalmente en el paciente domina la inquietud, el nerviosismo, la hiperactividad, la irritabilidad, la tensión muscular, etc.

Naturalmente, en estas condiciones, la *autoimagen* y la *autoestima* de estos pacientes suelen estar muy deterioradas; por ello es muy importante que el médico y/o enfermera puedan mejorar los aspectos positivos y adaptativos del paciente reforzando aquellos comportamientos que muestren una actitud positiva hacia la curación y representen unos logros mínimos en esta dirección (Figs. 7 y 8).

Como es sabido, un porcentaje significativo de pacientes oncológicos tienen la afectividad constreñida en el polo de la tristeza, manifestando además falta de interés en todas las actividades; al mismo tiempo, su cara es triste y con muchas «ojeras», al tiempo que presentan un bloqueo exhaustivo del pensamiento. Existe la posibilidad de que aparezcan además en el paciente sentimientos de separación, de pérdida, disolución incapacidad y/o abandono, con lo cual, los errores de comunicación siguen aumentando progresivamente (Fig. 9).

Por otro lado, un componente esencial en el análisis de este fenómeno es la capacidad del médico y/o enfermera para poder examinar la información y sintetizarla de forma comprensible. En

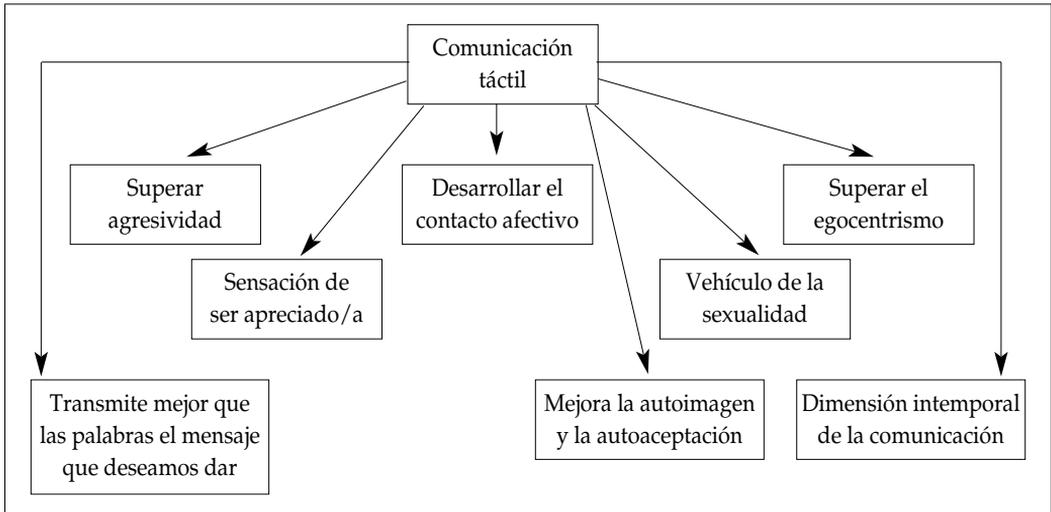


Figura 8. Aspectos psicológicos a conseguir en la comunicación táctil.

