

# HUMANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN: RECUPERAR LA RELACIÓN INTEGRAL “MÉDICO-ENFERMO”



**Prof. Dr. José Antonio Flórez Lozano**  
—•••••—  
**Catedrático de Ciencias de la conducta**  
—•••••—  
**Laboratorios Almirall**



Mi agradecimiento a Laboratorios ALMIRALL en la persona del Dr. Jordi Valls (*Director Médico*). Y también al nuevo Director Médico Dr. José Cabrera por su atención y colaboración. Agradecido siempre.

A mi esposa Mercedes fallecida, siempre en mi recuerdo, con su cariño y bondad y con su lema de ayudar. Y a mi hijo Nacho, modelo de cariño, afectividad y trabajo clínico muy responsable.

Al Dr. Juan Carlos de Vicente, al Dr. Ismael Martínez y a la Dra. Carmen Jódar Casanova; sus aportaciones son muy importantes para entender el contenido de este libro con el fin de mejorar la comunicación y satisfacción de pacientes, usuarios y familiares. A todos, muchas gracias.

- 1.-Introducción**
- 2.-Superar la deshumanización, ;Un trato más humano!**
- 3.-Necesidad terapéutica de la comunicación.**
- 4.-Hablar, expresar y comunicar: el medicamento de la palabra.**
- 5.-Fármacos “no verbales” del médico: su actitud corporal.**
- 6.-La empatía del médico: estrella de la humanización.**
- 7.-Escuchar al paciente, ;Quiero que me escuche!**
- 8.-Medicina eficaz: mirando al paciente.**
- 9.-Reforzar la comunicación integral: las actitudes del médico.**
- 10.-Enriquecer la comunicación: recetando humor y optimismo.**
- 11.-Una receta para vivir: la esperanza.**
- 12.-Reflexiones para mejorar.**
- 13.-Referencias.**

## **A Merce, mi esposa, una vida entera**

El ejercicio de la Medicina es percibido por la mayoría de los médicos como un privilegio supremo, en el cual un ser humano enfermo acude a otro en el que deposita su confianza, esperando una curación o al menos un alivio, basado en la competencia profesional y en la relación empática entre ambos. Sin embargo, este privilegio deposita en los frágiles hombros del médico una gran responsabilidad que se va acumulando con el ejercicio profesional y que debe afrontar procurando preservar su vitalidad para poder seguir ejerciendo eficazmente su trabajo. En la sociedad actual se ha generalizado la intolerancia al sufrimiento basada en una lógica según la cual todas las demandas deben tener una respuesta satisfactoria que frecuentemente es imposible asumir por parte de quien tiene que proporcionarla. Por otra parte, los médicos son educados en una fría lógica científica según la cual deben atender las demandas de los pacientes sobre la base de una omnipotencia asumida por ambas partes, habitualmente maculada por los avances tecnológicos y la mejor evidencia científica publicada en revistas especializadas y comunicada en congresos y simposios. El médico, frecuentemente presta más interés al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a la que debe dar una respuesta objetiva desprovista de carga emocional, antes que, a la relación con el enfermo y su entorno, desconociendo o simplemente desinteresándose del sufrimiento del paciente y de sus dificultades humanas. Desde sus comienzos, en la formación médica existe una disociación entre el cuerpo y la psique capaz de provocar un distanciamiento emocional y de generar graves problemas en médicos y pacientes. En 1957, Michael Balint publicó el libro “El médico, su paciente y la enfermedad” en el que abogaba por alcanzar un diagnóstico globalizador de la persona en su totalidad, promoviendo la sensibilización mediante la escucha atenta en la entrevista con el paciente, descentralizando la relación enfermedad-síntoma, para profundizar en la relación médico-paciente (medicina centrada en el paciente, frente a la medicina centrada en la enfermedad o en el síntoma). Para ello, el médico debe apartar la mirada de la pantalla del ordenador y fijarla en su paciente, humanizando su mutua relación. El diccionario de la Real Academia Española define humanizar como hacer humano, familiar y afable a alguien o algo, lo que encuentra un perfecto acomodo en la relación médico-paciente. En ella hay dos elementos intervinientes que deben estar en sintonía. El paciente desea la curación y el médico quiere proporcionársela, aun sabiendo que en numerosas ocasiones esta se halla fuera de su alcance. Empero, tras cada enfermedad hay un ser

humano que sufre en su totalidad y, junto con él, su familia y aquellos con los que tiene vínculos emocionales. Independientemente de la gravedad de cada caso, el paciente se siente vulnerable y, en ocasiones desesperado y el médico debe tratarlo como una persona que sufre y no limitarse a aliviar sus síntomas. El paciente traslada al médico sus emociones, vivencias y deseos (transferencia) las cuales se alinean o confrontan con las que el médico ha experimentado en su pasado, provocando en él o ella una reacción, en parte inconsciente, que condiciona su relación con el paciente (contratransferencia) haciendo que esta pueda fluir adecuadamente contribuyendo a optimizar el proceso diagnóstico y el tratamiento o, por el contrario, dificultando o impidiendo que el médico lleve a cabo un trabajo adecuado.

Médicos y pacientes interaccionan mutuamente según diversos modelos o estilos relacionales: (i) Modelo paternalista, en el cual el médico asume toda la responsabilidad y control sobre las decisiones diagnósticas y terapéuticas, limitándose el paciente a asentir agradecido. En este modelo el médico adopta un papel de padre, siendo el paciente el equivalente a un niño que debe obedecer. (ii) Modelo informativo. En él, el médico revela al paciente toda la información importante para su caso y este, a su vez, toma una decisión sobre lo que debe hacerse. En este modelo, el médico asume un papel de experto, siendo el paciente el responsable de la toma de decisiones sobre el tratamiento de su dolencia. (iii) Modelo interpretativo. En él, el médico determina cuales son los valores y deseos del paciente respecto de las posibles opciones terapéuticas y, asumiendo el papel de consultor o asesor, ayuda al paciente a elegir una de entre todas las opciones disponibles. Finalmente, existe un (iv) Modelo deliberativo, conectado con el anterior, en el que el médico, ejerciendo un papel de amigo o consejero, ayuda al paciente a elegir de entre todos los valores relacionados con su salud, aquellos que son mejores para su situación clínica. En los dos últimos modelos es donde la humanización del acto médico alcanza una máxima expresión. Empatía, atención personalizada, escucha atenta, control de las propias emociones, sinceridad y, llegado el caso, confesión de los propios errores y petición de disculpas por ellos, se cobijan en estos modelos, lo que vigoriza la confianza del paciente en su médico y con ello se reduce su ansiedad y se refuerza el beneficio terapéutico. Por tanto, la empatía debe presidir la relación entre médicos y pacientes. Ahora bien, cuando hablamos de empatía, ¿de qué estamos hablando en realidad? La empatía se expresa en dos vertientes: la capacidad del médico para inferir los pensamientos y sentimientos de su interlocutor (empatía cognitiva o teoría de la mente) y la capacidad para

“sentir” el sufrimiento que padece el paciente (empatía emocional). Es en esta segunda en la que la relación entre ambos alcanza un mayor calado y, me atrevo a decir que en beneficio mutuo. Así, el paciente que percibe un genuino interés por parte del médico, no solo en aplicar recursos diagnósticos y terapéuticos, sino en tratarlo como un ser completo y complejo que solicita su ayuda, ve optimizada su posibilidad de curación. Y el médico, por su parte incrementa su sensibilidad ante el dolor ajeno, sustrayéndose al ensimismamiento que con tanta frecuencia experimentamos en los alienantes tiempos actuales. La escucha atenta y sincera y la palabra se convierten así en las mejores herramientas del médico en el ejercicio de su función sanadora.

Hipócrates decía a sus alumnos “cura cuando puedas, consuela siempre” e inspirándose en él, Claude Bernard afirmaba que “el médico debe curar a veces, aliviar cuando no pueda curar y consolar siempre”. La lección más importante que aprende un médico durante su formación es que nunca debe consentir que sus pacientes pierdan la esperanza, incluso en las situaciones más adversas en las que no cabe ninguna esperanza. Las enfermedades más graves ejercen un efecto devastador en los pacientes y en su entorno y es entonces cuando el médico se convierte en la fuente de esperanza principal, incluso única del paciente. En esta situación, el médico adquiere una dimensión potencialmente taumática tratando de inducir en el paciente un estado anímico que sobrepase el que es razonable esperar en función de su estado patológico. Este papel recuerda al desempeñado por don Manuel el cura del villorrio Valverde de Lucerna, en la obra de Unamuno San Manuel Bueno, mártir; considerada el testamento espiritual del autor. En ella, el clérigo, sin ser un santo, asume una condición de mártir al servir de soporte material y espiritual a sus feligreses, a los que socorre en sus tareas cotidianas, así como cuando celebra con gran devoción, la misa de cada domingo para que los habitantes de la región conserven la esperanza en sus duras vidas, a pesar de que él ha perdido la fe hace mucho tiempo. En el presente libro el Prof. José Antonio Flórez Lozano se adentra con su conocida maestría en la urdimbre psicológica de un problema incardinado en el ejercicio actual de la medicina cada vez más tecnológicamente sofisticada, pero desprovista de la perspectiva global del paciente a la que nunca se debe renunciar: la humanización de la relación entre los médicos y sus pacientes.

Juan Carlos de Vicente Rodríguez.

Catedrático de Cirugía.

Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo. Asturias, España.

Me siento profundamente agradecida de poder escribir el prólogo de este libro hablando de humanización y de mirar a los ojos. Aprendí la medicina de verdad al empezar a relacionarme con los pacientes, realmente ese fue el momento en que entendí de qué iba ser médico, de tener conocimientos del cuerpo y después de aprender de forma continuada el comportamiento humano; con toda la variabilidad que eso implica, con toda la paciencia, el cariño y con el aprendizaje muchas veces doloroso que supone también para uno mismo. Recuerdo el día que comprendí la importancia vital de la comunicación en una consulta y de cómo desde la palabra puedes ayudar o destruir la vida de una persona. Y desde luego mi intención, y estoy segura que la de todos los que nos dedicamos a esta profesión, siempre es la de estar al lado de las personas que atendemos encauzando su salud, aunque en ocasiones sea difícil y no siempre se consiga el objetivo.

Y así como una relación es cosa de dos, también lo es la que se establece dentro de una consulta. La relación médico paciente tradicionalmente, ha sido una relación vertical donde el médico tenía una figura de autoridad, de ser el que tenía el conocimiento y de ser el encargado de la toma de decisiones, siempre pensando en el beneficio del paciente, que tenía un rol pasivo y de confianza plena en la persona que cuidaba de su salud. Esto hoy en día ha cambiado al igual que la sociedad, y es importante profundizar en el fundamento y en la evolución de esos cambios, para seguir modificando los patrones en beneficio de la mejora de la atención sanitaria.

Porque hemos pasado de nuevo de los aplausos al desprecio, y los extremos siempre son peligrosos. Los médicos seguimos siendo el referente de nuestros pacientes porque nos formamos y nos seguimos actualizando para tener la mejor preparación, para hacer la mejor medicina siendo un referente para cada una de las personas que cuidamos. Y eso tenemos que saber transmitirlo en nuestro día a día para cambiar ese concepto, esa exigencia y la crispación social que existe en general y nos salpica. No podemos dejarnos contagiar por eso y debemos trabajar todos los días en hacer sentir lo que realmente somos: *el motor de la vida y del*

*acompañamiento del paciente en su vida y en el proceso de su muerte* también, porque forma parte de la vida. Y para eso tenemos la palabra, el poder más importante en todos los escenarios y especialmente en el nuestro. Y si tenemos que repasarla y aprender más, pues es tan importante o más como aprender la última técnica o último tratamiento para tal proceso.

También es importante *el volver a mirar a los ojos* al paciente quitando la atención a la pantalla, para volver a humanizar el trato en la consulta. Desde que entró la tecnología en la historia clínica del paciente ha mejorado sustancialmente su seguridad y, sin embargo, ha sido una queja sistemática en las consultas por retirar la mirada hacia otro punto: los ojos de la persona que atendemos. Esto sin hablar de la información que perdemos cuando no observamos la entrada de esa persona en nuestro espacio, esa información no verbal tan crucial en esos minutos que vamos a compartir.

La tecnología nos ha generado una forma diferente de relacionarnos en la sociedad que traspasa las paredes como no puede ser de otra manera, y nos invade también el ámbito asistencial. –El acceso del paciente a mucha información, sin saber realmente cuál es la importante ni tener conocimientos para diferenciar ni para comprender la que realmente lo es, supone un desafío para el profesional que por un lado tiene que atender la ansiedad que en muchas ocasiones genera, y por otro dar explicaciones ajustadas a las necesidades para capacitar a esa persona y que pueda tomar la mejor decisión, con el tiempo y el esfuerzo que eso conlleva. La relación médico-paciente debe seguir evolucionando hacia un modelo colaborativo donde la palabra es el eje central. La medicalización de la vida y el exceso de información necesitan de tiempo, empatía y en ocasiones silencios que dicen más que las palabras. Los profesionales necesitamos de los pacientes que se integren en su proceso de salud siendo en todo esto la comunicación el punto clave.

La medicina tradicional ha cambiado, aunque siga siendo la esencia de nuestro trabajo. Es solo cuestión de sensibilidad, de bucear de nuevo a nuestros sentimientos que nos hicieron ser médicos y de descubrir la importancia de nuestro papel en la sociedad, como concedores de la medicina y como conocedores del ser humano.

***Carmen Jódar Casanova***

***Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria***

Para analizar si existe “*Trato humano*” en la medicina de atención primaria de la sanidad española, lo primero que deberíamos conocer es el concepto de “*Trato humano*”, cuestión imposible al no existir en la actualidad una definición de consenso al respecto. Para poder abordar el tema, intentaré, hacer una aproximación a lo que el imaginario general de la población podría aceptar como “trato humano”: un trato digno y respetuoso. ¿Sería suficiente este enfoque para valorar la realidad de la relación médico-paciente? Probablemente no. El acto médico requiere además calidad asistencial y premura en el tiempo de respuesta a la solicitud de atención. Aquí entran en juego factores ajenos a ambos interlocutores y me refiero a un sistema sanitario colapsado y escasa potestad del médico para solicitar ciertas pruebas diagnósticas. El paciente demanda solución a sus problemas que el médico de AP no puede abordar sin ciertas pruebas diagnósticas. Sin duda, los constantes avances en medicina, requieren de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos, muchos de ellos negados al médico de AP. La única salida es la derivación a la medicina especializada, en la que se alargan sin límite los tiempos de espera. La sanidad como la justicia, dejan de existir cuando entran en demora y no responden de forma rápida y coordinada a las necesidades del usuario, arrastrándolo a la frustración y al desánimo cuando ve que no se solucionan sus problemas, y a la vez generando desmotivación entre los profesionales sanitarios de AP que son conscientes de su inutilidad dentro del sistema. Esta relación viciada va a ser motivo de percepción negativa en la calidad del trato que el paciente percibe, el cual en muchos casos descarga su ira contra la persona que le atiende.

Pero existen otros factores que pueden influir en la deshumanización del trato y que citaré a continuación:

1. El concepto de “medicina de atención primaria” hace unos años que se ha cambiado por el de “medicina de familia”, donde el médico trata a todos los miembros del clan familiar (abuelos, hijos, nietos). Conoce la salubridad de su vivienda, sus ocupaciones laborales, las conductas de riesgo, hasta incluso puede presumir sus posibilidades económicas. Pero, falta lo principal: las familias, que poco a poco y sin que apenas nos demos cuenta, desaparecen, sobre todo en el medio urbano. Un médico conocedor de toda la familia, por lo general va a prestar un trato más humano que un especialista hospitalario o un sustituto. De ahí la importancia de asignar lo antes posible las plazas vacantes en vez de tenerlas rotando durante largos periodos de tiempo. Un médico de familia es un amigo, existe una relación de confianza y respeto.

2. El medio donde se ejerza la medicina: medio rural o medio urbano. El medio rural, siempre aporta un plus en la relación médico-paciente, quizá porque el médico convive más y conoce mejor a los pacientes.

3. El factor personal: hay grandes diferencias entre unos médicos y otros, como en cualquier otra profesión. Por lo general los médicos de mayor edad que lleven muchos años en el mismo puesto, puedan generar en los pacientes la sensación de un trato más humano.

Además, el tema se complica al estar afectado también por la cultura, los valores, y la moral de cada uno de los sujetos implicados en la relación, así como la honestidad del médico y la responsabilidad del sistema sanitario en la provisión de los adecuados medios humanos y materiales. Pero no nos equivoquemos, el paciente no percibirá buen trato humano si no existe asistencia de calidad. Al final, colocando en la balanza todo lo expuesto con anterioridad posiblemente el fiel tenderá a inclinarse hacia una percepción de trato deshumanizado.

Dr. Ismael Martínez Sánchez.

Médico de Atención Primaria.

***"Las palabras que brindan consuelo son la mejor medicina".***

***"Las palabras son esa parte de silencio que se puede expresar".***

***"Escuchar es romper la burbuja egocéntrica y emprender el generoso viaje hacia la humanización de la medicina".***

***"Curar es una ciencia, acompañar es un arte".***

***"El más hondo fundamento de la Medicina es el amor", Paracelso***

Hay que reconocer que nos encontramos en el paraíso digital y en el mundo de la inteligencia artificial. Redes, datos, pantallas y ordenadores, ocupan el espacio de comunicación "médico-enfermo". No hay medicina sin médicos ni médicos sin medicina, por el momento; puede que en un futuro llegue a haber medicina sin médicos, con amables robots androides ejerciendo de eficientes galenos. Un ser humano empequeñecido acude a la consulta médica atascada, tras una gran lista de espera (lista de desesperación); pacientes que sienten la desesperación de estar meses en la lista para recibir una atención médica, que no llega o ha llegado demasiado tarde (frustraciones, congojas, daños patológicos irreversibles). Y el paciente sufre por su enfermedad y por una comunicación, a todas luces, insuficiente

que le hace más vulnerable y que complica su dolencia. Una medicina en la que no sabes el nombre del paciente, en la que no se saluda al enfermo y en la que no hay interés pleno en la persona, produce dolor e insatisfacción. La falta de un trato humano se refleja en las advertencias del paciente: “el médico sólo estuvo atento a la pantalla de su ordenador”; algunos pacientes, se refieren a esta frase: “el médico no sonrió durante la consulta”.

En fin, *la falta de tacto y empatía* al brindar cualquier diagnóstico provoca un impacto emocional que puede ser muy grave, activando pensamientos autolíticos. De otro lado, *el 85% de los enfermos eligen al médico* que los atiende por sus habilidades de comunicación y compasión, sin embargo, esta es una característica que la mayoría no posee y representa una carencia que va en aumento entre los médicos. *Es necesario recuperar toda nuestra atención* y contemplación con el enfermo, siendo conscientes de que el enfermo forma parte del éxito de la acción médica y también constituye una automotivación deseable para el médico, neutralizando así el “burnout” que se extiende por todas partes como una mancha de aceite. Además, ese estrés crónico, perjudica seriamente la salud integral del médico, debilitando su sistema inmune y afectando el metabolismo y la dinámica celular. En fin, la medida de nuestra humanidad viene determinada por la capacidad de las palabras para expresar emociones y sentimientos (Figura 1). Maurice B. Strauss decía en 1964: “La medicina nunca puede abdicar de la obligación de cuidar a los pacientes y de enseñar a cuidarlos”. Hay que subrayar que el medicamento más utilizado en la consulta es el propio médico y este puede tener efectos curativos o dañinos, dependiendo esencialmente del uso adecuado o no de las habilidades de comunicación. El uso de la propia personalidad del médico como agente de cambio del paciente se apoya en una característica de la relación con el paciente que es la continuidad. *El humor se convierte así en un arma terapéutica muy poderosa* que el médico puede modular con el apoyo necesario.



Figura 1. El triángulo de la humanización. Sólo desde el respeto encontramos el camino integral de un trato más positivo, más próximo, más humano.

En la medicina actual, el hombre de la cultura occidental tiene ante sí la factura de sus propias conquistas científicas: enfermedades cardiovasculares, alergias, virus desconocidos, estrés, depresión y ansiedad. Todo un conjunto de enfermedades propias de ésta *“cultura de la prisa”* (¿tal vez falsa cultura de la felicidad!). Esta *“fiebre de la felicidad”* del ser humano contemporáneo, que busca metas de satisfacción y autoestima a través de un desmedido afán de poder, mercantilismo y consumismo, implica graves riesgos para la salud. En fin, somos una sociedad más infantilizada y narcisista; *la quiebra de los valores y el desdén por la razón*, supone una infantilización y una involución cerebral. Así crece la apatía, el pasotismo, el aburrimiento y frivolidad que va penetrando en los entresijos de una sociedad que secuestra el pensamiento, la capacidad de decisión y la dignidad de la persona. La medicina basada únicamente en la efectividad, tal vez cura, pero no cuida. En concreto en el hospital, en un lugar que debería ser de cuidados y descanso, se descuida un aspecto fundamental: el sueño. Los enfermos hospitalizados no duermen: se encuentran mal, expresan el dolor de la intervención quirúrgica o los efectos de la medicación. En consecuencia, el perfil del sueño se ve alterado en cuanto a cantidad y calidad (insomnio y despertares nocturnos).

*Hay que subrayar que el estrés psicológico* (miedo, preocupaciones, dudas, obsesiones), genera una ansiedad mórbida incompatible con la homeostasis del sistema nervioso. Los médicos se encuentran atrapados y

agraviados por una sociedad enferma; un mal para el cual no tienen ni medios ni instrumentos para curarlo. Nos encontramos en una sociedad del placer; un placer efímero, una sociedad epidérmica con un presente tóxico. Es una cultura de embalaje que desprecia el contenido; un mundo roto sin herencia moral ni afectiva. Muchos pacientes sufren de un sentimiento profundo de insuficiencia y de fracaso vital. Familias que viven en una isla de desolación y que al final todo se medicaliza, repercutiendo en la salud integral del médico. Asimismo, la alteración de las rutinas, la soledad, la incertidumbre constante que asola su mente o la reducción de la autonomía personal, contribuyen al deterioro de la calidad del sueño. Los pacientes y familiares que han pasado alguna noche en el hospital, ya sea porque están hospitalizados o para cuidar a un ser querido, saben que descansar es prácticamente imposible (despertares nocturnos, timbres, pitidos, chirridos, luces, ruidos, llantos, portazos).

Igualmente, compartir habitación con otros enfermos, y, por tanto, con su ruido, lloros, suspiros y quejidos, implica un gran malestar; sin duda, los pacientes lo recuerdan como un estrés insoportable (la noche avanza, pero cada dos horas viene una enfermera a encender la luz para comprobar indicadores fisiológicos). La privación de sueño puede ser aún más crítica en el deterioro del estado de los pacientes ancianos: la alteración del sueño se asocia con el riesgo del **síndrome confusional**. De esta forma, por ejemplo, un paciente mayor, delirante y desorientado, puede levantarse por la noche o por el día y caerse con resultado final de fractura de fémur. En consecuencia, aumenta el tiempo de hospitalización y corre el riesgo de empeorar su estado físico y mental; necesitará más rehabilitación y más fármacos. El paciente lucha por recuperarse y es atrapado en un círculo vicioso: aumenta el estrés mental, la ansiedad insoportable y se multiplican las preocupaciones; el resultado final es la frustración y la fragmentación total del sueño. Esto solo conducirá a un mayor empeoramiento del insomnio.

Además, dormir mal (insomnio pertinaz) inhibe los procesos de recuperación, incrementa la duración de la estancia hospitalaria y fulmina el **bienestar subjetivo** de los enfermos y familiares. Incluso, la reducción de la cantidad y la calidad del sueño durante la hospitalización se relaciona con la hiperglucemia. En fin, la ausencia de ese sueño reparador, sugiere que no ponemos el foco de atención en los cuidados del enfermo, en la humanización. **Luchar contra los enemigos del sueño, es una forma eficaz de aumentar la humanización**. Proporcionar herramientas sencillas, como tapones para los oídos y antifaces, mejorar el bienestar subjetivo del

paciente. Igualmente, la implantación de "periodos de silencio", durante los cuales se reducen al mínimo los ruidos y se atenúan las luces, consigue efectos positivos y aumenta la humanización en el hospital. El aspecto más humano es hablar, escuchar, atender y comunicar con el paciente y velar por la calidad del sueño es crucial. Hablar y tranquilizar al paciente ayuda mucho; la palabra, el cariño y la caricia, son los fármacos más potentes para conseguir recuperar la calidad del sueño. Para curar cuidando *es preciso que el médico incorpore en sus actitudes aquellos valores tradicionales* que hicieron de la medicina una profesión humanística y que la masificación, la tecnificación excesiva y la cultura del pragmatismo que invade la sociedad actual, han desplazado de la praxis clínica los valores esenciales de la medicina: paciencia, altruismo, generosidad, compasión, atención al sufrimiento, a los sentimientos del enfermo y a sus necesidades afectivas, diálogo y deliberación, información eficaz, interés en crear confianza (sinceridad, veracidad, intimidad, confidencialidad, fidelidad); en definitiva, una afectividad sin límites.

Entre el médico y el paciente ha de haber siempre una relación fiduciaria, que no es otra cosa que la existencia de una confianza especial con sinceridad y escrupulosidad acompañadas de buena fe, incluyéndose como requisito fundamental y primario el hecho de actuar siempre en beneficio del paciente. En fin, una mano amiga, con mucha entrega, calidez, comprensión y un especial aprecio, es esenciales para alcanzar ese grado de excelencia: el trato humano. Así, el médico en sí mismo es *un buen placebo* cada vez que atiende al paciente, ya que es capaz de poner en práctica el efecto tranquilizador y curativo en sus pacientes (Blau, 1985). De esta forma, *el médico ha de ser garante de la dignidad humana* para conseguir ese objetivo tan deseado; *el trato humano*. En esta actitud, el paciente no se encuentra solo. No obstante, hay muchos interrogantes que explican la aparición de numerosas enfermedades (bulimia, anorexia, hipertensión, depresión, ansiedad, accidentes cardiovasculares, ictus cerebral, infarto de miocardio, enfermedades alérgicas, etc.) propias de esta sociedad de la opulencia y el consumo (¿sociedad feliz?).

Quizás por ello, por esa búsqueda desesperada de la felicidad, están apareciendo en la sociedad moderna esos cuadros clínicos novedosos. Esta huida hacia la felicidad (¿infelicidad?), corresponde más bien a personas obsesivas, egocéntricas, insuficientes, inmaduras, inseguras, neuróticas, con problemas de ansiedad e impulsividad, de identidad y con baja autoestima. A pesar de que cada vez conseguimos más, se percibe una permanente demanda de consuelo, una paradójica necesidad de apoyarse los unos en los

otros. Recordemos en este punto, lo que manifestó el médico y Premio Nobel de la Paz (1952) Albert Schweitzer, **“soy un ser vivo y deseo vivir, en medio de seres vivos que quieren vivir”**. Y eso es lo que desean nuestros pacientes, rodearse de personas que sencillamente amen la vida y, por encima de todo, respeten a las personas. En el ámbito clínico, se extiende por doquier la deshumanización. En fin, **un mundo deshumanizado, cosificado y reducido a objetos; las personas son consideradas como objetos**, en especial las personas envejecidas.

Y el burnout se extiende como una mancha de aceite intoxicando la mente y la conducta del clínico: la burocracia se multiplica de forma exponencial y la agilidad y eficacia administrativa disminuye, generándose gigantescas listas de espera, cuya frustración se proyecta al médico, sufriendo los galenos graves trastornos mentales y emocionales que incrementan, a su vez, las listas de espera, debido a unas cifras de absentismo laboral cada vez más intensas. Los médicos están viendo que otros, que son funcionarios como ellos, están cobrando más y trabajando menos y, para colmo estos últimos ejercen como sus controladores. Desde el poder y sus despachos, ofrecen una medicina para todos; es decir, una sobrecarga laboral más sobre las espaldas de médico; en fin, tareas insoportables mal remuneradas. Además, los médicos observan perplejos una nueva cascada de enfermedades y/o trastornos mentales, originados por una sociedad débil y enfermiza: una sociedad fallida.

Los temores y la ansiedad se disparan, porque los médicos temen la inundación de los centros de salud, por las infecciones, la gripe y, por supuesto, las borracheras. Los pediatras se encuentran cada vez más con casos de niños semiabandonados (sucios y desnutridos), atrapados en las telarañas de los móviles y en los límites del maltrato infantil. Y en este trabajo, el médico se encuentra abrumado (la niebla del burnout), triste, abatido y desconsolado, con tantas imágenes mentales y tanto sufrimiento psicológico que le impide alcanzar o conseguir la calidad asistencial. Por ello, en estos días, miles de facultativos se han echado a la huelga: desean un estatuto profesional propio, la supresión de las largas guardias de 24 hora, que se reconozca el “plus de responsabilidad” y su protagonismo en la atención sanitaria cotidiana. **La repercusión a medio plazo aumentará la intensidad del burnout.** la cuestión importante, no es la actividad clínica que se suspende (consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas), sino la que deja de programarse. Ellos en esta huelga, suelen expresar: “médico quemado, paciente maltratado”. Y es verdad porque de su trabajo, surge con intensidad la frustración, la

insatisfacción profesional, la ansiedad, la soledad, el neuroticismo, la distimia y los desórdenes (cuando no la ruptura) de la comunicación “médico-enfermo”.

Las nuevas tecnologías, las redes sociales, nos distancian aún más de los otros y las necesidades psicosociales tan importantes para la salud y la estabilidad emocional, se difuminan lentamente. Dice Albert Einstein: “temo el día en que la tecnología sobrepase nuestra humanidad; el mundo solo tendrá una generación de idiotas”. En fin, *la relación “médico-enfermo”, se ha congelado*; una especie de “muerte social”: risas robadas, palabras ausentes, caricias inexistentes, mirada huidiza, prisa evidente, frialdad y superficialidad, escasa empatía, actitud indiferente, y ausencia de humor. Y cada vez es más necesario estar juntos, conversar, tocarse, intercambiar miradas, acariciarse, porque sin estos ingredientes y, especialmente, sin el amor, es imposible la vida. El enfermo, necesita sentir que su vida tiene significado y ha de encontrar en la mirada y en la actitud del médico una dosis terapéutica muy eficaz. *El ser humano, no puede vivir sin la caricia, la ternura y el apoyo emocional*. En la praxis médica, lamentablemente casi ha desaparecido el calor humano en las interacciones sociales (o al menos ha disminuido drásticamente), convertidas en gélidas conversaciones (Figura 2).



Figura 2. Hay que superar una mentalidad mecanicista que separa la mente y el cuerpo; la comunicación y humanización de la Medicina ha de ser integradora, poniendo todo el énfasis en el paciente.

En fin, *profundas simas en la comunicación “médico-enfermo”* que impiden el contacto físico, emocional y afectivo. El paciente recibe frecuentemente miradas perdidas, gestos esquivos, falta de comunicación

ausente de cariño, lo cual implica una fuente potencial de estrés para el paciente y para el médico. Mantener viva nuestra imagen, vitalidad, inteligencia, afectividad y creatividad es el gran antídoto contra los mecanismos involutivos propios de cualquier proceso patológico. Con la enfermedad, todo se transforma; la felicidad también se puede debilitar ostensiblemente: el cuerpo se deteriora, la energía se debilita, los amigos o familiares mueren o se alejan, se pierden trabajos, la capacidad sensorial y la movilidad se ven seriamente disminuidas, la función osteoarticular se ve afectada en cuanto a su agilidad y expresión de movimientos y, finalmente, los sistemas cognitivo, afectivo y conductual, sufren también una merma significativa.

La enfermedad grave, hace que una persona se vaya convirtiendo en extraña, quedándose sola, en un mundo que no entiende, se vuelve infeliz; además la irreversibilidad del tiempo precipita la angustia, como consecuencia de la experiencia de la finitud de la vida, del dolor y del sufrimiento físico y emocional. Como se dice en la película “Tierras de penumbra”, *“el dolor de hoy forma parte de la felicidad de ayer”*. La soledad, también constituye una seria amenaza en esta etapa de la vida; en ese agujero de la soledad, la incomunicación se vuelve insoportable. ***Nos hemos metido en un laberinto de instantes, no de comunicación***; la fe y las certezas compartidas se han esfumado. En muchos pacientes, se ha instalado el miedo, la inseguridad y la resignación. ***Y sin comunicación, no hay humanización, no hay dignidad***. El paciente necesita la mano tierna y cariñosa del médico, dispuesta a brindarnos su ayuda y amor; hay que doblegar el sufrimiento y el dolor. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define al paciente, como una “persona que padece física y corporalmente”; de ahí, que no nos esté permitida la insensibilidad, la indiferencia ante el dolor ajeno, porque en el hombre el dolor es más que una simple experiencia nociceptiva. Sin duda, implica a todo el individuo y, a cada persona, de una manera muy singular.

Pero en el amor, la amistad, las interacciones sociales y, especialmente, en la familia encontramos un escudo protector. Esto protege su identidad psíquica y su salud, “mientras sepas quién eres y de dónde procedes, seguirás siendo tú, estarás a salvo del olvido y de la “autodestrucción”. Y la herramienta terapéutica por excelencia, es la comunicación; ***tenemos hambre de comunicación***, se trata de un bien muy escaso, secuestrado por la digitalización de nuestras vidas. ***La comunicación es un poderoso fármaco*** que tratamos de analizar a lo largo de este libro que pretende ser un apoyo sostenible para el médico. El proceso de la

comunicación es un elemento esencial de la “*ars médica*”. Los pilares de este proceso humano, son mirar y escuchar en primer lugar, después pensar y reflexionar para, al final, expresar de modo comprensible. Nuestros pacientes, usuarios/as y clientes lo necesitan urgentemente. ***¡Una palabra de apoyo, por favor! ¡Un poco de paciencia! ¡Una caricia, por favor! ¡Una mirada de comprensión! ¡Una sonrisa estimulante para seguir viviendo!*** En este ámbito de la comunicación, es tanto lo que podemos hacer que no somos conscientes; hay que vencer rutinas y burocracias y neutralizar los ladrones de la comunicación. Amabilidad, minimizar, compartir, colaborar, amistad y compromiso, pueden ser herramientas terapéuticas de comunicación muy importantes para mejorar la satisfacción del médico y del paciente.

La capacidad de abortar la ansiedad, la tristeza y la irritabilidad del paciente, con las herramientas terapéuticas de la comunicación, es vital y, en este sentido, el papel del médico es mucho más importante de lo que creemos y pensamos. Promover la ***automotivación***, una actitud optimista, una mente positiva y un compromiso de salud, es muy importante y en esta tarea, tiene un papel esencial el médico. Aprender a leer las emociones de nuestros pacientes, nos ayuda a crear un clima positivo de mutua comprensión. Por eso, es determinante reconstruir y reforzar los vínculos sociales, los sistemas afectivos, absolutamente imprescindibles para asegurar una praxis médica de excelencia y, por ende, la salud del enfermo. ***En el amor, la comunicación y en la compañía, podemos encontrar los antídotos de la soledad y la melancolía***, porque el hombre es esencialmente un ser sociable. La amistad es muy importante para vencer la soledad y la depresión. Aristóteles, decía que la amistad es lo más necesario en la vida; es un soporte social y afectivo imprescindible.

Sin embargo, en lugar de hundirnos en la miseria, con un espíritu jovial y emprendedor, podemos encontrar soluciones eficaces para el conjunto de problemas clínicos cotidianos. Stephen Hawking, a pesar de la enfermedad neuronal motora que padecía, manifestó que su enfermedad le había enseñado a no compadecerse, porque hay otros peor que él y porque todo a su alrededor, es un emocionante canto a la fuerza de la voluntad y a superar las propias limitaciones. ***“Conócete a ti mismo”***, dice Sócrates en el Dintel del Templo de Delfos. ***“Todavía estoy aprendiendo”***, manifestó Miguel Ángel, a los 85 años. La información y comunicación es una necesidad que va más allá del puro trámite burocrático, dejando constancia de que el mundo de los sentimientos y emociones debe imperar en cualquier proceso de comunicación siendo, por tanto, uno de los aspectos

fundamentales a tener en cuenta. ¿Y qué valoran los pacientes de sus médicos? Dicen que ***el médico ideal debe de ser confiable*** y se compenetra con el paciente (empatía); además, es humano, tiene un trato personal; es directo, respetuoso y metódico.

El trato humano es también, ***luchar contra el anonimato***; se trata de evitar todo aquello que encierre algún tipo de despersonalización del enfermo como por ejemplo, decir “que entre el siguiente paciente”, en lugar de expresar “que pase doña Carmela”. A veces, escuchamos el enfermo de la colecistectomía de las 18:30 horas; en fin, hábitos arraigados que llevan a poner en primer término la patología y a relegar a un nivel inferior a la persona. Sin embargo, cuando el paciente exclama ¡qué bien me lo ha explicado!, podemos estar orgullosos de manejar las habilidades de comunicación y, naturalmente, seguir realizando ese esfuerzo de superación y de aprendizaje por acercarnos a ese instrumento terapéutico esencial que no me han enseñado: las habilidades de comunicación.

La comunicación es el medicamento esencial para la satisfacción y el bienestar físico y emocional. ***Nuestro cerebro tiene hambre de comunicación, de caras risueñas, de ojos compasivos y de un tono afectivo.*** Sin embargo, no será adecuado si todo ello no está sustentado en una base firme de actitudes como la empatía (intentando comprender al paciente), la confianza mutua y ***el respeto a los valores del paciente y a su autonomía***, porque lo principal es la relación de confianza entre el profesional sanitario y el paciente. Como expresara el Dr. Gregorio Marañón: "...trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor". Todas las organizaciones médicas coinciden en lo esencial de los valores en la praxis clínica. ***El American College of Physicians, conjuntamente con la European Federation of Internal Medicine, y con el American Board of Internal Medicine***, tienen señalados los tres principios fundamentales de 'nuestra carta actual', son: ***el bienestar integral del paciente, la autonomía del enfermo y la justicia social***. Destacamos para el bienestar dos valores esenciales: altruismo, honestidad y generosidad. ***La autonomía del paciente*** se refiere al respeto de sus decisiones. En cuanto a la justicia social, resaltar que es necesario evitar las injusticias o posibles discriminaciones en el ámbito médico. Los valores del médico tienen mucho que ver con la comunicación integral; el médico ha de vencer esa falta de armonía entre información y comunicación (Figura 3).



Figura 3. La comunicación, apuesta por el paciente, por la dedicación, la entrega, la comprensión, la calidez, la escucha y la afectividad. La información es neutra, fría, no penetra en el mundo emocional.

El humanismo en términos generales se define como *“actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre sencillamente es”*. Esta disposición del médico, se basa en: comunicación, cercanía, comprensión, compasión, confianza, capacidad, creatividad, compromiso bidireccional y conexión, con las resultantes *calidad y calidez*. A mayor énfasis en la aplicación de estas habilidades y actitudes, mejores resultados y satisfacción profesional, menor estrés y síndrome de desgaste emocional (Urraca Martínez, 1991). En la ecuación del valor del profesional del médico, no hay que olvidar que la salud, los conocimientos, la experiencia, y las habilidades suman, pero no olvidemos que la **ACTITUD MULTIPLICA**. Pero en la clínica actual, la comunicación y, en especial, el lenguaje del gesto está siendo reemplazado por el de las máquinas; vivimos en una orgía digital, donde hasta el pensamiento se digitaliza, tal vez el *“homo sapiens haya sido sustituido por el homo digitalis”*. El vertiginoso progreso de la tecnociencia durante el presente siglo ha conducido a una profunda transformación de la praxis clínica. Los médicos, participan también de los valores imperantes en la sociedad actual globalizada en la que el hombre, en general, sufre un profundo desencanto por la reducción y/o desaparición de los principios éticos y morales, así como el desvanecimiento de los valores (paciencia, escucha, amabilidad, vocación, honestidad, respeto, confidencialidad, responsabilidad, compromiso, sacrificio, trabajo, ilusión, amistad, sensibilidad, generosidad, capacidad de ayudar, etc.) y, naturalmente, esto influye en la profesión ya que bajo la tiranía del nihilismo, ya no queda un espacio “reflexivo” en nuestra mente

para la virtud y la moral, es decir, para la humanidad. Se difumina, en este sentido, el valor referido a una praxis clínica excelente; así, se consideran valores, decir la verdad, ser honesto y ser sincero (Argyle, 1972). Por lo tanto, *la inexistencia de algunos valores en la actualidad se traduce en una progresiva despersonalización* de la praxis médica.