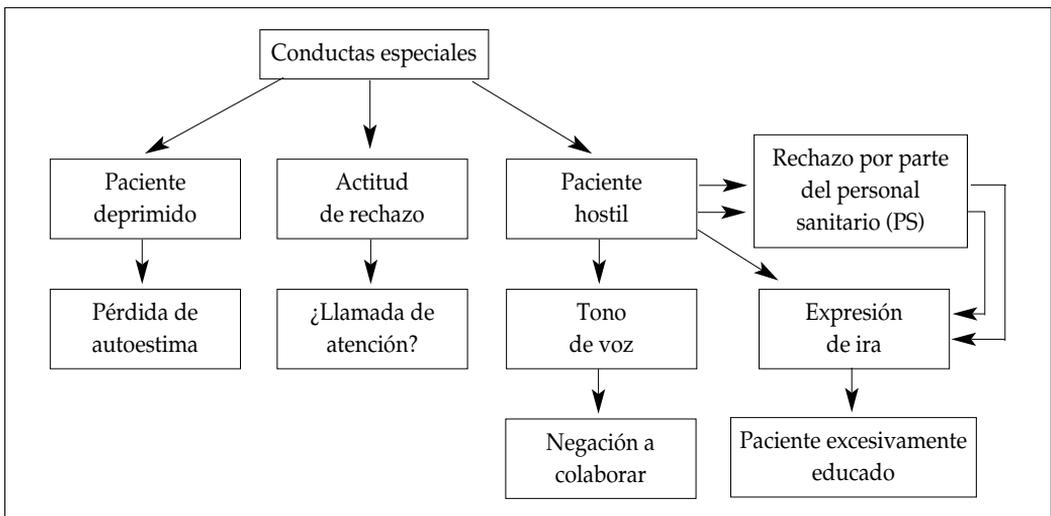
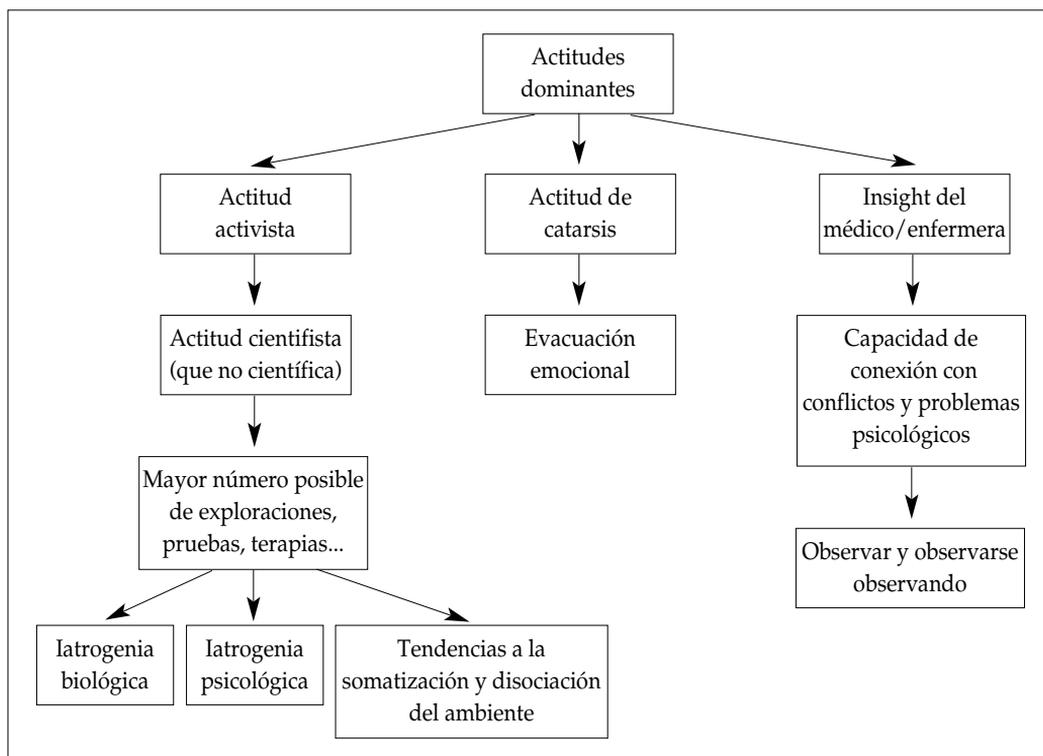


Figura 9. Conductas especiales más frecuentes que afectan al paciente.

ocasiones, también se puede afectar la relación terapéutica y la comprensión por las proyecciones inconscientes del médico hacia el paciente. El médico y/o enfermera que no ha resuelto completamente su relación con un progenitor puede llegar a experimentar diversos sentimientos (atracción, cariño, culpa, ira, etc.) que dificultan o entorpecen la comunicación. Estos sentimientos pueden determinar comportamientos terapéuticos inadecuados; así, podemos encontrarnos con el médico que se siente «obligado» a «salvar» al paciente como consecuencia del asombroso parecido físico o de conducta del paciente con su padre; puede llegar a realizar una «sobrecompensación» estableciendo perspectivas terapéuticas poco realistas.



**Figura 10.** Actitud psicológica del médico-enfermera en la práctica cotidiana.

En consecuencia, vemos que existen múltiples errores en la comunicación; por ello, es realmente imprescindible desarrollar una estrategia que debe de incluir tres etapas para aminorar esta problemática, intensificando especialmente la capacidad del «insight» del médico (Fig. 10).

Tres procedimientos, no necesariamente separados, permiten al médico asegurarse de la claridad de los mensajes. Dichos procesos tratan de conseguir una sistemática en la atención al paciente. Así, por ejemplo, en la fase de verificación tratamos de verificar y contrastar los mensajes recibidos: «has dicho que», «quieres decir exactamente que», «por lo tanto estás diciendo que»...

En la clarificación, como la misma palabra indica, tratamos de clarificar aún más la información recibida, realizando para ello más información y más explicación. El médico ha de conseguir estimular al paciente para que éste le formule las preguntas que desee relativas a cualquier contenido de su vida mental estrictamente relacionada al proceso de la enfermedad (Fig. 11).

Finalmente, en el *seguimiento*, perseguimos el cumplimiento de las decisiones adoptadas en las conversaciones y/o entrevistas personales. Se trata de decisiones relacionadas con la vida personal (dejar de fumar, práctica de ejercicios físicos, escuchar música, etc.), familiar y laboral. En este proceso de *seguimiento* realizamos un auténtico análisis de la conducta personal del paciente con el fin de reforzar aquellos aspectos más importantes para su salud y para su felicidad.