*El trato humanitario es un medicamento potente* y terapéuticamente eficaz (Balint, 1961). Se trata de regalar tiempo, aceptar al paciente, valorar sus sentimientos, darle amor y ternura y ayudar generosamente a enfermos y familiares. El entusiasmo del médico es un productor de energía física y mental; de estimulación mental y emocional, acentúa la **VITALIDAD** del paciente. Entusiasmo es afrontar la adversidad, la pena y el dolor, con una sonrisa. *La humanización del médico* es un desafío y una oportunidad muy grande para volver a crear, aprender y apreciar lo que de verdad es importante en la vida: la familia, los amigos, la comunicación, la afectividad y el **AMOR**. A este respecto, Sófocles (495-406 a.C.), manifestó: “una sola palabra nos libera de todo el peso y el dolor de la vida y esa palabra es amor”. El afecto, el amor y la comunicación, constituyen los ingredientes esenciales de la praxis médica de excelencia. *Urge recuperar lo más genuino del ser humano*, el lenguaje, las emociones, su capacidad social y su sensibilidad empática, por supuesto, si queremos seguir siendo personas y huir de espacios lúgubres en los centros sanitarios.

***Prof. Dr. José Antonio Flórez Lozano.***

***Catedrático de Ciencias de la Conducta. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo.***

***Escuchar es la clave del “trato humano”.***

***“Los tentáculos de la deshumanización, aprisionan al enfermo entorpeciendo seriamente su recuperación y curación”.***

***“La humanización, por encima de todo, es AMOR”.***

***“Trata de no convertirte en un hombre de éxito, sino en un hombre de valor”. Albert Einstein.***

La relación “médico-enfermo”, se ha congelado; el enfermo se encuentra como en un páramo de soledad, incertidumbre y silencio sepulcral, lo cual aumenta los pensamientos negativos y una liberación excesiva de cortisol que disminuye la eficiencia del sistema inmune. Se han perdido besos, abrazos, caricias, saludos y miradas cómplices llenas de vida. El médico mira al ordenador y *apresado por un estrés insoportable*, se olvida de que hay una persona saturada de pensamientos, sentimientos, emociones y miedo. *La American Medical Association (AMA)* señala que el desgaste profesional (burnout) en los médicos es una reacción al estrés prolongado que puede incluir agotamiento emocional, despersonalización (falta de empatía o actitudes negativas hacia los pacientes) y sensación de disminución en el logro personal. Sin duda, una causa determinante de los conflictos en la comunicación y humanización con el paciente. Esta patología afecta notablemente el rendimiento y la calidad de vida de los profesionales de la salud. De otro lado, la inteligencia artificial o la biotecnología incrementa el riesgo de deshumanización en medio del generalizado entusiasmo.

Además, la organización sanitaria, en ocasiones, pone al médico a los pies de los caballos. Los médicos hablan del auge de la violencia y del aumento de agresiones, relacionadas con las ingentes listas de espera. Dice un médico: asistimos ladrillo a ladrillo al desmoronamiento del sistema de salud; cuando el paciente percibe la precariedad de la asistencia *proyecta* su frustración, insatisfacción y agresividad al personal sanitario (médicos y enfermeras, principalmente). Y añade, “estamos atados de pies y manos; las agresiones físicas y verbales son constantes, hay poco servicio de seguridad, el riesgo es constante; las reclamaciones de bajas laborales o los largos tiempos de espera, provocan ataques iracundos”. En fin, listas de espera eternas, falta de accesibilidad rápida y ágil escasez de plantillas, contribuyen a fulminar la relación “médico-enfermo”. Nadamos con fuerza hacia la deshumanización y tecnificación de la naturaleza humana. La deshumanización puede ser entendida como negación, rechazo, negligencia y obturación de los valores humanos. Desde hace años la deshumanización se entiende como un distanciamiento psíquico entre el médico y su paciente, como resultado del creciente uso de recursos tecnológicos que no solo se “interponen” entre uno y otro, sino que, en apariencia vuelven innecesaria la comunicación “médico-enfermo”. Las quejas principales de los pacientes con respecto a los médicos son porque no les dedican suficiente tiempo (insensibilidad), porque se muestran poco amigables, porque no contestan a todas sus preguntas, porque no entienden lo que les explican o porque no los

tratan con confianza. La insensibilidad humana no es solamente propia de algunos médicos, prevalece en todos los niveles de atención de los servicios de salud, sea administrativo, asistencial o de apoyo. ***Y es que se puede ser un gran profesional y humanamente dejar mucho que desear.*** La actividad del médico si solo persigue su propio interés, se empequeñece y por brillante que sea en su oficio, su vida se torna banal.

El moralista estadounidense fundador de la revista ***Success Magazine***, ***Orison Swett Marden***, hace décadas, ya decía que “vivimos en una época de prisas en la que algunas personas cuando miran un huevo esperan que cante”. ***El exceso de acción es un tóxico contaminante que ahuyenta sensatez y mesura***; esa hiperactividad, causa de muchos errores médicos, oculta pobreza espiritual; es una forma de llenar con actos el vacío en el que habita la mente. Un médico sensato puede andar apurado, pero nunca debe tener prisa; las consecuencias, son errores graves que ponen en peligro la vida del enfermo. ***Humanizar***, es también blindar la autonomía del paciente; ***su capacidad y derecho a tomar sus propias decisiones***, para lo cual es decisivo una comunicación integral y estar debidamente informado. ***El don de la humanidad es un arte de palabras y actitudes***, por ejemplo, al considerar al enfermo un ser semejante a uno, cambia la actitud para tratarlo como él quisiera ser tratado. El derecho a decidir, en la actualidad, constituye uno de los derechos fundamentales de la persona que es necesario preservar. Sin duda, es uno de los grandes principios bioéticos más importantes de la Medicina. El médico humanista tiene a la bondad como cualidad primordial para buscar el bien del paciente en todo acto médico. Los conocimientos son de vital importancia, pero también se debe tener sabiduría para aplicar estos conocimientos junto con la sensibilidad humana y así ejercer la medicina con eficiencia. El médico que diariamente trata a seres humanos que se debaten entre la salud y la enfermedad, entre la vida y la muerte, debe ser consciente de la preparación que tiene y ser capaz de reconocer sus limitaciones; debe estar dispuesto a consultar la opinión de otro colega o remitirle el paciente.

En la autonomía del enfermo y en el trato humano, hay que subrayar que ***una mirada dice más que mil palabras***. Además, mirar aumenta la persuasión. El médico sigue con lo suyo ***escribiendo y escribiendo*** en el teclado del ordenador; el paciente esperando, está ansioso, se mueve, intenta mirar por los lados de la pantalla del ordenador que ***actúa de barrera*** entre él y el médico. ***La mirada “huidiza”*** desconcierta y hace desconfiar al paciente. Una revisión de estudios publicada en ***The Lancet*** concluyó que los médicos ***“cálidos y amistosos”*** tienen un importante efecto terapéutico sobre sus pacientes: la mayor adherencia al tratamiento y la reducción de los

eventos que generan estrés. Una medicina empática provoca un impacto positivo en la salud del paciente. La medicina con tiempo es rentable: si tienes una relación corta con tu paciente, resulta probable que pidas pruebas innecesarias y costosas. ***El tiempo se convierte en el mejor medicamento***, el mejor regalo. En la praxis clínica actual, hay una tendencia al ***“deslumbramiento tecnológico”*** y, sin embargo, se reduce alarmantemente el tiempo del médico dedicado a enfermos y familiares. Además, la empatía conlleva un beneficio terapéutico para el médico: ***disminuye o neutraliza los síntomas del burnout***: bloquea la sensación y/o percepción de “estar quemado”.

En esa humanización, toda mirada es tránsito, abre sin abrir, hierde sin tocar, revela lo que aún no es. Mirar es mucho más que observar, se convierte también en hablar. Allí en su latido, el ser se hace reflejo. En fin, profundas simas en la comunicación ***“médico-enfermo”*** que impiden la comunicación. Miradas perdidas, gestos esquivos, falta de comunicación íntima, sin cariño. ¡Se desespera! Y, así, ***los tentáculos de la deshumanización*** aprisionan al enfermo entorpeciendo seriamente su recuperación y curación. La deshumanización, es la consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad al paciente. Jorge Luis Borges, el gran escritor argentino, tejedor de universos literarios, en el crepúsculo de su vida enfermó de un cáncer de hígado y se despidió entonando tangos e, incluso, musitó el padrenuestro, por si acaso, en cuantos idiomas conocía; eligió un adiós denotativo de satisfacción y felicidad.

Una paciente de 38 años ha sido operada de un nódulo en el tejido mamario: (carcinoma lobulillar infiltrante) en la mama izquierda, característico de carcinoma invasor, con adenopatía axilar sugestiva de metástasis. En su circuito cansino de consultas médicas y de enfermería y en los múltiples tratamientos, reivindica: ***¡un poco de empatía, por favor!*** Dice ésta enferma que una de las sensaciones que más dolor nos puede producir es la de sentirnos rechazados y abandonados. Sin embargo, el abrazo fuerte e íntimo, puede ser un fármaco potente para superar la soledad y la enfermedad. ***La ausencia de una mirada cálida*** y estimulante del médico, es la clave de la “deshumanización”. Al establecer un contacto visual con el paciente, el médico observa qué dice el cuerpo, cómo se mueve, el control tónico postural, su gesto, el control respiratorio, si esta relajado o tenso. Cuando el médico tiene una determinada actitud es capaz de transmitir esa emoción al otro; esto se lleva a cabo a través de procesos cerebrales que se ven implicados, y por ello se habla de ***las neuronas espejo***, nombre que se le ha dado a las neuronas que se activan cuando observamos lo que hace,

percibe o siente otra persona. Las neuronas espejo nacen de los estudios que se realizaron en la universidad de Parma por Giacomo Rizzolati: constató que los monos que observaron una conducta en otro activaba un área del cerebro relacionada con el control del movimiento, en concreto **las neuronas espejo** que se sitúan en la corteza pre motora.

Por otro lado, la mirada es lenguaje, empatía, cooperación; es el vehículo de transmisión de sentimientos y emociones, de un gran encuentro terapéutico. Es sentir los aspectos emocionales o afectivos del movimiento, placer, comprensión, seguridad, cercanía, conexión, calidez, ayuda, temor, aceptación y/o rechazo. **El médico que no tiene calidad humana**, tiende a tratar al paciente con soberbia y con superioridad, menosprecia la esencia espiritual del ser humano, tiene insensibilidad al dolor y una relación con el paciente, despersonalizada. Por ello, la mirada médica, ha de ser libre, compasiva y honesta. En el trato humano, viene a cuenta lo que decía Albert Einstein: “Trata de no convertirte en un hombre de éxito, sino en un hombre de valor”.

Por otra parte, **la empatía es la conciencia de los sentimientos**, necesidades y problemas de los enfermos. Dice una médica: “la empatía requiere que tú seas paciente y tranquila, aunque estés pasándolo mal por ver a gente sufrir”. Otro médico describe que la relación “médico-enfermo”, es importantísima: **tener suficiente tiempo**, mirar a los ojos, gesticular, dejar que la gente exprese sus sentimientos. Asegura que está muy bien la ecografía, la dermatoscopia, la teleoftalmología, pero es fundamental certificar una comunicación integral con el paciente. Muchos pacientes, sencillamente, lo que quieren es hablar, disminuir el sufrimiento físico y emocional, neutralizar la soledad. Es muy importante la fluidez verbal, los pacientes creen al médico que habla despacio. **Una soledad nihilista que produce inmunosupresión**, inmovilizándose los linfocitos citotóxicos, lo cual implica un agravamiento de la enfermedad. **La capacidad empática**, es también, la habilidad para expresar al enfermo que se le ha comprendido. La empatía ayuda a sobrellevar la dureza de la profesión, y apuesta por dotar a los médicos de estrategias mentales que les permitan gestionar una relación próxima con el paciente sin comprometer su equilibrio emocional. Y esa preocupación por los demás, es decir por los enfermos, deriva de la **sintonización emocional** y del amor al “otro”.

Sin embargo, **muchos profesionales abducidos por este tiempo de deshumanización** no consiguen desarrollar las competencias de la comunicación. Son personas sordas a las emociones (**alexitímicos**) y carecen

de la sensibilidad necesaria para percatarse de las notas y los acordes emocionales que transmiten las palabras. En este sentido, los tonos, temblores de voz, cambios de postura y los elocuentes silencios pasan totalmente inadvertidos. Dice José Saramago (Premio Nobel de Literatura en 1998), en su libro *“El hombre duplicado”*, que *“sólo el amor nos permite conocernos”*. Y ciertamente la clave de la empatía es el amor. Cada dolor es un dolor único, igual que es única cada soledad...Lo que no hay que decir nunca en consulta es, *¡hay que aguantarse!* Hay que proclamar, ¡Vamos a poder!

El médico debe tener la habilidad de percibir los sentimientos de cada paciente y tratar de ponerse en su lugar, para comprender en profundidad cada situación, con la finalidad de conectar con el mundo interior del paciente y poder facilitar la resolución de sus crisis. *La felicidad es la gran medicina*, el gran deseo y anhelo del ser humano; se relaciona especialmente con la potenciación de la salud y con el refuerzo de todos los indicadores fisiológicos y psicológicos. La comunicación humana, por encima de todo, *es ternura*, eficaz refugio y gran tranquilizante para la seguridad y el bienestar del ser humano. Por ello, no podemos dejarnos llevar por la inercia social y el hostigamiento de la rutina; una mayor conciencia de la praxis médica y nuestro afán de perseverar en lo que somos por conseguir esos instantes felices y humanos con el paciente justifican y alegran también, nuestra existencia.

*Lo esencial de la humanización para el médico*, es la manera de comportarse y de actuar, de comprender a quien tienes enfrente; el médico con ese trato humano es una luz muy potente para las inseguridades y “sombras” del enfermo; un rayo de luz que mantiene viva la energía y la esperanza del paciente. Este tipo de médicos, son *“personas medicina”*. Persona que con solo pensarla, dibuja una sonrisa en tu cara; consigue que veas las cosas de otra manera, que está siempre ahí, aunque no te des cuenta, que impide que te deprimas, que te levanta el ánimo más que el mejor psicofármaco, que la ves o te la imaginas y te alegra el día, que con una mirada te tranquiliza. Aquella a quien quieres sin poder evitarlo. Personas que hablan despacio, que escuchan sin mostrar reacciones impulsivas y que dominan el tono de la conversación.

Se compadece de las desgracias de semejantes, te acompaña y eso es muy humano. *El acompañamiento es un asunto de compromiso y amor*. Un asunto, ante todo, de humanidad. Entregarse a fondo y disponer de un medio para 'recargar las pilas' desgasta menos que protegerse continuamente detrás

de una actitud defensiva. Los médicos que se implican por entero parecen recuperar las fuerzas con más facilidad, como si las extrajesen de su propia actividad. Recuerdo una frase de Lou Andreas Salomé, una de las primeras mujeres que practicó el psicoanálisis: “sólo entregándonos nos obtenemos completamente a nosotros mismos”. En fin, el clínico, tiene la profesión ideal para convertirse en *un ser humano compasivo* puesto que es testigo permanente de la condición humana. Eso no es suficiente, ni siendo amable o con buen trato. ***Debe tener el don de la sensibilidad y la abnegación.*** Todos buscamos ternura. La ternura se alimenta de sonrisas, de miradas cálidas y de suaves caricias; de apretones de manos y de abrazos; de frases alentadoras y de consuelo; de detalles, de gestos sinceros y dulces; la ternura es complicidad y camaradería, es aceptación y tolerancia, es respeto y admiración por el otro, en una palabra, es lo más sublime del sentimiento humano.

El trato humano, *se apoya en la confianza*. Así un enfermo manifiesta a su cirujano, ¿qué tengo que hacer para usted me opere la próxima vez? Los profesionales sanitarios, participan de los valores imperantes en la sociedad actual globalizada en la que el hombre, en general, sufre un profundo desencanto por la reducción y/o desaparición de los principios éticos y morales, así como el desvanecimiento de los valores (vocación, honestidad, respeto, esfuerzo, confidencialidad, responsabilidad, compromiso, espiritualidad, sacrificio, trabajo, ilusión, amistad, sensibilidad, generosidad, capacidad de ayudar, etc.) y, naturalmente, esto influye en la profesión sanitaria ya que, bajo la tiranía del nihilismo, ya no queda un espacio “reflexivo” en nuestra mente para la virtud y la moral, es decir, para la humanización. ***La clave para sacudirse la soledad es vivir con ilusión*** y argumentos, mirando hacia adelante; pasar las páginas azarosas, duras y frustrantes y tener una paz interior hilvanada en un fuero interno de coherencia y de invención.

El gran profesional médico, entiende que hay que valorar mucho más el tiempo y cada atardecer, el amanecer o la inspiración de aire llenando tus pulmones; cultivar la gratitud, retener el sentido de propósito de vida y enfatizar lo positivo de cada situación o circunstancia y derrochar optimismo a raudales. Como expresara el Dr. Gregorio Marañón: "...trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor". En la medicina actual, la comunicación y, en especial, el lenguaje del gesto, está siendo reemplazado por el de las máquinas; vivimos en una orgía digital, donde el pensamiento se digitaliza, tal vez el *“homo sapiens*

*haya sido sustituido por el homo digitalis*". Las nuevas tecnologías y las redes sociales nos distancian aún más de los otros y las necesidades psicosociales tan importantes para la salud y la estabilidad emocional, se difuminan lentamente. ***El trato inhumano se dispara cada vez más***. Además, el cientificismo reduce al ser humano a su dimensión biológica desprovisto de dimensiones transcendentales, anímicas y espirituales. Por eso, el problema más acuciante de la Medicina actual no reside tanto en la innovación tecnológica o en la preparación y/o capacitación profesional, trascendente para mejorar la calidad asistencial, sino en el comportamiento ético de la profesión médica y de su compromiso universal en la lucha contra el dolor y el sufrimiento humano. ***Se trata de actuar con una sensibilización compasiva***, dignificar la vida humana y humanizar la salud. En este logro encontramos múltiples adversidades: deficiente gestión, obstáculos que interfieren, burocracia gigantesca, certificados, permisos, masificación, conciliación familiar y laboral, conflictos grupales, ausencia de liderazgos intelectuales y morales. El "homo sapiens", ha sido sustituido por el "***homo digitalis***"; el pronóstico, si se cumple, hipertrofia la relación "médico-enfermo".