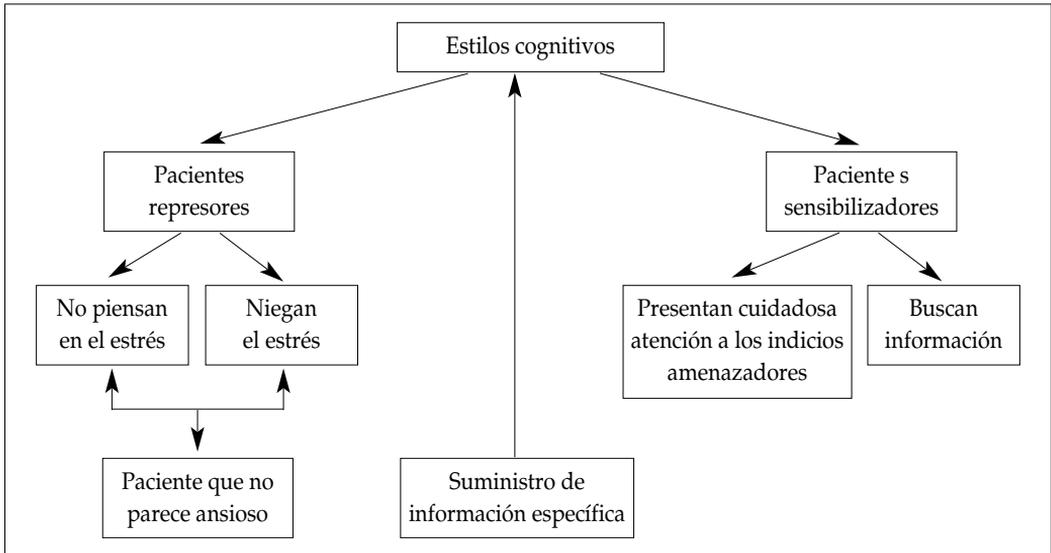


Figura 11. Estilos de afrontamiento de los pacientes ante el estrés de la enfermedad.

Sólo finalmente, con la paciencia, la preparación y una exquisita sensibilidad podremos mejorar la comunicación, disminuir los errores y mejorar la calidad asistencial al paciente, objetivo primero de nuestra asistencia sociosanitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McIntosh J. Process of communication, information seeking and control associated with cancer: a selective review of the literature. *Soc Sci Med (England)* 1974;8(4):167-187.
2. Argyle M. *Psicología del comportamiento interpersonal*. Alianza Editorial, Madrid, 1978.
3. Blondis M, Jackson BE. Non verbal communication between patients and medical practitioners. *J of Soc Issues* 1979;35(1):82-99.
4. Knapp ML. *La comunicación no verbal*. Edit. Paidós, 1982.
5. Nogales Espert A. La comunicación, una actividad fundamental en el trabajo de Enfermería. *Notas de Enfermería* 1991;1(6):37-48.
6. Laín Entralgo P. La relación «médico-enfermo». *Rev de Occidente*. Madrid, 1964.
7. Rodrigo Alsina M. *Los modelos de comunicación*. Edit. Tecnos, Madrid, 1989.
8. Soria Murillo. *Relaciones humanas*. Limusa, México, 1986.
9. Urraca Martínez S. El papel del médico y el paciente en la consulta. *Rev El Médico* 1986;187:68-73.
10. Reig Ferrer A, Rodríguez Marín J. Aspectos psicológicos del incumplimiento de las prescripciones terapéuticas y estrategias de modificación. *Enfermería Científica* 1985;39:20-26.
11. Hauss K. *Fundamentos de psicología médica*. Edit. Herder, Barcelona, 1982.

12. Recalde V. Enfermería y comunicación. *Rev Rol de Enfermería* 1994;**186**:41-42.
13. González Felipe MA, Arribas C. La comunicación no verbal y la investigación sobre la influencia de la misma en los cuidados de enfermería. *Enfermería Científica* 1985;**44**:18-22.
14. Miquel y Suárez-Inclán R. El tacto, psicoanálisis del quinto sentido. *Rev El Médico* 1991;**4**(5):84-90.
15. Ricci PE, Cortest S. *Comportamiento no verbal y comunicación*. Barcelona. Gustavo Gili, 1980.
16. Davis F. *La comunicación no verbal*. Madrid, Alianza Editorial, 1973.
17. Corrace J. *Les communications non verbales*. Paris, P.U.F., 1980.
18. Flórez Lozano JA. Aspectos psicopatológicos relacionados con el cansancio de la vida. *Medicina Integral* 1994;**24**(4):184-187.
19. Flórez Lozano JA. Medios de comunicación y psicopatología infantil. *Rev Medicina Integral* 1995;**25**(6).
20. Flórez Lozano JA. Aspectos psicológicos de la muerte. *Rev Medicina Integral* 1995;**25**(8):378-386.
21. Flórez Lozano JA y Pérez Fernández M. El estrés en la adolescencia: Estilos de afrontamiento. *Rev. Medicina Integral* 1995;**26**(6):274-279.