En este ambiente el médico/a, diariamente se enfrenta a diversos agentes estresantes, tales como: la resolución de problemas que muchas veces esta fuera de su alcance, competencias, procesamiento de información rápida, estímulos ambientales dañinos, frustración, percepción de amenaza, enfermedades, aislamiento, bloqueos en los intereses de su carrera profesional, presión insoportable del centro de salud o del hospital, obstáculos para conseguir sus objetivos planeados, jornadas de trabajo inacabables, desempeño de actividades basado en la presión y exigencia de los superiores, deficiente comunicación, jefes que no nos explican claramente cuáles son nuestros objetivos, trato hostil, así como la convivencia de relaciones sociales complicadas con los mismos compañeros y jefes inmediatos. ***La insatisfacción laboral alimenta de forma continua el estrés del médico***. Y las emociones negativas derivadas de la insatisfacción, socavan la capacidad del cerebro para pensar ampliamente y encontrar soluciones creativas. El escenario social no ayuda: vivimos con prisas, estresados, anestesiados por las pantallas que para eso se han convertido en una vía para evadirse de la realidad que no se comprende: violencia verbal y física, acoso, sexualidad vacía, teléfonos y tabletas para que no nos dejen tranquilos.

En fin, cuando el temor te aferra, te lleva al miedo y al estrés y estas emociones generan – ira, culpa, angustia, resentimiento, vergüenza –

llevando tu pensamiento a un campo estrecho que te impulsa a opciones oscuras. Igualmente, *la insatisfacción laboral*, se relaciona con actitudes negativas y más factores estresantes en el lugar de trabajo que impide y dificulta la comunicación y la humanización. Informar a un paciente de que tiene una enfermedad de difícil tratamiento o que va a modificar radicalmente su calidad de vida no es fácil y conlleva un punto de estrés que nos lleva irrefrenablemente al “burnout”. Algunos médicos, son incapaces de manejar esa situación emocional e intentan imprimir a su mensaje un halo de normalidad, lo que es interpretado por el paciente como indiferencia.

Por eso muchos enfermos que han pasado por esa experiencia, indican que se han sentido muy solos, a pesar de que el médico esté siempre ahí, ejerciendo adecuadamente su trabajo. Y todo ello, desemboca en un estrés gigantesco que el médico no puede neutralizar, poniendo en grave riesgo su salud mental y su rendimiento cognitivo. ¿Cómo va a atender de forma cálida el médico a los pacientes si sufren “*burnout*” laboral y están desmotivados? ¿Cómo van a hacer bien su praxis clínica si en la propia organización sanitaria no existe una estrategia de formación y prevención? Así, no es extraño, que surjan grandes errores médicos, como una paciente de 40 años que le extirpan por error una mama; no tenían cáncer, sino un *fibroadenoma*, es decir, una lesión no cancerosa con ganglio centinela de axila sin evidencia de malignidad, con tejido adiposo sin datos de interés patológico. ¿Cuántos errores se producen por falta de una comunicación eficaz? ¿Cuántos fallos se dan con resultado muy grave por ausencia de humanidad en la praxis clínica actual?

El desgaste que supone enfrentarnos a una situación de *estrés acumulativo* (sobrecarga de trabajo, falta de apoyo emocional, escasez de valores, distracción neurótica, ritmo de trabajo vertiginosos, falta de pensamiento, reflexión, prudencia y humildad; preocupaciones y obsesiones que implican miedo, angustia y sufrimiento), termina en *deshumanización*. El nuevo objetivo del médico es ser feliz trabajando, desarrollando intensamente las habilidades de comunicación y su crecimiento personal. La satisfacción laboral, se relaciona estrechamente con la felicidad y el bienestar psicosocial. Me comenta un médico: “hoy valoro la tranquilidad, no estoy para discutir con nadie, empiezo a valorar mi silencio y mi paz interior; no vale la pena gastar energía en convencer a aquél que no te quiere escuchar; que la paz me acompañe hoy y mañana, firme e intacta”. Tal vez para llegar a esta conclusión, es esencial el desarrollo y madurez de la autoeficacia (*self efficacy*), es decir, «las creencias en las propias capacidades para organizar, diagnosticar e intervenir eficazmente en las acciones requeridas que

producirán resultados satisfactorios». **La autoeficacia es una fuerza humana primaria** con un enorme potencial para influir positivamente en la confianza y recuperación del paciente, ya que puede conducir a: un trato humano más positivo, a motivar y esforzarse más, a ser perseverante, pensar positivamente y resistir al estrés y a la frustración.

En una investigación del **Opener Institute de Oxford** llevada a cabo con 41.000 personas se ha puesto de relieve que las personas con índices mayores de felicidad en su trabajo tienen un rendimiento mayor: dedican el 80% de su tiempo a las tareas encomendadas, es decir, 4 días de 5 a la semana. **Un estilo de vida feliz** provoca una disminución de los niveles de depresión y de sobrecarga del empleado de una forma clínicamente significativa y mantiene los niveles de autoestima y estimula grandes cambios positivos en el estado de ánimo de forma inmediata. Asimismo, hay que subrayar la aparición de emociones positivas, la superación de miedos y el aumento de relación y de cohesión grupal.

Todo ello, son indicadores significativos de salud, bienestar, satisfacción y productividad laboral. Así, pues, aquel médico que experimente orgullo por lo que hace, que se sienta valorado y considerado por la institución sanitaria y que sienta que tiene desafíos y proyectos en el día a día va a experimentar, finalmente, la percepción de felicidad laboral. Y si a esto se le agrega una remuneración económica acorde al mercado y a sus necesidades, esa persona es la que llamamos **“happy worker”**. A pesar del inmenso desarrollo biotecnológico, seguimos siendo simplemente seres humanos, **altamente vulnerables y débiles** que podemos desaparecer ante el viento huracanado de cualquier enfermedad. En la deshumanización, el paciente (¡y el propio médico!), viven en los abismos del silencio, lo cual conduce a la desesperación (**diselpidia**). El médico, puede rescatar al paciente de la monotonía de la enfermedad y generar un carrusel de emociones que cristalizan en el pensamiento positivo, en la lucha contra la enfermedad. Por ello, necesitamos más que nunca el apoyo afectivo incondicional, la atención y comprensión y la consideración ética integral como seres humanos.

En el Eclesiastés (4:10), encontramos una frase reveladora: **“pobre del que está solo y se cae y no tiene quien le ayude a levantarse”**. En fin, amabilidad, afectividad, sensibilidad, paciencia, amistad y empatía, son poderosos medicamentos para combatir la deshumanización. Sin estos fármacos nos asfixiamos. Nada que ver con amables robots andróides ejerciendo de eficientes médicos. Para un médico con un perfil humano,

**“vivir significa querer y ser querido”**. Recordemos lo que manifestó el médico y Premio Nobel de la Paz (1952) Albert Schweitzer, **“soy un ser vivo y deseo vivir, en medio de seres vivos que quieren vivir”**. Como dice el Dr. Umberto Veronesi, **“no se puede hablar de curación sin hablar de humanidad: La medicina debe ser un encuentro entre ciencia y compasión”**.

Vivimos tiempos claroscurios; tal vez no tan oscuros como los descritos por Hannah Arendt, en su libro **“Hombres en tiempos de oscuridad”**. Y en ausencia de unos claros referentes éticos, el médico se puede conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante. Pero, **la humanización tiene que ver con la dignidad del enfermo**. Y, especialmente, con la palabra dulce, amable, tierna, cariñosa, que ayuda a rebajar la tensión emocional y el estrés del enfermo (Levistes y cols., 2009). Pero como decía el profesor Veronesi: “mas alentadoras que las palabras a menudo son los gestos de afecto y de cercanía los que dan confianza al paciente y ayudan a restituirle la capacidad de luchar”. **La palabra como origen de todo lo divino y lo humano**, es vehículo de comunicación, entendimiento y acuerdo e, incluso, de diálogo con los dioses. Se trata de un arma más poderosa que la espada, como decían los clásicos del arte galénico. Además, de acuerdo al instituto británico NICE (**National Institute for Health and Care Excellence**), la toma compartida de decisiones: minimiza riesgos, aumenta la autonomía y el autocuidado, mejora los indicadores fisiológicos y optimiza la percepción de la calidad en pacientes y médicos. Y todo gracias a la palabra y a esa conversación terapéutica que, al mismo tiempo, potencian la adherencia al tratamiento. Pero ¿qué ocurre con el trato humano? Pues que el crecimiento del EGO (bosques de EGOS), ahoga el trato humano; **despersonaliza y cosifica**. Algunos médicos que se creen por encima de todos, con mucha arrogancia y con un delirio de estar por encima de sus compañeros.

**Médicos con falsas sensaciones de poder** sobre uno mismo y sobre el entorno, que no toman conciencia del vacío interior en el que transcurre la vida de cada día, perdidas en el proceloso mar de la búsqueda de la vida. Ese dinamismo mental, nos lleva inequívocamente a la deshumanización y a la confrontación en la relación “médico-enfermo”. Y en este escenario, **la palabra se convierte en el antídoto principal**; en un bálsamo reparador que tiene excelentes resultados y ningún efecto secundario; la palabra acaricia nuestra alma, equilibra nuestro sistema nervioso central y refuerza nuestro sistema inmune.

El médico con esa actitud positiva dice a su paciente: “eres más fuerte de lo que crees y más capaz de lo que te imaginas”. Pero, muchos pacientes se preguntan, ¿Dónde está la humanidad? ¿Dónde el cariño y el amor? ¿Dónde la escucha? Escuchar parece sencillo, pero ¡qué difícil es conseguirlo! ***Escuchar es una gran habilidad médica***; no puede haber comunicación ni medicina integral sin escuchar, sin generosidad, sin bondad, sin comprensión y sin escucha. Pero el arte de escuchar se ha diluido en la parsimonia de atender sin oír, ver sin entender y alucinar sin gozar. No es lo mismo oír que escuchar; oír hace referencia exclusivamente a la percepción de sonidos; sin embargo, “escuchar”, marca la diferencia; supone plena atención a lo que está diciendo el paciente, incluso, se puede percibir lo que no verbaliza. De hecho, una escucha silenciosa es vital para la comprensión y satisfacción del paciente; el paciente desea la palabra precisa, la mirada constante y la sonrisa generosa. Es necesario borrar comentarios invalidantes y mezquinos: “su dolor no es para tanto”, ¿otra vez con el mismo problema?, ¡hay gente mucho peor que usted! ¿De qué se queja? Cuando el médico consigue “***escuchar***”, mejora la salud integral del paciente, se controla la ansiedad, la angustia y la desesperación del enfermo. ***Escuchar es la clave del “trato humano”***. Si escuchásemos de verdad mejoraríamos el mundo; no puede haber bondad, generosidad y comprensión sin escuchar. Meryl Streep, actriz y premio “Princesa de Asturias de las Artes”, en 2023 manifestó: “en este mundo cada vez más volátil, lo importante es escuchar”.

Creo que sería interesante escuchar el doble o el triple y hablar la mitad. Escuchar es una virtud imprescindible para revitalizar los frágiles lazos de la comunicación. Sólo construimos la deseable relación “***médico-enfermo***”, cuando escuchamos. Sin embargo, estamos perdiendo cada vez más el don de escuchar. ***El paciente es el protagonista, no el médico***. Comentarios inoportunos (¡Ah, pues conozco otro paciente igual que usted!), ***dejan al paciente con un sentimiento de vacío***. Lo mejor, lo más terapéutico y más humano, es desplegar nuestras antenas perceptivas de escucha y ayuda ¿cómo puedo ayudarte?, ¿cómo te sientes? Así, nuestra amígdala cerebral, se relaja con los ingredientes de la humanización y, por supuesto, el cortisol también se neutraliza. Uno de los aspectos más importantes en la relación médica es el respeto absoluto al paciente a nivel de conciencia y convicciones; también el médico, en los casos necesarios del paciente religioso, no puede dejar de movilizar los recursos espirituales si ello ayuda al proceso de la enfermedad y la curación.

Pero el arte de “escuchar” se ha diluido en la parsimonia de atender sin oír, ver sin entender y alucinar sin gozar. Con mucha frecuencia nos

encontramos con profesionales sanitarios que tienen **“sordera emocional del otro”**. Son profesionales que solo hablan ellos, discursos circulares que alimentan su YO y que ignoran al “otro”. En algunos casos no escuchar, resulta clamoroso; **no oyen más que el eco de sí mismos** y se abona intensamente la arrogancia, la soberbia y la prepotencia; se alejan de esa humanidad imprescindible para la praxis médica. El enfermo se encuentra en un paraíso digital donde es imposible distinguir entre información y comunicación. **Hay cascadas de información, pero falta la comunicación (encuentros, miradas, palabras dulces, caricias, silencios, ternura, empatía, escucha, paciencia, sensibilidad...)**. Muchas veces el paciente echa de menos la falta de educación, la amabilidad y el respeto. En esas circunstancias, el médico extrae conclusiones erróneas que ponen en peligro la salud y el bienestar del paciente. Ciertamente, el arte de escuchar se ha diluido en la parsimonia de atender sin oír y ver sin entender. **Escuchar es salir de sí mismo, valorar al “otro”**. Escuchar es romper la burbuja egocéntrica y emprender el generoso viaje hacia la humanización de la medicina. Una paciente afirmaba: “he pasado por una situación tan cruel e inhumana en los peores momentos de mi vida que no tengo palabras”. **Desinformación en un paraíso digital**. La cultura de la pantalla se ha colado en la relación “médico-enfermo”, llegando a sustituirla (Figura 4). El miedo acorta las visitas, incluso las anula, pasando al modo digital. Por todos lados, se fragmenta ese principio ético tan necesario en la praxis clínica de excelencia: **“somos garantes de la dignidad humana”**. La dignidad humana, se basa en este axioma clásico **“Homo homini sacra res” (“El hombre es cosa sagrada para el hombre”**; Lucio Anneo Séneca, Carta a Lucilio).

Hubo un tiempo en que la profesión médica se caracterizó por la entrega y la vocación de los profesionales, correspondidos por el respeto y la admiración, cuando no la veneración, de sus pacientes y familiares. En nuestros días, el avance de la tecnología y la fragmentación del conocimiento han contribuido a la deshumanización en una era progresivamente dominada por el consumismo y el ego. Cada vez tendrá más importancia la comunicación no verbal; las palabras acaban por perder su sentido. Al enfermo, hay que hablarle despacio con frases cortas y palabras sencillas, gesticular muy poco a poco. Y, no obstante, no se le ha de excluir de la convivencia ni de las conversaciones. Y, sobre todo, tocarlo con afecto, acariciarlo, mirarlo con cariño y sonreírle: ésa es la mejor forma de suministrar seguridad a él y a todos sus familiares. Una tenue y volátil seguridad, tan lábil como la de una nube, pero esencial que continua con la llama de la esperanza, a un enfermo preso en su laberinto.

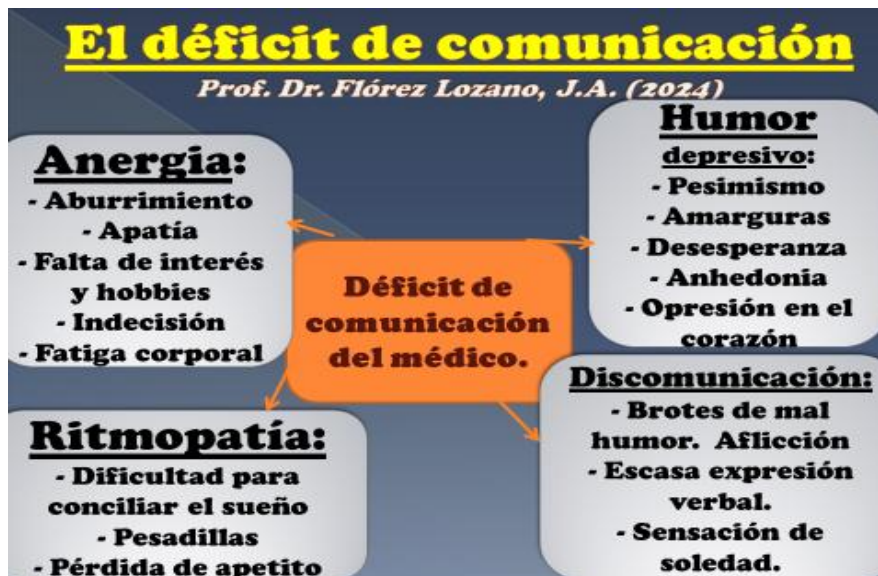


Figura 4. El déficit de comunicación se traduce en una sintomatología que afecta el equilibrio emocional, produciéndose ritmpatías que se traducen en dificultades en la conciliación del sueño.

Por todos lados, se fragmenta ese principio ético tan necesario en la praxis clínica de excelencia. Nos hemos convertido en robots y ello implica duras consecuencias psicológicas, neurológicas y emocionales. Nuevos médicos, succionados por la tecnología digital, “tecno personas”, próximos a la ciencia ficción. De hecho, *solo un tercio de los médicos* ofrecen a sus pacientes la oportunidad de describir a gusto su situación; estamos lejos de la medicina centrada en el paciente (Flórez Lozano, 2024). Esto es la deshumanización de la medicina. Sin embargo, *la humanización, por encima de todo, es AMOR*. La medida de nuestra humanidad viene determinada fundamentalmente por la capacidad de las palabras para expresar las emociones y las experiencias sensoriales de los enfermos. Es ese amor invencible que todo lo puede: “*Omnia Vincit Amor*”, decía Virgilio. El amor “alumbra” la cara y el espíritu del paciente; es la calefacción del corazón y es el medicamento ideal en la protección del paciente. El amor es la luz de la esperanza; es tratar, *dar siempre*, sin medida; es proveer compañía, *regalar tiempo*, comunicación, escucha, dedicación, paciencia y cariño.

A este respecto, Sófocles (495-406 a.C.), manifestó: “una sola palabra nos libera de todo el peso y el dolor de la vida y esa palabra es amor”. La humanización en salud significa mucho más que ser cordial, amable y agradable. *Implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como un objeto*, una simple enfermedad o unos síntomas específicos. Implica también, la amabilidad; una aliada perfecta para soportar mejor el dolor físico

o atenuar las sensaciones de ansiedad. El sistema inmune se ve muy favorecido. Reduce los niveles de cortisol, es una fuente inagotable de placer; permite enfrentarnos con eficacia frente a las enfermedades, mejora la imagen, aumenta nuestra confianza y optimismo. La persona amable, muestra un verdadero interés por las personas. **La amabilidad es contagiosa** y sus efectos se expanden. Para humanizar es esencial, practicar la amabilidad, dulcifica la vida y regala felicidad. En esencia, humanizar la sanidad significa personalizar la atención al paciente. **La humanización es disponibilidad**, trabajo en equipo, formación continuada, actitud serena, comunicación, amor y compasión; términos que definen nuestras mejores armas contra esta pandemia de deshumanización.

Tenemos hambre de afecto, de comunicación y de cariño, por eso, surge la angustia sin límites. Como dice José Saramago en su relato metafísico **“El cuento de la isla desconocida”**, cada vez somos menos un nombre y más un número. **El subestimar al paciente**, muchas veces supone ignorarle; el médico se centra más en la "enfermedad" que en la persona. **Contemplar, atender, cuidar y comprender al ser humano como una auténtica obra de arte**, puede provocar esa fuente de satisfacción interna. Tomar la mano produce alivio y es una forma de expresar apoyo, cercanía, compañía e intimidad. Pero, además, bajo ese bálsamo consolador, que se consigue en gran parte a través de la palabra, del contacto táctil, de la empatía, de la capacidad de escucha y de una actitud cordial, se esconde todo un arsenal terapéutico, contrastado científicamente, que es capaz de generar un estado anímico positivo y combativo frente a la enfermedad, al lado de los tratamientos más innovadores. En fin, atajar los repuntes continuos de deshumanización es vital para el médico y el paciente y exige compromiso y sensatez individual. La comunicación en la praxis clínica ha de ser **una gran alianza terapéutica**, que actúa como un eficaz placebo, disminuyendo sorprendentemente el sufrimiento y el dolor del enfermo, actuando, en fin, como un potente fármaco.

Por eso, el médico con un trato humano se convierte en una **persona medicamento** para sus pacientes. Para ello, es necesario un mayor grado de concienciación para un trato humano de excelencia en la praxis médica. También, ¡Exigimos ayuda, formación, concienciación y comprensión! **Humanizar es empatizar**. La humanización reclama de los médicos sensibilidad ética, que posibilita una actitud de apertura mental, afectiva, de autorreflexión permanente. La observancia de principios éticos y virtudes resulta fundamental para remodelar hábitos y costumbres de intervención e interacción con los pacientes. La deshumanización ataca la interacción del

binomio paciente-médico: alteración de la agencia del paciente, mecanización, reducción de la empatía y desconexión moral. Por el contrario, la empatía es una forma de estar en contacto con lo que otro experimenta, con lo que el paciente tiene, piensa y sufre. Como dijo Rof Carballo (1954), no se trata únicamente de ver en el sujeto enfermo un conjunto de funciones, sino también una historia personal. El hombre como expresó Zubiri, *es naturaleza e historia y está proyectado hacia los demás*. La empatía es esencial para mantener la luminosidad de la vida, reforzar las expectativas de la vida, renacer de las adversidades, de los traumas, de las desgracias y de la enfermedad. Empatía, atención, verdadera comunicación y el contacto humano, nos convierte en seres irremplazables. Naguib Mahfuz, Premio Nobel de Literatura en 1988, escribió en su obra *“El viaje del hijo de Fatuma”*: “Me invadió una nueva sensación y disminuyeron mis tristezas, el viaje controló mis sentimientos y se abrieron ante mí horizontes ilimitados para la esperanza”. Se podría afirmar que los médicos con mejores habilidades empáticas tienen más probabilidades de conseguir una conducta positiva en el paciente. *La empatía es un estímulo vivo* para un espíritu demolido por la enfermedad.

Cualquiera de nosotros, tiene miedo al tratamiento, al abandono, al rechazo, al maltrato, a la pérdida y a la enfermedad. Sin embargo, lo podemos controlar con la empatía, en esa sinfonía lumínica de la vida única e irrepetible; en la sensación placentera de vivir, de amar, de esperanza, de humor, de querer y de aprender. Kant, decía que la vida se hace soportable por la esperanza, los sueños y el humor. Una profunda empatía del médico está asociada con una mayor motivación del paciente para el autocontrol de la enfermedad y su curación integral. Un médico empático, *comprensivo que comparte las decisiones con el paciente, puede reducir un 50% el riesgo de muerte*, también se producen cambios positivos en la conducta y en los estilos de vida, *potenciándose la adherencia terapéutica* y reduciendo el sufrimiento emocional. Cuando hablamos de empatía, queremos decir: sentir la emoción que sufre el enfermo; conocer el psiquismo del paciente, sus ideas y sentimientos; adoptar la expresión facial o la postura de la otra persona durante la comunicación; imaginar lo que se pensaría o se sentiría si se estuviera en el lugar del paciente; acompañar en el sufrimiento o la alegría del paciente y manifestar siempre una actitud positiva de querer ayudar.

El médico empático, escucha en los ojos del paciente. *La empatía es la medicina universal de la farmacia celestial*. Empatía es comprender y, por encima de todo, es amar. Ciertamente, solemos referirnos a la empatía recordando aquella escena de la película *“Matar a un ruiseñor”* (1962) en

la que el abogado Atticus Finch, interpretado por un espléndido Gregory Peck, defendía a una persona de raza negra acusada de un crimen que no había cometido y afirma: ***"Nunca entiendes realmente a una persona hasta que consideras las cosas desde su punto de vista, hasta que te metes en el interior de su piel y caminas con ella"***. Como decía Hipócrates es el último recurso terapéutico, cuando ya nada puede hacer. ¡Con la empatía, todo parece ser ilimitado, incluso la propia vida! El médico ha de expresar al paciente: te entiendo, sufro como tú, soy paciente...Y creo en la ***"escucha"***. En fin, ***la palabra amable, cariñosa, comprensiva y afectiva es crucial para lograr la capacidad empática.***

Es esencial, por lo tanto, que los médicos/as tomen conciencia de que la empatía es un medicamento esencial, para un correcto uso de la comunicación, ya que éstos son partícipes de los sentimientos de los pacientes y lo hacen sin juzgar ni culpar, evitando una reactividad emocional estéril (más bien negativa) del paciente. Recientemente, se ha descubierto que las ***emociones negativas***, como la ira, la ansiedad o la depresión, y también el estrés debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas. En efecto, las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo, tensión continua, hostilidad o amargura tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Se ha descubierto que las emociones negativas (¡tan frecuentes en el ámbito sanitario!), como la ira, el mal humor, la ansiedad o la depresión, y también el estrés debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas.

De hecho, el humor negativo y frío activa una forma de pensamiento centrada en lo malo, en lo más perverso, en lo más pesimista y en lo más cansado. En fin, puentes afectivos dinamitados que olvidan el origen de nuestra relación y vida. En muchas ocasiones valores fulminados, paranoias infinitas, recuerdos y risas encallados y autoestima destrozada como consecuencia de la enfermedad y de los fallos en las habilidades de la comunicación. Sin embargo, a mayor afecto positivo, supone un menor riesgo de enfermedad, una mayor activación de la inmunidad y una mejor salud integral. Lo ideal, es el estado anímico positivo que mueve a las personas a adoptar una forma de pensar creativa, activa, ilusionante, imaginativa, afectiva, tolerante, constructiva, generosa y relajada. Estas emociones positivas (alegría, optimismo, entusiasmo, vitalidad y energía psíquica, se corresponden con sensaciones corporal placenteras que ayudan a la recuperación de las secuelas de los problemas de la enfermedad o de la cirugía; previenen la salud física y mental y aumentan la capacidad de

afrontar las adversidades, potenciando la felicidad, permitiendo un crecimiento psicológico capaz de reducir el nivel de hidrocortisona (cortisol) y las respuestas inflamatorias al estrés, así como las molestias físicas, aumentando la resistencia (¡resiliencia!) a los rinovirus y reduciendo significativamente la vulnerabilidad a la enfermedad. Todo ello, aumenta las probabilidades de una vida más larga

Y así vamos descubriendo lo más humano, lo más bondadoso de la persona. En fin, **la humanización cristaliza en un trato humano**; una conducta que implica regalar tiempo, aceptar el paciente, valorar sus sentimientos, darle amor y ternura y ayudar generosamente a enfermos y familiares. Aquel dicho de que **“nunca como hoy la medicina ha estado tan cercana a la enfermedad y tan alejada del enfermo”**, es una realidad que puede dejar de serlo mediante la potenciación de la comunicación. Y este poderoso combustible de superación, es la comunicación; el latido que se sincroniza en sístole y diástole con el del paciente al que tenemos el privilegio vital de acompañar, cuidar, amar y curar. **Ofrecer al paciente un trato humanitario y de alta calidad** es un compromiso ético de la profesión sanitaria. El médico que no tiene calidad humana tiende a tratar al paciente con soberbia, menosprecia la esencia espiritual del ser humano, actúa con insensibilidad al dolor y **exhibe una relación “médico-paciente” despersonalizada**. Urge recuperar lo más genuino del ser humano si queremos seguir siendo personas y huir de espacios lúgubres que ha creado la deshumanización; al fin y al cabo, lo único importante que quedará, serán las huellas de amor que hayamos dejado.

***“La palabra amable, cariñosa, comprensiva y afectiva es crucial para lograr la capacidad empática”.***

***“Cada vez somos menos un nombre y más un número”. José Saramago.***

***“El dolor se puede aliviar con analgésicos, pero el sufrimiento psicológico no”.***

En estos tiempos, médicos y pacientes, tienen hambre de comunicación. Tecnológicamente, hemos alcanzado límites insospechados, pero vivimos tan deprisa y tan ocupados que nos olvidamos de lo más importante; con los móviles, nos hemos comido el diálogo; cada vez tenemos más conocidos y menos amigos. Y el mejor amigo para el paciente, ha de ser su médico. La comunicación integral es vital para el paciente y muy útil para el médico en el plano personal, familiar y clínico. ***En torno a un 64 % de los pacientes se quejan de la falta de comunicación*** (o de su escasa calidad); muchos pacientes, rechazan el trato recibido y este porcentaje, incluso, es mayor en los pacientes hospitalizados. Estos datos, suponen una llamada de atención acerca de la importancia y necesidad de establecer una buena comunicación entre el médico/a y el paciente. A través de la comunicación, podemos moderar el dolor, restablecer la confianza del paciente (muchos se sienten engañados) y, sobre todo, potenciar la colaboración del enfermo y de sus familiares en el proceso de su recuperación (Flórez Lozano, 2024). La comunicación es un potente psicofármaco que permite suprimir los conflictos y la ansiedad consiguiendo una mejor adaptación emocional y una recuperación menos amenazada por tensiones y sufrimientos que agravan aún más su propia enfermedad.

***La comunicación integral despierta el entusiasmo del paciente;*** un productor de energía, de estimulación mental y emocional; un disparador de vitalidad que le sirve al paciente para afrontar la adversidad, la pena y el dolor. A través de la comunicación integral, el médico descubre el medicamento que hay en nuestra fuerza interior. Sin embargo, a veces, despertamos en el paciente una ansiedad gigantesca por no utilizar correctamente la comunicación. ***La falta de empatía*** destruye la prudencia y contamina la comunicación. Me refiero a este caso: “el paciente escucha al jefe médico, es un caso típico de TS”. Pero ¿qué es TS? El paciente elucubra y piensa, tiene que ser “situación terminal”. Sin embargo, era un término médico relativo a “estenosis tricúspide”. Pero él empezó a tener una ansiedad descontrolada, problemas respiratorios muy graves y, finalmente, falleció por edema pulmonar. Por ello, muchas organizaciones como la ***“Association of American Medical Colleges”*** y la ***“American Board of Internal***

**Medicine**”, han empezado a recomendar con toda intensidad la necesidad de una formación humanística adecuada, especialmente en los principios de la comunicación humana. La humanización de la relación médico-paciente nos plantea el reto de incentivar la formación humanística necesaria para que el médico goce también de un liderazgo emocional, objetivo prioritario de la llamada Medicina basada en la afectividad. El médico siempre ha de mostrar una actitud de sencillez y frescura que le haga ser percibido como alguien próximo y amable, pero con seguridad en sí mismo. Hay que subrayar que **somos personas**, vivimos en relación con los demás en nuestro entorno profesional y personal, **trabajamos con personas**, atendemos a personas, convivimos con personas, necesitamos comunicarnos, es la gran necesidad del ser humano.

Queramos o no, nos comunicamos en todo momento de una forma verbal y no verbal. La comunicación, en fin, **permite impedir que un estado de labilidad emocional autónoma empeore la enfermedad** y aparezcan complicaciones como arritmias cardíacas o determinados efectos secundarios no previstos en el tratamiento. Es entonces, cuando el enfermo percibe una gran satisfacción que ayuda a su tratamiento eficazmente. La comunicación supone un **“feed-back”**, es decir, un proceso de retroalimentación; la comunicación en un solo sentido no favorece el intercambio de la información, el pensamiento o los sentimientos entre dos personas. El diccionario Espasa define la comunicación como «acción y efecto de comunicar o comunicarse, trato, correspondencia entre dos o más personas, transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor». De esta forma, el médico/a basa su actuación clínica en la relación con seres humanos, pacientes y familiares que experimentan el sufrimiento de la enfermedad y de sus consecuencias sociolaborales. Por otra parte, el principio de respeto de la **“autonomía”** del paciente, reconoce que diferentes enfermos deberán ser tratados de una forma distinta por el profesional sanitario. Recientemente, la “crisis de autoridad” de la que participa la praxis clínica, se ha visto acompañada de una verdadera apoteosis de la autonomía del paciente y de un descrédito absoluto del paternalismo médico tradicional. Al principio, el enfermo, puede pedirle una actitud no paternalista y más tarde reprocharle no haber sido más paternalista, cuando las decisiones tomadas de forma autónoma conducen a un empeoramiento de su estado físico y mental. Parece, por lo tanto, que una fórmula para el paternalismo no puede ser dogmática e incondicional. Pero, además, la condición de enfermo nos lleva de forma involuntaria a **un estado de disminución de autonomía y aumento de la vulnerabilidad**. Todas las enfermedades

representan un estado psicológico de disminución de la autonomía. Pero naturalmente, para conseguir una simetría en la comunicación “médico-enfermo”, es decir, una transacción entre iguales es imprescindible una adecuada formación, conocimiento y habilidades en las técnicas de comunicación.

La comunicación, es un proceso mediante el cual a través de un conjunto de palabras perfectamente estructuradas y de un repertorio de acciones, son percibidas e interpretadas por otra persona. Aquel dicho de que “nunca como hoy la medicina ha estado tan cercana a la enfermedad y tan alejada del enfermo”, es una realidad que puede dejar de serlo mediante la potenciación de la comunicación y sus correspondientes habilidades. El ser humano es básicamente comunicación, esa es una de las necesidades esenciales. 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, a veces, es similar a la “nada” y a la muerte. Igualmente, conviene comentar la barrera psíquica que supone la utilización de una jerga hiper especializada que dificulta la memorización y comprensión de instrucciones por parte del paciente, muchas veces en aras de una supuesta profesionalidad que más bien resulta en un acento del estatus y que distancia más al médico del paciente.

Ciertamente, cada vez más, nos alejamos del paciente. Más informes, más historias clínicas, más protocolos y más solicitudes...Más, más..., y menos enfermo, menos persona. El sentido común, nos dice que cada vez nos comunicamos menos con el enfermo y también con nuestros seres queridos y amigos. Por eso surge la frustración del enfermo y de su familia; nos comunicamos cada vez menos y se disparan los eventos clínicos. Así, pues, hay ***hambre de comunicación*** y, especialmente gran déficit de amor que es la necesidad esencial básica del ser humano. Posiblemente, el paciente que tenemos delante, lo que busca es un poco de amor y el médico se lo puede dar. Sólo con que alguien nos coja de la mano, se reduce inmediatamente la producción de hormonas del estrés. ***El amor es un gran fármaco***; no está en la farmacopea oficial, no se receta, ¡pero se necesita tanto!

Con el empobrecimiento de la comunicación que ocurre en el ámbito clínico y en el contexto social actual, 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. En general existe una brecha en la comunicación entre el personal sanitario farmacéutico y el usuario/cliente/consumidor. Esta brecha se extiende desde aquello que los pacientes (clientes, usuarios, consumidores) quieren, y necesitan saber sobre sus enfermedades y sus medicamentos, hasta aquello que realmente obtienen de parte de sus farmacéuticos. El desconocimiento, por parte de los pacientes, puede convertirse en un factor importante que contribuya al fracaso en la obtención de los beneficios terapéuticos que los medicamentos debieran proporcionarles.

La falta de información sobre el uso adecuado de los medicamentos es una de las principales causas de las reacciones adversas a estos. Las repercusiones de una buena comunicación entre médico y paciente se manifiestan en la satisfacción y sensación de bienestar, seguridad y confianza de los pacientes y sus familiares. Tal es la importancia de la relación que en el **“Decálogo de los Pacientes”** de la “Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes” de 2003 se reclamó que dicha relación debía estar basada en la ***confianza y respeto mutuo*** y se abogó, además, por la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas y por la necesidad de formación y entrenamiento en habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. 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 médico se acompaña igualmente de modificaciones actitudinales y conductuales en el paciente que se caracterizan por un incremento en la comunicación, disminución de la medicación e, incluso, del dolor. En suma, hay una recuperación del bienestar del paciente; 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. El paciente necesita una relación médico-paciente de plena confianza, respetuosa, humana y empática, que le transmita plena seguridad psíquica (Corrace, 1981). 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 enfermedad. Entonces, ***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 de contribuir a mejorar la comunicación desde el punto de vista emocional, ayudándole a expresar y exteriorizar sus sentimientos y emociones (sin reparos o miedos). La melancolía aparece en un momento u otro y la tristeza constituye una adecuada y frecuente reacción a cualquier mala noticia. En muchas ocasiones, 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 y dolencias físicas inespecíficas. 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 terapéutica; 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. Identificar y ***emplear el mismo estilo de comunicación del paciente, supone captar su interés***, confianza y cooperación. El médico ha de utilizar y conocer diversas técnicas de comunicación absolutamente imprescindibles para lograr que los pacientes cumplan su régimen de tratamiento (¡Evitar el incumplimiento terapéutico!). ***Entre un 40 y un 80% de los pacientes***, no siguen la pauta terapéutica prescrita y, ello, básicamente por fallos en el manejo de las habilidades de comunicación, especialmente del sentido del humor.

Es curioso, no obstante, que una perspectiva «empática» con el enfermo y sus familiares, nos puede ayudar mucho más a entender las necesidades del paciente. El mantener la comunicación con el enfermo, no es únicamente en ***función de preservar su dignidad integral***, sino también como auténtico mecanismo terapéutico. La comunicación, es el fármaco ideal. 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 los tratamientos. De hecho, podemos

afirmar que no es posible la “no comunicación”, incluso en estados patológicos severos la comunicación tiene su sentido terapéutico, afectivo, humano y social. Necesitamos comunicarnos, sentir la presencia del “otro” para superar la terrible soledad y el aislamiento psicosocial. **Tenemos que evitar la «deshumanización» que supone un atentado psicológico para el paciente** y que produce también un inevitable sentimiento de fracaso.

Sin embargo, la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal, han hecho que con frecuencia el médico pueda anteponer aspectos meramente administrativos y económicos a la prestación de una praxis clínica de excelencia orientada al paciente. **La deshumanización**, es la consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad. Ciertamente, la medicina contemporánea, ha perdido en gran parte, el sentido antropológico de la enfermedad y ello se debe en gran parte a la masificación de la medicina, la tecnificación y el pseudo científicismo (el enfermo como “objeto de estudio”, como un “caso interesante”, como un “número” a añadir a una estadística). Todo ello, **nos aleja de la subjetividad del individuo** que nos pide ayuda. Por ello, es necesario superar el **“pseudohumanismo”**. La comunicación y deshumanización no resultan fáciles de lograr. A veces los pacientes manifiestan aprensión al hablar de su salud personal con los médicos e indican que ciertas formas de comunicación, los hacen sentir culpables y estigmatizados. Los médicos, por su parte, también manifiestan reticencia o aprensión a iniciar conversaciones sobre cambios del comportamiento, debido a falta de confianza, miedo a ofender y dañar la relación “médico-enfermo”. Para evitar ofender, lo mejor es la seguridad en uno mismo, dejando fluir la comunicación necesaria en todos sus niveles, evitando prácticas sin prejuicios con los pacientes.

Pero la deshumanización, llega a **«cosificar»** al enfermo; le convierten en un banco de pruebas en el que se realizan múltiples intervenciones o cuidados sin llegar a conocerle, sin saber cómo se llama, sin respetar su intimidad y dignidad. ¿Qué nos queda de aquella ilusión de ayudar a los demás? El paso del tiempo, las largas jornadas de estudio y/o trabajo y los desvelos agotadores se han ido transformando y aquella mirada centrada en el afán de servir, ha ido cambiando. En muchos casos, observamos miradas que denotan una falta de ilusión en el trabajo; ya no se reciben a los pacientes con **aquella primera ilusión**, la que condujo nuestros estudios y vocación. La mirada proporciona datos interesantes sobre la persona. Los ojos constituyen el espacio corporal que maneja más información. Hay algunos

dichos populares que recogen esta afirmación sobre la importancia de los ojos en la captación de información muy importante para el “otro”: “Ojos que no ven, corazón que no siente” o “La mirada es el espejo del alma”. En fin, distanciamiento afectivo y frialdad del médico, son ingredientes esenciales en la deshumanización. *Vivimos en un mundo deshumanizado*, cosificado y reducido a objetos; las personas son consideradas como objetos, en especial las personas envejecidas. Muchos enfermos llegan con una mirada abotagada, llenos de ansiedad o con signos evidentes de una clara depresión, y es lamentable; personas que solo requieren una simple atención, compasión y que se les diga que todo va a estar bien (aun cuando sea un diagnóstico comprometido). *Valoran la paz* que llega a transmitir el médico, recobran la tranquilidad y la serenidad.

Las palabras del médico se convierten en un elixir (en la auténtica humanización) que se traduce en una energía psíquica indescriptible para enfrentarse a la enfermedad. Incluso algunos pacientes besan las manos y repiten esta frase que alimenta, sin fin, nuestra autoestima: “Gracias doctor no sabe lo que han supuesto para mí esas palabras; me han devuelto la vida”. Sin embargo, las nuevas tecnologías, la inteligencia artificial, las redes sociales nos distancian aún más de los otros y las necesidades psicosociales tan importantes para la salud y la estabilidad emocional, se difuminan lentamente. Hoy en día estamos siendo reemplazados por el Dr. Google. Las enfermedades son personales e intransferibles y no se puede consultar algo genérico e impersonal.

El Dr. Google, como sabemos, la mayoría de las veces te desalienta y, sin embargo, un médico te anima, te acompaña y te apoya. Y, además, cada vez es más necesario estar juntos, conversar, tocarse, intercambiar miradas, acariciarse, porque sin estos ingredientes y, especialmente, sin el amor, es imposible la vida. Por eso aparecen *“muertos vivientes”*, personas que deambulan, vagabundean por la vida, condenados a morir, que han perdido la esencia de la vida, es decir, el sentido de la vida. Asimismo, en la actualidad, existe una gran expansión de *un individualismo feroz*; mi soledad es mi castillo, piensa mucha gente; hacemos excursiones al exterior para volver a centrarnos nuevamente en la seguridad del castillo. Por eso, es determinante reconstruir y reforzar los vínculos sociales, los sistemas afectivos, absolutamente imprescindibles para asegurar la convivencia y la salud. *En el amor, la comunicación y en la compañía del médico*, podemos encontrar los antídotos de la soledad y la melancolía, porque el hombre es esencialmente un ser sociable.

Por eso, la comunicación integral es una gran oportunidad de encontrarnos a nosotros mismos, una posibilidad de crecer psicológicamente, de abandonar viejos hábitos, de centrarnos en nosotros mismos y de dar rienda suelta a nuestros sueños e ilusiones, tantas veces aplazados por el duro trabajo y la atención y el cuidado de los demás. Cuando nos comunicamos, siempre queremos mostrar algo en común con el “otro”; tal vez un sentimiento, un pensamiento, una idea o una gran preocupación. **La humanización, ha quedado en buena parte aparcada**, la lejanía respecto al paciente y sus familiares es un hecho, las listas de espera, la medicina “**on line**”, la falta de información, los números frente a los pacientes, “usuarios” en vez de enfermos (¡o personas!), inundación de técnicas y sequía de afectos (Flórez Lozano, 2024). **La era digital** en la que nos hemos sumergido es una incomunicación oral, una comunicación ficticia. Las redes sociales, están llenas de vidas perfectas (¡ficticias!). Seremos la generación del “pulgar”. La irrupción de las nuevas tecnológicas de la comunicación instantánea, ha quebrado por completo nuestra capacidad para mantener **una atención profunda**. Estamos pendientes, sí; pero solo de chasquidos superficiales, a timbres de teléfono, chirridos, lucecitas electrónicas; siempre listos para contestar, siempre localizados para todo el mundo y siempre con el pánico de perder ese cordón que nos mantiene conectados al mundo virtual que nos rodea. Estar eternamente conectados, nos ha llevado a vivir en un estado de alerta constante. Acabaremos retrocediendo al “**Homo erectus**” de tanto mirar hacia abajo. En una era ultra conectada **estamos más solos que nunca**; vivimos un aislamiento inimaginable para nuestros ancestros; la soledad hiper conectada está aquí. La tendencia a la ultra especialización, que conduce a que se pierda de vista la integridad y la complejidad del ser humano; la sofisticación creciente de los procedimientos de diagnóstico y terapia, que imponen una suerte de barrera tecnológica entre el médico y el paciente, y que han transformado los hospitales en centros de alta tecnología.

No obstante, hay que recordar una vez más, que el médico atiende a seres humanos particularmente necesitados, que además de sus síntomas padecen numerosas preocupaciones personales, miedo, angustia-ansiedad, vergüenza, debilidad psicológica, vulnerabilidad, necesidad y dependencia, pérdida de autoestima y fragilidad ante la enfermedad. La enfermedad, **es la agresión ontológica** agravada por la pérdida de libertades que consideramos peculiares del ser humano. Por ello, en el proceso de la comunicación con el paciente, **no pueden existir fórmulas rígidas y terminantes** que no son útiles desde el punto de vista ético y terapéutico. En fin, la aceptación de la salud como un derecho y la introducción de las leyes del mercado han llevado a

que, no pocas veces, el paciente sea visto más como un objeto de lucro que como una persona doliente. Todo ello explica en gran medida que, al lado de la admiración que nos produce la constatación de verdaderas proezas médicas, crezca también la insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud, hecho que va de la mano con la declinación de los valores éticos profesionales. Sin embargo, mediante la comunicación, el médico puede neutralizar la **angustia existencial** propia de las cogniciones depresivas, de tal suerte, que las vivencias de tristeza y/o desesperación, pueden ser bloqueadas mediante la comunicación. **El médico que no tiene calidad humana tiende a tratar al paciente con soberbia**, menosprecia la esencia espiritual del ser humano, tiene insensibilidad al dolor y una relación despersonalizada. Una médica paciente, me comentaba que la enfermedad le ha servido para comprender mejor a sus pacientes y, por lo tanto, le ha hecho mejor médico.

Algunos profesionales sanitarios, tienen el **síndrome de Hybris**: negativa a reconocer sus errores o los límites de sus posibilidades; rezuman arrogancia, obstinación y confianza ciega en el EGO; ello, le puede llevar a **transgredir lo razonable o lo prudente** en la toma de decisiones frente a tratamientos arriesgados de los pacientes. El paciente nos recuerda a todos, con su presencia, **la fragilidad humana**. **Los médicos más humanos**, dan a los pacientes ánimos y apoyo en momentos de dolor, pero ellos se convierten muchas veces en maestros de la fortaleza por su actitud frente a los embates del sufrimiento físico y enseñan a los médicos lecciones inolvidables. Es una actitud positiva que moviliza todas las “defensas psicológicas e inmunológicas” del paciente. Sin duda, inclinarse sistemáticamente por patrones de pensamiento positivos no solo mejora nuestro estado de ánimo, sino que también ofrece beneficios tangibles en diversas facetas de la vida.

Las personas y pacientes con una actitud optimista tienen mejor salud cardiovascular, una función inmunitaria más fuerte e incluso una vida más larga que sus homólogos pesimistas. Los pensamientos son más que meras imágenes mentales; son entidades energéticas que influyen en nuestros universos personales. El médico, en su praxis clínica, no puede subestimar la conexión inextricable de pensamientos, emociones y energías; nuestros monólogos internos desempeñan un papel significativo en la construcción de nuestras realidades vividas. Reconocer esta intrincada danza entre la mente y la energía que emana es el primer paso para aprovechar su inmenso potencial terapéutico en el cuidado de nuestros pacientes. El autorreproche o autocrítica son fuertes factores que mantienen el estrés y generan depresión, debido a la sobre exigencia que los pacientes tienen de sí mismos y de los

demás, así como la percepción que tienen de la enfermedad, que pudiera alterar su propia identidad. Nuestros pensamientos, tanto a nivel consciente como subconsciente, desempeñan un papel integral en la configuración de nuestra realidad física y nuestro bienestar general. Los pensamientos automáticos negativos contribuyen a la generación y/o mantenimiento del estrés. Los pensamientos automáticos negativos como la autocrítica o autorreproche generan depresión, así como el mantenimiento de estrés y ansiedad, a partir de la percepción negativa que tienen sobre ellos mismos, asociados con la noción de enfermedad y que altera la propia identidad de las pacientes. Peligroso pensamiento negativo, es la “rumiación obsesiva”; un estilo cognitivo que eleva los niveles de estrés e indefensión del paciente; ello genera ante el desconcierto por el futuro respecto a la enfermedad, lo niveles altos de estrés y depresión. En este sentido, el estrés generado y reforzado por pensamientos negativos sugieren tener un efecto particular en el sistema serotoninérgico; se sabe que el estrés crónico afecta a la neurotransmisión de 5-HT, y a la sensibilidad específica del receptor 5HT1a. En fin, la percepción de estrés y el pensamiento de indefensión son fuertes variables predictoras de la evolución de la enfermedad.

Asimismo, nuestros pensamientos pueden cambiar físicamente la estructura del cerebro. Por ejemplo, **los pensamientos positivos repetidos pueden reforzar las vías neuronales asociadas a la felicidad y a la resiliencia**, mientras que los patrones negativos pueden debilitarlas. Además, esa actitud y comunicación del médico, tiene mucho que ver con los **niveles adecuados de serotonina en el cerebro**, lo que contribuye a que nos sintamos positivos, felices, tranquilos y seguros. Por el contrario, niveles bajos (como ocurre durante la enfermedad) producen sentimientos negativos, preocupados o irritables. Asimismo, el pensamiento negativo produce debilidad, disminución de los iones potasio, de los glucocorticoides, hipoglucemia, bajada de las defensas y disminución de la resistencia física. Además, el elevado nivel de cortisol termina afectando al cerebro y produce un daño sistémico. De otra parte, el déficit de comunicación y una actitud positiva débil, causa depresión y ansiedad patológica. **La actitud positiva y reforzante del médico** es un potente activador del estado de ánimo y de la salud física del enfermo. Sin duda, es muy bueno ser muy importante médico, pero es más importante ser bueno. **Parte de esa bondad y amor es lo que se conoce como humanización**, todos nos quejamos del trato poco humanizado que recibimos, la falta de humanización es muchas veces por no detenernos a pensar en el paciente, en

quien es, usando un lenguaje coloquial diríamos ponernos dentro de sus zapatos (Figura 5).



Figura 5. El amor es el fármaco esencial de la comunicación: alivia el dolor físico, reduce la irritabilidad y los síntomas depresivos.

Así, el médico se convierte en persona medicina: tiene sentido del humor, es chistosa, sonrío, te escucha, siempre tiene algo bueno que decirte y te deja muy satisfecho. El médico tiene la profesión ideal para convertirse en un ser humano compasivo puesto que es testigo permanente de la condición humana. Pero eso no es suficiente, ni siquiera siendo amable o teniendo un buen trato. **Debe tener el don de la sensibilidad y la abnegación.** Vivir una vida larga y sana puede ser el ideal, pero en los días difíciles, los objetivos pueden volverse más pequeños, más centrados: ayudar al paciente a llegar a su próximo cumpleaños o reducir los molestos efectos secundarios. Siempre tenemos en mente hacer lo que esté en nuestras manos para ofrecer la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. Y en los mejores días, es posible que se consiga incluso más de lo que se espera. Y es que se puede ser un gran profesional y humanamente dejar mucho que desear. A veces prejuzgamos y creemos que el dolor ajeno es menor o incluso imaginario, cuando la realidad puede ser todo lo contrario e incluso peor. De ahí, la importancia de la humildad; una palabra que viene del latín “*humilitas*” “pegado a la tierra”. **Es una virtud moral contraria a la soberbia** que reconoce sus debilidades, cualidades y capacidades. No es pretenciosa, interesada, egoísta o autosuficiente. **La vida debiera ser una larga lección de humildad.**

Pero la actividad del médico, si solo persigue su propio interés, se empequeñece y por brillante que sea en su oficio, su vida se torna banal. El médico más humano, tiene a la bondad como cualidad primordial para buscar el bien del paciente en todo acto profesional. Los conocimientos son de vital importancia, pero también se debe tener sabiduría para aplicar estos conocimientos junto con la sensibilidad humana y así ejercer su profesión con eficiencia. La clave de una profesión humanizante como la del médico, es la compasión, es decir, ser sensible al sufrimiento que padece otra persona y compartir el dolor humano. En realidad, es una forma de inteligencia emocional que nos permite conocer y leer las emociones del otro; una inteligencia que nunca se acaba porque siempre podemos ser más comprensivos, más empáticos, más generosos, más felices.

La comunicación 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 frecuentemente dominada por la tensión emocional, la angustia, la tristeza, la desesperanza y la soledad (Flórez Lozano, 2024). En los últimos años, se ha disparado el aumento de quejas de pacientes y familiares en el ámbito clínico y terapéutico, debido una **“cosificación”** creciente del enfermo Y, sin embargo, a veces un abrazo, es el mejor tratamiento. La masificación, la ausencia de comunicación, el miedo y el estrés volcánico, han contribuido eficazmente para la deshumanización. El déficit de comunicación implica en el paciente mucha inseguridad. ***Y la incertidumbre produce una riada gigantesca de ansiedad*** tóxica y destructiva, como nunca se ha visto, que arrasa el control emocional y la homeostasis fisiológica (Cléries, 2006). Y, sin embargo, la historia del hombre es expresividad y comunicación, desde los albores de la historia del hombre sobre la faz de la tierra, hallamos continuamente formas, imágenes, signos, huellas y, finalmente, la escritura como expresión sublime de la comunicación.

En el ámbito clínico, la comunicación constituye una herramienta terapéutica de primer orden y, especialmente, ha de ser clara, precisa y cálida, de tal suerte que podamos abordar los problemas que aquejan al paciente con la mayor rapidez y eficacia. La precisión en la construcción del mensaje por parte del médico, así como las conductas no verbales, habrá de estar perfectamente controladas, con el fin de inducir estados anímicos positivos, capaces de generar conductas de superación y adherencia terapéutica. Por eso una comunicación informal con el paciente animándole

y estimulándole a que cuente como se enfrenta anímicamente a la enfermedad es esencial para canalizar y neutralizar sus temores y/o preocupaciones. ***La comunicación ha sido sustituida por el ordenador y los mensajes de washap.*** Frente al giro digital (big data), en el que nos ha sumergido la pandemia y que ejerce un control remoto de nuestra salud, educación y relaciones personales (Flórez Lozano, 2024), es necesario redescubrir el auténtico valor de las relaciones y los valores humanos (amistad, paz, bondad, libertad, tolerancia, laboriosidad, respeto, justicia, generosidad, honestidad, humanidad, altruismo, afectividad, generosidad, agradecimiento, compasión, empatía). ¡No podríamos vivir sin ellos!

En fin, conversar agradablemente, es una auténtica terapia integral: ***es insuflar endorfinas al cerebro prefrontal*** que actúan como un potente hipnótico. Es la verdadera comunicación asentada en el respeto al otro (el enfermo), en su capacidad de autonomía porque es dueño de su cuerpo y de su mente; una comunicación que deja huella en el emisor y en el receptor. La medida de nuestra humanidad viene determinada fundamentalmente por la capacidad de las palabras para expresar emociones y vivencias. Además, en medio de esta ciénaga de miedo y claudicación, nos queda la esperanza: ***“Sin esperanza, no hay vida”*** (Flórez Lozano, 2024). Un reciente artículo ***“Why are doctors so unhappy”*** (¿por qué los médicos somos tan infelices?) publicado en la revista ***British Medical Journal***, ponía de manifiesto la importancia de la comunicación como arsenal terapéutico en la actividad clínica. En dicho trabajo se subrayan los problemas de comunicación que presenta el médico a la hora de expresar ideas o pensamientos, es decir, mensajes que pueden interferir seriamente en la información, en la confianza y en la calidad asistencial. Sin embargo, una conversación agradable con buenos amigos es, tal vez, la mejor forma de conseguir la desconexión mental y forma parte de la terapia integral. El teléfono móvil parece ser el protagonista de la comunicación y es así, como vemos en la actualidad, muchos enfermos pendientes de su teléfono móvil, asegurándose que han llegado los mensajes deseados. Y por supuesto, buscan todo tipo de información en Internet acerca de su proceso patológico, manejando con bastante seguridad, datos supuestamente falsos que alimentan su angustia. Más que nunca, la soledad acecha al paciente, constituye el auténtico temor del enfermo y el humanismo se está esfumando en el ámbito de la atención clínica.

En efecto, niveles desproporcionados de ansiedad, tensión, preocupaciones, aprehensión y malestar general se hallan presentes frecuentemente en los pacientes y ello, en gran parte, debido a falta o déficit

en los procesos de comunicación con el médico. *La “deshumanización” y “despersonalización”*, se extienden como una mancha de aceite produciendo la *“cosificación”* del paciente y, entonces, se prescinde de sus sentimientos y valores y, asimismo, la falta de calor en la relación humana y el distanciamiento afectivo por parte del médico, cada vez son más evidentes. En fin, la comunicación, juega un papel esencial en la moderación del sufrimiento humano que, naturalmente, puede ser resistente a cualquier fármaco o intervención. Para potenciar la comunicación, podemos apoyarnos necesariamente en el buen humor, sin duda el antídoto que tenemos para romper la incomunicación del enfermo y mejorar nuestra satisfacción profesional. Estamos sometidos a una tiranía que es la *“dieta de la comunicación”*. Las nuevas tecnologías conducen a un debilitamiento de las relaciones y genera incertidumbre y ansiedad. *Conversar agradablemente es insuflar endorfinas a nuestro cerebro frontal* y prefrontal y actúa también como un potente hipnótico. La comunicación, neutraliza miedos, emociones negativas y síntomas depresivos.

Por ello, tal vez el médico, con su gracia y con el murmullo tierno y cálido de sus palabras, puede ayudar a ganar la batalla del dolor y del sufrimiento del enfermo y, por supuesto, del cumplimiento terapéutico. El médico, suele tener una comunicación directiva (en el sentido médico a paciente), los mensajes suelen ser transmitidos casi exclusivamente instruccional (“debe tomar la medicación, “debe de pasear”, “tiene que comer sin sal”, “tómese la pastilla después de comer”, “venga a verme dentro de quince días”, etc.). El médico, receta comunicación, es un dispensario continuo de preguntas, dudas y orientaciones. ¿Qué tomo para el ardor de estómago? ¿Qué es bueno para el estreñimiento? ¿Qué tomo para dormir mejor? ¿Tienes algo nuevo para mis jaquecas? ¿Qué me recomienda para el dolor de espalda? ¿Tienes algo eficaz para estos mareos?

Pero la comunicación es mucho más, incluye numerosas vías complementarias fundamentales como es la entonación, la fluidez verbal, el ritmo, la postura corporal, la expresividad facial y gestual y, especialmente, la mirada. La comunicación tiene un desarrollo temporal, es un proceso que va a producir cambios conductuales y reacciones psíquicas, a veces, muy importantes tanto en el médico como en el paciente. Así, cuando el paciente dice a su médico: “contigo me he sentido bien atendido, tengo plena confianza en usted”, no cabe la menor duda de que el médico siente una profunda satisfacción que alimenta su autoestima y que potencia su seguridad y satisfacción profesional. Dicha comunicación, juega un papel esencial en la moderación del sufrimiento humano que, naturalmente, puede

ser resistente a cualquier fármaco o intervención. Tal vez el médico, con su gracia y con el murmullo tierno y cálido de sus palabras, puede ayudar a ganar la batalla del dolor y del sufrimiento del enfermo y, por supuesto, del cumplimiento terapéutico.

El médico no puede olvidar los principios más básicos, los más simples y los más complejos que son los mecanismos de la comunicación humana (Simpson y cols, 1993). No obstante, existe un profundo sentimiento de insatisfacción de la condición humana en la actualidad, más intenso con motivo de la enfermedad, lo cual provoca un hondo sentimiento de soledad y vacío, a partir del cual, surge la angustia, el pesimismo, la melancolía (Flórez Lozano, 2024). Pero ciertamente, las habilidades de comunicación del médico con su efecto catártico pueden recuperar el equilibrio de una conciencia enferma paralizada por sus propios miedos, afluentes todos del miedo a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Hablar, repara nuestras emociones tóxicas nos recuerda Camus (“El enigma”): ***“Hablar, expresarse, mostrar nuestros demonios nos humaniza”***. Asumir los obstáculos como un reto y buscar en el propio instinto de supervivencia una salida a la oscuridad no siempre resulta fácil, más aún cuando la sombra de la depresión nos acecha o llega a incapacitarnos para todo leve movimiento, pensamiento o acción, más allá de esta oscuridad que te amarra de pies y manos. La falta de esa reparación emocional a través de la comunicación que puede ejercer perfectamente el médico hace que los pacientes se quejen y, por supuesto, tienen motivos para ello. Hemos de repetir hasta la saciedad que las palabras son fármacos muy poderosos.

***La comunicación es el medicamento esencial para la felicidad.*** El cerebro tiene hambre de comunicación, de caras risueñas, ojos compasivos, y un tono afectivo. Las nuevas tecnologías conducen a un debilitamiento de las relaciones y genera incertidumbre y ansiedad. Conversar agradablemente es insuflar endorfinas al cerebro prefrontal y actúan como un potente hipnótico. Cualquier elemento fundamental como es, por ejemplo, la mirada tiene múltiples perspectivas y significados (compasiva, generosa, efusiva, abierta, protectora, inquisitiva, exigente, desafiante, indecisa, etc.). Naturalmente es fácil pensar que, si no controlamos todos estos instrumentos de la comunicación, la posibilidad de cometer un error en la transmisión de mensajes es muy elevada. Muchos de estos mensajes, 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. En las situaciones en las que se encuentran frecuentemente muchos pacientes (dolor, náuseas, tristeza,

ansiedad-angustia, 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. 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. 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 a uno 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 (Silverman y cols., 2013). Reconocerlo sería tanto como enfrentarnos a los ideales que presiden el quehacer, la ética y la praxis médica de excelencia. Frente al desarrollo biotecnológico de la medicina, la adquisición y manejo de las diversas técnicas de comunicación con el paciente, se hacen imprescindibles en la actualidad, para desarrollar una buena praxis, capaz de retomar en todas sus dimensiones el humanismo integral en la relación del farmacéutico/a con el usuario y ello, naturalmente, justificado por una mejor calidad asistencial y por otros efectos terapéuticos vinculados a la comunicación. Hay que reinventar los buenos modales, el buen hacer, *el trato humano y la empatía* con el paciente; eso es la humanización, *conseguir dar sentido a la vida*, tanto al paciente como al propio médico. En esta interacción, se expresan sentimientos, actitudes, deseos, emociones, miedos, opiniones y derechos. Recordemos, en fin, que una comunicación integral y terapéutica, tiene mucho que ver con una actitud positiva. Ahí reside la auténtica comunicación terapéutica.

***“En el fondo, son las relaciones con las personas lo que da sentido a la vida”. Guillermo Von Humboldt.***

***“Las palabras que brindan consuelo son la mejor medicina”.***

***“Solo existen dos días en el año en los que no se puede hacer nada. Uno se llama ayer y otro mañana. Por lo tanto, hoy es el día ideal para amar, crecer, hacer y principalmente vivir”. Dalai Lama.***

***“De lo que no se puede hablar, más vale callar” (Tractatus Lógico-Filosófico). Ludwig Wittgenstein (1889-1951), uno de los filósofos más originales e influyentes del siglo XX.***

La enfermedad es una experiencia personal que no se vive de la misma forma en todas las situaciones. Por ello, el médico, debe ser consciente de que la mejora de la calidad asistencial pasa ineludiblemente por la mejora del proceso interactivo que se establece con el paciente. Sin duda, debemos de asumir que nos encontramos ante la primera necesidad del ser humano: la necesidad de la comunicación. La comunicación, permite suprimir los conflictos, el estrés y la ansiedad consiguiendo una mejor adaptación emocional y una recuperación menos amenazada por tensiones, pesimismo, frustración y sufrimiento. Un proceso psicológico y fisiológico, asentado en tres dimensiones: *cognitiva* (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico/a), *afectiva* (interés y comprensión que demuestra) y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico/a). Por ello, toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal. La norma básica en la relación y comunicación con el enfermo es la siguiente: ***“hay pacientes a los que no podemos curar, pero ninguno a quien no podamos dañar”***. Una comunicación profunda y de excelencia, debe aportar al paciente y familia un cuidado holístico e integral, teniendo en cuenta en todo momento, la gran importancia de la comunicación verbal y no verbal, junto al apoyo emocional, dedicándoles un espacio para tranquilizarles y aclararles las dudas, siempre mediante el ejercicio de la escucha activa y dentro de un enfoque humanitario que por supuesto, ha de formar parte de la formación integral del médico/a.

Y, naturalmente, en muchas ocasiones, el primer daño o injuria se puede originar por defectos en el manejo de las habilidades de comunicación. Sin embargo, es la palabra la que nos permite transmitir a los demás cómo nos sentimos y cómo la vivimos. ***Comunicar es estar dispuesto a dar y recibir con honestidad***, alteridad, equidad, y pertinencia. Todos podemos desarrollar las habilidades requeridas para una buena comunicación médica. La comunicación es inevitable, ***tanto un silencio como una palabra llevan***

*un mensaje*; también sabemos que gran parte de la información que transmitimos utiliza el canal no verbal; sin embargo, en muchas situaciones la comunicación es tanto verbal como no verbal a un tiempo y aquella desempeña un papel primordial. George Mead, padre del *interaccionismo simbólico*, en su obra “*Mind, Self and Society*”, denomina a la comunicación verbal «*comunicación significativa*», «lo que no se expresa en el lenguaje, no se experimenta conscientemente y, por tanto, no tiene significado», frente a la «*comunicación no significativa*» (*no verbal*). Además, Mead atribuye a la «comunicación significativa» una serie de ventajas como son: posibilita experimentar con objetos no presentes, manipular situaciones hipotéticas, mejora la memoria, facilita el pensamiento, determina la forma en que se percibe y organiza la realidad y forma la base del conocimiento consciente. Pero en el contexto sociológico actual, se facilita en muchas ocasiones un marco de asimetría en el que se impone el “*paternalismo*” y que sólo debería ejercerse cuando la autonomía del paciente está disminuida.

Pero naturalmente, para conseguir una simetría en la comunicación “médico-enfermo”, es decir, una transacción entre iguales es imprescindible una adecuada formación, conocimiento y habilidades en las técnicas de comunicación. Para ello, es necesario suscitar la comunicación en el enfermo y, sobre todo, *escuchar*. Pero los médicos, en ocasiones, no escuchan al paciente por temor a sus palabras y a los afectos que les provoca (Figura 6). Sus palabras van cargadas de intensos afectos y temores: sentimientos de desamparo, abandono, desesperanza, amor, odio, tristeza, ansiedad, angustia, y miedo a la enfermedad. La angustia del médico puede ser aún mayor si esos afectos son confusos y entran en sintonía o en conflicto con sentimientos similares que el propio médico experimenta habitualmente. En fin, hablar, expresar y comunicar con la palabra y con las múltiples funciones conscientes e inconscientes de la palabra, cristalizan finalmente en la satisfacción del paciente y en la del propio médico. *Una satisfacción* que neutraliza el “burnout” del médico y permite profundizar en la relación “médico-enfermo” (Flórez Lozano, 1997, 2000, 2006).



Figura 6. La habilidad de escucha es un proceso esencial en la comunicación integral con el enfermo; permite conectar con el paciente y potenciar su autoestima personal.

*La satisfacción del paciente* se ha convertido en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad. La Real Academia de la Lengua Española define etimológicamente la palabra “satisfacción” como “...la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”. La satisfacción es “... una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”. La satisfacción se obtiene como resultado *de un trato humano, individualizado y afable*, que los hacen *sentir personas únicas* en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar físico y emocional. *Una presencia amable que escuche nuestro dolor y nuestra desesperación* puede ser el catalizador para ese encuentro íntimo con nuestra mismidad para poder transitar ese instante con dignidad. La clave del médico es cuando *“explica en un lenguaje sencillo”*. Sin duda, la mayoría de los pacientes hospitalizados están satisfechos con el cuidado afectivo y técnico proporcionado por médicos y enfermeras. Pero únicamente un tercio de los pacientes consideran que los profesionales sanitarios son suficientemente comprensivos, claros y “pacientes”. Asimismo, el aspecto de *“educación al paciente”* es el que menores niveles de satisfacción presenta.

La comunicación, por lo tanto, es «toda transmisión de información que se lleva a cabo mediante la percepción y recepción de un mensaje». Sin embargo, en ciertos momentos, paradójicamente, podemos reducir nuestro nivel comunicativo al mínimo mediante *silencios funcionales*, para permitir un espacio de reflexión al paciente en un momento de confusión, en el que

necesite reorganizar sus ideas antes de exponerlas, evitando así errores esenciales. Ciertamente, a veces, la comunicación no fluye adecuadamente, entonces, percibimos malestar o incomodidad (Llacuna Morera, 2000). Tal como sugiere el profesor W. Kahn del Centro Médico Beth Israel, la atención al paciente debería construirse sobre la base de los *“buenos modales”*. En la relación terapéutica que estamos tratando hay que conseguir el máximo efecto «placebo» y la *«palabra»*, indudablemente, es el primer instrumento terapéutico que habrá de manejar adecuadamente el médico (Figura 7). La palabra es el primer fármaco, tal vez el más relevante (Baylon, 1996). Así la palabra es liberadora, tranquilizadora, fortalecedora, pero también es temible y terrible; de hecho, el médico observa cotidianamente el impacto que la palabra cáncer tiene para nuestros pacientes.



Figura 7. La comunicación no verbal supone un mayor peso que la comunicación verbal; es la comunicación corporal integral; es el mundo emocional en su integridad.

*La palabra dulce, amable, tierna, cariñosa*, ayuda a rebajar la tensión emocional y el estrés del enfermo. En la medicina griega se valoran tanto la “palabra” del enfermo y la “escucha” del médico. Platón denomina “katharsis” a la operación esclarecedora de la palabra, que es esencial en el saber del médico. Aristóteles subraya que la “palabra” produce efectos psicológicos en los enfermos y opera como un verdadero medicamento si

hay confianza y conoce lo que el enfermo necesita. Ambos insisten en la necesaria confianza en la relación, y en una escucha, más allá de la palabra, que permita conocer lo que el paciente necesita. Así, pues, la palabra se convierte en el antídoto principal; en un ***bálsamo reparador*** que tiene excelentes resultados y ningún efecto secundario; la palabra acaricia nuestra alma, equilibra nuestro sistema nervioso central y refuerza nuestro sistema inmune. ¿Cuántas recetas y prescripciones de pruebas, de diagnóstico ahorraría el médico que tuviera tiempo de recetar palabras? ***La palabra es la droga (fármaco) más poderosa usada por la humanidad.***

Las palabras pueden ser utilizadas para promover el cambio y el crecimiento personal. La palabra nos permite penetrar en la intimidad (interioridad psíquica) del paciente. Simplemente preguntar al paciente ¡qué le ocurre! ¡Cómo se encuentra! ¡Cómo lo lleva!, es posible gracias a la palabra. Mediante la palabra el paciente habla para contar, evocar, demandar y preguntarse; cuenta sus síntomas, miedos, silencios, angustias, dudas, sueños, fantasías, frustraciones y recuerdos. ***Lo mejor que puede dar el médico al enfermo es la palabra***, porque neutraliza su soledad, destruye los miedos, apaga la intensa ansiedad, mitiga el dolor, suaviza el sufrimiento, encuentra, por fin, el reconocimiento integral de su persona se siente acompañado y comprendido.

Sin embargo, esta conducta es difícil por la angustia del médico en su práctica clínica que emerge en las situaciones más estresantes, entre ellas, la falta de tiempo en la consulta, que es la más acuciante, y sobre todo en aquellos médicos que atienden a mayor número de enfermos o más pacientes con patología crónica. La falta de tiempo angustia porque no permite a los médicos atender de forma satisfactoria los pacientes. Sin duda, es muy importante dejar hablar a los pacientes, pero la presión asistencial es una realidad estresante. De ahí, la demanda de más tiempo para dedicar al paciente. Una reivindicación constante para alcanzar una Medicina de excelencia.

En fin, los efectos de la palabra formulada por un médico pueden ser sanadores o devastadores. Esa palabra, cuando es oportuna y adecuada, es capaz de conjurar los miedos del enfermo, iluminar la toma de decisiones y ***calmar las turbulencias anímicas*** y emocionales del paciente; pero cuando es inoportuna tiene efectos diametralmente opuestos. Por otra parte, las expresiones verbales que apuntan a la inseguridad o la angustia, son constantes (¡Por favor!, ¡No, no!, ¡No puedo!, ¡Ya ve!, ¡Ahora no!, ¡Nada!, ¡Qué le vamos a hacer!, ¡Esto no es vida!, ¡Qué más da!, ¡A ver si me

entiende!, ¡No sé si me explico!, ¡Qué va a hacer!). Se trata de expresiones que discurren a través del canal verbal, pero que, sin embargo, tienen un alto contenido no verbal, profundo e inconsciente. La palabra tiene una función trascendental, más allá del propio individuo, de su mundo, de su cuerpo y de su cosmovisión.

***Las palabras por sí solas***, cambian la mente, el estado emocional, activan procesos de pensamiento positivos, reducen la intensidad del dolor y del sufrimiento. Hay que sacar el foco de atención de esos pensamientos negativos que nos están alterando, provocando desánimo, ira, odio, resentimiento, malestar y tristeza y que, además, explican que nuestras decisiones sean totalmente equivocadas. ***La palabra es una forma de energía vital***. Cuando una persona dice, ¡Qué mañana más maravillosa!, es decir, se dice a sí misma palabras estimulantes y positivas, se producen cambios en los circuitos cerebrales observables mediante exploración con tomografía de emisión de positrones. Por eso, la Dra. Nuria. vive cada instante con pasión y con plenitud, disfrutando plenamente de cada momento, exprimiendo el jugo de esos eventos, que no volverán y reutilizándolos posteriormente como fuente de energía para su felicidad rebotante. Como dice Rabindranat Tagore (1861-1914), ***“LA VIDA NO ES MÁS QUE LA CONTINUA MARAVILLA DE EXISTIR”***. Por ello, es necesario neutralizar el estrés con descanso. A un cerebro cansado le cuesta más ser feliz, porque el cortisol (la hormona del estrés) acaba deteriorando todo el cuerpo cuando se libera de forma continuada. Por ello, es imprescindible, ***“DESDIGITALIZAR y ENCONTRAR UN OASIS DE TRANQUILIDAD Y FELICIDAD”***.

Naturalmente, todo ello repercute en la fluidez de la comunicación. Surge entonces, la ***“iatrogenia verbal”*** que en el caso del médico se traduce en una comunicación muy dificultosa; por ejemplo, se habla cuando no es oportuno, se carece de empatía, no tiene paciencia, no se sabe utilizar un lenguaje metafórico comprensible y, especialmente, no existe tiempo suficiente para que la comunicación pueda desarrollarse con fluidez, asegurándose de la comprensión integral por el usuario. La palabra oportuna del médico activa los deseos (deseo de curarse), el deseo de vivir. Los deseos son como las mariposas, luminosos, hermosos y volátiles...No desear es claudicar. ***El deseo es el motor de la vida***. Hay que desear dentro de nuestro horizonte, desear lo que razonablemente podemos obtener, lo que podemos abarcar; ***disfrutar del hoy y del aquí y ahora***, de los pequeños gozos...Desear lo que uno tiene...***Desear es VIVIR***. La palabra es apoyo, es comprensión, es amor, es dulzura. Santiago Ramón y Cajal, Nobel de

Medicina en 1906, dijo: ***“Todo ser humano, si se lo propone, puede ser escultor de su propio cerebro”***. Las palabras por sí solas, cambian la mente, el estado emocional, ***activan procesos de pensamiento positivos, reducen la intensidad del dolor y del sufrimiento***. Por ello, hay que sacar el foco de atención de esos pensamientos negativos que nos están alterando, provocando desánimo, ira, odio, resentimiento, malestar y tristeza y que, además, explican que nuestras decisiones sean totalmente equivocadas. La comunicación verbal es la llave.

Igualmente, ***el tiempo que dedicamos a los pacientes es el mejor medicamento*** y el más difícil de dispensar. Y tenemos que ser muy generosos; nuestra dedicación se correlaciona directamente con la satisfacción del paciente y/o usuario. Probablemente, los fallos que terminan en el incumplimiento terapéutico y en la insatisfacción del paciente tengan su origen en la falta de una auténtica vinculación afectiva. Por ello, una buena premisa para entenderse bien con otra persona es ***“no dar nunca nada por sentado”***. Para asegurarnos acerca de lo que decimos, es conveniente usar la ***clarificación*** mediante preguntas como ¿qué entiende usted por...?, ¿Qué ha querido decir con...? y quizás asumir como nuestras esas expresiones para facilitar un mejor entendimiento. Asimismo, los pacientes objetan que el médico mira más a la pantalla del ordenador que a él mismo, que no sonrío, que no tiene ni idea de con quién está hablando. La vestimenta, los modales, el lenguaje corporal y el contacto visual son importantes para conseguir ese grado de satisfacción. La “impresión” que tiene el paciente del médico/a, es determinante y en ello, juega un papel esencial ***“los buenos modales”*** que integran buena parte de la comunicación no verbal (CNV). Cuando el paciente exclama ***¡qué bien me lo ha explicado!***, podemos estar orgullosos de manejar las habilidades de comunicación y, naturalmente, seguir realizando ese esfuerzo de superación y de aprendizaje por acercarnos a ese instrumento terapéutico esencial que no me han enseñado: las habilidades de comunicación. Laín Entralgo, en su libro ***«La relación médico-enfermo»***, cita a Paracelso, dice así: «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; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos; pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico». Hoy en día es vital generar interés e iniciativa por aprender estas competencias con el único fin de servir y ofrecer calidez y humanismo. Escribe Rabindranath Tagore: ***“Yo dormía y soñé que la vida era alegría. Me desperté y vi que la vida era servicio. Serví y comprendí que el servicio era alegría”***. Además, resulta vital la integración de la resiliencia en el

quehacer cotidiano, entendida esta como la capacidad de aceptar la realidad de la situación del enfermo.

Pero la comunicación “*médico-enfermo*”, no es una relación fija y estable (¡inmutable!), sino un modelo dinámico y siempre fluido. En el ámbito de la comunicación, lo ideal (¡tal vez utópico!), es conseguir una participación mutua completa. En esta situación, médico/a y paciente son iguales, independientes y desean satisfacerse mutuamente. Esa interacción continua con el enfermo viene determinada por el grado en que la autonomía del paciente está disminuida en un momento dado y que debe de ser restaurada mediante un paternalismo limitado y compensador. En fin, hablar, expresar y comunicar, utilizando adecuadamente el medicamento potente de la palabra. Para ello, hay que identificar y emplear el mismo estilo de comunicación del paciente, lo cual supone captar su interés, confianza y cooperación. Es especialmente importante que nos esforcemos por ***no interrumpir mientras nos hablan*** (algo bastante común en cualquier interacción humana) tratando de esta manera de mantener un estado de “***baja reactividad***”, una pauta útil para rebajar la censura de la reactividad es dejar un lapso de unos segundos entre un turno de habla y otro.

Por otro lado, mediante la comunicación, podemos hacer saber al paciente que le seguimos, atendemos y respetamos, mediante la facilitación con breves verbalizaciones (“ajá”, “tiene buena presencia”, “se nota que se está cuidando muy bien”, “me alegra mucho de que vaya mejor”, “quiero ayudarle”, “le queremos y apreciamos”, “comprendo”, “tiene muy buena presencia”, “continúe”, “no hay prisa”, “quiero ayudarle”, “está saliendo adelante”, “le veo mejor”, “el medicamento le está haciendo muy bien”, etc.) apoyadas mediante refuerzos gestuales, como, por ejemplo, asentir con la cabeza, con las manos, con la mirada fijada en su cara. ¡Ojo! No debemos confundirnos con otras facilitaciones del tipo: “siga, siga, siga...”, “estoy con el ordenador, pero le atiendo”, “otro día me dice como se encuentra”, “quiero ayudarle”, “hoy estoy sobrepasada”, “me gusta verle bien”, “venga por aquí cualquier día y le atenderé”. En fin, ***ofrecer al paciente un trato empático*** y de alta calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión sanitaria, sino que, además, resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada enfermo, así como para recoger mejor información de utilidad diagnóstica y para lograr ***una mayor comprensión y adhesión al tratamiento*** por parte del paciente.

En fin, **la actuación con prisas** supone dinamitar cualquier tipo de comunicación; es como poner “cara póker”. El médico ha de conocer diversas técnicas de comunicación absolutamente imprescindibles para lograr que los pacientes cumplan su plan de tratamiento (¡Evitar el incumplimiento terapéutico!). **Entre un 40 y un 80% de los pacientes**, no siguen la pauta terapéutica prescrita y, ello, básicamente por fallos en el manejo de las habilidades de comunicación. El porcentaje de pacientes que son inadecuadamente informados de los pormenores del medicamento van desde el **17% hasta el 87%**, aunque se asume que la información debe ir asociada con el tipo de enfermedad y de paciente. En fin, podemos afirmar que “la satisfacción se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y afable, que nos hace sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar”. La acción terapéutica de la comunicación se fundamenta en los siguientes pilares: **mirar a la persona de frente evitando cruzar los brazos**; permanecer relajado, permitiéndose tomar tiempo de pausa o descanso; contacto visual a la misma altura, sin distracciones; inclinación hacia el enfermo implicándose cada vez más en la conversación.

Estos comportamientos, tienen mucho que ver con la **buena educación** como: hablar, saludar, respetar, escuchar, contestar, aceptar, interesarse, esperar la respuesta del paciente, presentarse, dar a conocer su nombre y función en el equipo, darle la mano, sonreír e interesarse por sus condiciones de la enfermedad. Todo comportamiento es una forma de comunicación; de hecho, **aunque estés en silencio, siempre estás diciendo algo**, comunicar es inevitable. Desde el primer momento que nuestro cliente entra por la puerta de la farmacia, ofrece información: como mira, entra, camina, siente, como se dirige hacia nosotros, qué dice, como lo expresa, etc. **Siendo el lenguaje no verbal, el que expresa el 80% de nuestra comunicación**, es especialmente importante que aprendamos a valorarlo, ya que puede estar aportando contenidos que pueden ser útiles a la hora de conocer las actitudes y predisposición de la persona que estamos atendiendo, de cara a un buen uso de los medicamentos y a una adherencia terapéutica integral.

A través de la comunicación no verbal, logramos mejorar la satisfacción de los enfermos y familiares, disminuyendo la insatisfacción, el incumplimiento terapéutico y las demandas legales. **Un estilo participativo**, se corresponde con un mejor control de los síntomas, pero naturalmente ese estilo participativo tan deseable en la comunicación integral con el usuario exige al mismo tiempo una gran influencia de las habilidades de

comunicación no verbal (CNV). Sin duda, el tono postural, el sistema nervioso autónomo y el psiquismo de la persona se encuentran íntimamente unidos, actuando como caja de resonancia de la comunicación no verbal, haciéndose este nivel de comunicación, más complejo por la intervención de los procesos inconscientes que a través de la piel, encuentran también su expresión.

Hay que lograr ejercer un efecto terapéutico muy relajante; que el enfermo se encuentra bien, seguro, confiado, apreciado, valorado y satisfecho. Por eso, es de gran trascendencia, recibir al paciente con el gesto de **“darle la mano”**, una conducta claramente expresiva del deseo de ayudar a su enfermo de forma incondicional, evitando imprecisiones, prisas y precipitaciones. **Tomar la mano de un paciente**, es toda una expresión de acercamiento, aceptación, reconocimiento, valoración, compañía, seguridad y tranquilidad. Puede ser el antídoto más eficaz frente al estrés, el dolor, la angustia, el sufrimiento y la desesperación. El contacto físico con la mano del paciente nos conecta con nuestra propia humanidad y nos recuerda nuestra interdependencia emocional como seres sociales; al compartir momentos de intimidad física con otros, nos sentimos más conectados, valorados y comprendidos, lo que fortalece nuestra autoestima y nuestra sensación de pertenencia. El contacto físico libera la oxitocina especialmente durante abrazos, caricias y contacto piel con piel. Esta hormona desencadena sentimientos de calma, tranquilidad, serenidad, confianza y conexión interpersonal, fortaleciendo los lazos emocionales y promoviendo un sentido de seguridad y bienestar, muy importante para la situación del paciente el contacto físico también puede mejorar nuestro estado de ánimo y promover una sensación general de bienestar. Así mismo, **la liberación de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina** durante el contacto físico está asociada con la sensación de placer y satisfacción, lo que eleva el estado de ánimo y potencia sensación de felicidad. Además, **el contacto físico reduce la actividad del sistema nervioso simpático**, responsable de desencadenar respuestas de lucha o huida en situaciones de estrés, y aumenta la actividad del sistema nervioso parasimpático, que promueve la relajación, la tranquilidad y una eficaz recuperación del organismo.

**El médico puede ejercer un efecto balsámico.** Y en esa relación terapéutica, producimos una intensa interacción que cristaliza en una gran calidad asistencial. La comunicación no verbal, **permite mantener el grado de humanización necesaria para conseguir una atención ética integral.** Por lo tanto, frente al desarrollo biotecnológico y la digitalización invasiva, absolutamente necesaria, es esencial potenciar el aprendizaje y

entrenamiento de las habilidades de comunicación del médico/a para evitar la terrible deshumanización, la cosificación del paciente en la sociedad actual, ya que estaríamos contribuyendo a la destrucción de su calidad de vida (soledad patológica, angustia, desamparo, tristeza, distimia y depresión). En fin, **la comunicación no verbal (CNV)** constituye un canal de comunicación fundamental en la interrelación «médico-enfermo».

Asimismo, el médico ha de conseguir acrecentar las expectativas del enfermo (superar límites auto establecidos), ofrecer una perspectiva positiva (la respuesta de un paciente al tratamiento depende de cómo perciba su enfermedad), reorientar conductas negativas (el paciente puede estar obsesionado con sus síntomas, pero cumple el tratamiento) y desarrollar una relación de confianza. También, debemos ser sensibles a las esperanzas del enfermo; estas son cambiantes: la cuestión clave es informar al paciente sin destruir su esperanza facilitándole un contexto de seguridad y confianza. A veces, la expresión no verbal puede ser más eficaz que la misma comunicación verbal. Esencial es el **tono utilizado** para hablar con el paciente. **Un tono afectivo y positivo potencia la seguridad** y la receptividad, mientras que un tono impersonal o seco genera inseguridad y fuerza las resistencias del paciente. También, la postura debe ser abierta y relajada. Una postura muy rígida puede ser entendida como tensión o frialdad.

El volumen de la voz también debe ser equilibrado, sin altibajos. Por supuesto, el contacto visual debe ser frecuente, pero no exagerado para no intimidar. Del mismo modo, cuando habla el paciente, **debe percibir que es escuchado y sentirse reforzado**, por lo que el médico debe indicarlo diciendo “**si**” o asintiendo con la cabeza. Son importantes en este contexto la proximidad-lejanía de los interactuantes, la apariencia, la postura, los gestos, la dirección de la mirada, el tono de voz y los aspectos no verbales. La habilidad expresiva se relaciona positivamente con la satisfacción del paciente. Hay que subrayar que **alrededor del 60% de los pacientes malinterpretan las prescripciones orales**, especialmente aquellas que afectan al orden de medicación y a la forma de llevar a cabo la misma.

Incluso las instrucciones o normas escritas a veces son poco claras y se comprenden de modo incompleto o incorrecto; así, recomendar al paciente “**tómelo con las comidas**” puede inducir a errores y efectos contraproducentes ya que no está claro si la medicación debe tomarse antes de las comidas (para aumentar la absorción) o después de las comidas (para reducir la irritación gástrica). En consecuencia, una clara y correcta información puede facilitar los niveles de adherencia a las normas. En el

contexto de la interacción y de la comunicación, aquellos pacientes que reciben información de las expectativas del médico/a son, en general, mejores cumplidores. La importancia de las habilidades de comunicación, radica en que se relacionan con aspectos terapéuticos cruciales como la satisfacción, el cumplimiento terapéutico, la percepción de la competencia profesional y la disminución de problemas legales en relación a la mala praxis. Y aparte de la comprensión y aceptación del paciente, se le debe guardar el máximo respeto. Debemos de trabajar con ojos llenos de humanidad, con más empatía; mirar con amor y compasión porque son personas que sufren y que luchan por vivir, que confían plenamente en sus médicos. En lo más profundo de su inconsciente, late esta frase ¡No me falles! ¡No me abandones! ¡Necesito tu ayuda!

***“Lo peor que le puede suceder a una persona es no sentir”.***  
***Virginia Wolf.***

***“El corazón tiene razones que la razón ignora”.*** Pascal.

***“Ser más amable mejora el ánimo, es eficaz en el trabajo y enriquece interiormente”.*** Aldous Huxley.

***“La gran ceguera del hombre actual es la de la razón”.*** José Saramago ***“Ensayo sobre la ceguera”.***

Los fármacos “no verbales” del médico forman parte de la comunicación integral del paciente; es el lenguaje del cuerpo (actitud, movimientos, tensión, ritmo, mirada, postura corporal, imagen, actitudes...). Es el todo de la comunicación. Solo una conciencia integral de nuestro cuerpo y nuestra mente nos permite integrarnos plenamente en el proceso de la comunicación terapéutica. ***En torno a un 64 % de los pacientes se quejan de la comunicación*** y del trato recibido y, éste porcentaje puede ser mayor en los pacientes hospitalizados. Estos datos, suponen una llamada de atención acerca de la importancia y necesidad de establecer una buena comunicación entre el personal asistencial y el paciente. El trato humano y la delicadeza son tan importantes que, sin duda, pueden cambiar perfectamente las actitudes defensivas y/o agresivas del paciente. Además, el médico ha de observar eficiencia y competencia profesional, pero también comprensión para los problemas personales de sus pacientes.

Frente al desarrollo biotecnológico de la medicina, la adquisición y manejo de las diversas técnicas de comunicación con el paciente, se hacen

imprescindibles en la actualidad, para desarrollar una buena praxis médica, capaz de retomar en todas sus dimensiones el humanismo integral en la relación del médico con el paciente. Tres aspectos internos de la comunicación son especialmente interesantes: empatía, calidez y solicitud. Sin embargo, con motivo de tantas exploraciones e intervenciones médicas, se rompe frecuentemente ese concepto de *“intimidad personal”*; sin embargo, el acceso a ese espacio personal (proxemia), debiera ser más cuidadoso, prudente, sensible y delicado.

El médico, deberá ser prudente a la hora de atravesar esa barrera sagrada del espacio propio del paciente que forma parte de su intimidad. Por el contrario, la brusquedad y torpeza en relación a la *proxemia*, puede producir conductas de hostilidad y/o agresividad. Corresponde a la conducta territorial del ser humano que se inscribe en la más primitiva y fisiológica conducta de dominio. Cada individuo tiene *“su propio espacio personal”* que depende de variables como el sexo, la personalidad, la situación, etc. La proximidad indica inequívocamente un deseo de iniciar o de terminar un encuentro. Precisamente este comportamiento es lo que diferencia a un gran profesional de otros clínicos más mediocres. Sólo en el marco de una adecuada relación *“médico-enfermo”* en la que prima esencialmente la confianza, es posible atravesar la intimidad del paciente, sin riesgo a que se produzcan reacciones emocionales hostiles.

Pero, incluso, el paciente del futuro con mayor nivel de educación y de información, sigue necesitando con tanta intensidad de la utilización de la comunicación no verbal (CNV). En el transcurso de la enfermedad y debido al impacto psíquico que supone, el paciente sufre de una gran vulnerabilidad, inseguridad e indefensión y, por lo tanto, estas características psicológicas se expresan a través de la comunicación no verbal (CNV). El paciente recibe ingente cantidad de información a través de Internet, asociaciones de enfermos, revistas, libros, periódicos, programas de TV, etc. Sin embargo, sigue siendo absolutamente necesario el manejo de la comunicación no verbal, especialmente para mantener la atención ética integral y la dignidad de su persona. Tenemos una demanda creciente de información por parte de los pacientes debido precisamente a la escasez de comunicación no verbal (CNV). Simplemente el sentido del humor que se expresa a través de la comunicación no verbal (CNV), nos permite acercarnos a los pacientes; el humor nos permite además entender la ternura y, por supuesto, transmitir esperanza (Urpi, 2006). Una buena dosis de humor es absolutamente necesaria para poder comunicarnos eficazmente con el paciente y su base fundamental es a través de la comunicación no verbal (CNV).

En cualquier contexto sociocultural, podemos observar el uso de esos movimientos sincrónicos de tipo físico. Finalmente cristalizan en gestos y ademanes, cargados de significado cultural y emocional que nos permiten el «lenguaje corporal». En la consulta, es frecuente observar a los pacientes tamborilear con los dedos, sobre todo, cuando están impacientes esperando por un informe o un resultado. Igualmente, nos encogemos de hombros para mostrar indiferencia o guiñamos un ojo para significar intimidad, punto de acuerdo, tal vez, amistad. ***Si algo nos parece poco creíble, alzamos las cejas***; si nos desconcierta, nos rascarnos la cabeza o la punta de la nariz. Si de pronto nos damos cuenta de que hemos olvidado algo, nos damos una palmada en la frente. Extendemos nuestra mano si queremos manifestar a otro nuestra voluntad de saludo, acercamiento, pacto o contrato. Cuando estamos incómodos nos revolvemos en nuestro asiento. ***Más del 90% de nuestra comunicación se expresa a través de las autopistas de la comunicación no verbal.***

La comunicación no verbal (CNV), permite un nivel adecuado para profundizar en la confianza, en la seguridad terapéutica y en la precisión diagnóstica. El cuerpo emite constantemente todo tipo de comunicación de señales de actitudes, gestos, posiciones, contracciones musculares y miradas que se funden en una expresión única, en una lectura que será necesario interpretar. Tan es así, que ***un gesto es capaz de contradecir todo el mensaje verbal del médico***, haciendo que el contenido de la comunicación sea muy débil y carezca, en definitiva, de un soporte de seguridad y de confianza, por eso el conocimiento de uno mismo es esencial, especialmente, en lo que se refiere al manejo y conocimiento de nuestro cuerpo. ***El cuerpo es una pantalla de expresión***, soporte de signos, de gestualidad, de motricidad, de actitud y de postura; todos esos elementos integran la expresividad corporal.

***La expresión de nuestro cuerpo*** tiene dos direcciones esenciales. Por un lado, el cuerpo expresa el mundo de las actitudes y, por otro, refleja el mundo armónico o disarmónico de los movimientos. Sin duda, ***el tono postural***, el sistema nervioso autónomo y el psiquismo de la persona se encuentran íntimamente unidos. Se trata de toda conducta, gesto, postura, movimiento, expresión, mímica, etc., que intencionadamente o no, está cargada de un significado culturalmente determinado y que puede transmitir información de cualquier tipo acerca de la persona que lo emite o del mundo que le rodea. Por ejemplo, tocar el brazo o coger la mano de un paciente con el que estamos conversando, supone un mayor acercamiento, tal vez mayor grado de intimidad. Sin duda, no se puede ejercer la medicina sin tocar, siempre es muy positivo ejerciendo un efecto terapéutico y muy relajante.

Por eso, es de gran trascendencia, ***recibir al paciente con el gesto de “darle la mano”***, una conducta claramente expresiva del deseo de ayudar a su enfermo de forma incondicional. ***Tomar la mano de un paciente***, es toda una expresión de acercamiento, aceptación, reconocimiento, valoración, compañía, seguridad y tranquilidad. Puede ser el antídoto más eficaz frente al estrés, el dolor y el sufrimiento. Y, sin duda, es la mejor base para desarrollar la confianza terapéutica con el paciente. ***Expresar afecto***, abrazar, dar, estar disponible, ser cordial, ser cálido es esencial para la relación “médico-enfermo”.

En la cabecera de la cama del enfermo, sentado a su lado, ayudándole a moverse para andar o levantarse de la cama, haciéndole una caricia en la mejilla, cogiéndole la mano, etc., el médico ejerce un efecto balsámico que produce una profunda interacción ***“médico-enfermo”***. Todos los gestos (coger su mano, tocar su hombro, hacerle un cariño, poner la mano sobre su frente, etc.), transmiten nuestro interés, cariño, respeto, cuidados, preocupación y el agradecimiento por compartir sus más profundos sentimientos con nosotros. Es un trato humano profundo de dignificar al paciente; es nuestra responsabilidad de enaltecer, honrar, ennoblecer, engrandecer, ensalzar, realzar. Pero, además, entre los componentes no verbales de la comunicación hay que destacar la “empatía”, la ***“atención incondicional positiva”*** y la “apertura” hacia los sentimientos del paciente. En este contexto, producimos una intensa interacción que cristaliza en una gran calidad asistencial.

***La comunicación no verbal***, permite mantener el grado de humanización necesario para conseguir una atención ética integral. La comunicación no verbal (CNV), acompaña también a la palabra. Además, el paciente puede captar perfectamente la sinceridad o falsedad de un determinado mensaje en base a estos aspectos complementarios de la comunicación verbal. La contradicción del médico se rebela con facilidad observando estos elementos ***paralingüísticos***. Ciertamente, ***el tono de voz***, el ritmo y la seguridad que se imprime a través del lenguaje es clave para evitar cualquier sentimiento de incertidumbre ligado a la inseguridad del clínico. ***El volumen de la voz*** es otro factor paralingüístico muy interesante. La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta el enfermo. ***El volumen alto de voz puede indicar seguridad y dominio***. Sin embargo, hablar demasiado alto (que sugiere agresividad, ira o tosquedad) puede tener también consecuencias negativas para el enfermo. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar algunos aspectos esenciales de la comunicación. ***El volumen***

*más fuerte se asocia con algo que estamos muy comprometidos*, que queremos manifestar y subrayar, pero también se eleva el volumen de voz cuando estamos enfadados, cuando hemos sufrido una frustración importante o cuando nos encontramos sumergidos en una intensa discusión. ***El volumen de voz bajo se utiliza para llamar la atención, profundizar en la intimidad***, en las situaciones de ayuda e, incluso, en momentos de angustia o de cólera.

Igualmente, la entonación sirve para comunicar sentimientos y emociones. Unas palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés, dependiendo de la variación de la entonación del médico. ***Una escasa entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza***. Un tono que no varía puede ser aburrido o monótono. En general, una entonación que sube es evaluada positivamente (es decir, como alegría); una entonación que decae es percibida por el paciente negativamente, tal vez sugerente de tristeza. La entonación que el médico da a las palabras puede ser más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir al enfermo. La fluidez del lenguaje: vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias, pero tienen una gran importancia en cuanto a contenido, información y percepción del paciente (Gómez Esteban, 2002). ¿Qué significan los balbuceos y/vacilaciones del médico? Sin duda, las perturbaciones excesivas del habla del médico pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.

Demasiados períodos de silencio podrían interpretarse negativamente, especialmente como ansiedad, enfado o incluso, una señal de desprecio. Cuando el mensaje del médico incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido, el enfermo percibe una sensación de sorpresa, inseguridad, desconfianza y ansiedad. Asimismo, la claridad en el habla a la hora de hablar es importante. ***Los mensajes, tiene que ser perfectamente claros, simples, fáciles de entender***; las palabras y los gestos han de ser muy sencillos, tratando que el paciente comprende el contenido total del mensaje que se transmite al enfermo. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información por parte del médico, sin prisas, sin presiones, respetando la intimidad del paciente, ***dejando el tiempo suficiente para que el paciente pueda responder; nunca dando la sensación de querer terminar lo antes posible*** por la presión asistencial o cualquier otro factor.

En fin, los componentes subjetivos, fisiológicos y conductuales se entremezclan para dar lugar a una conducta expresiva típica que se

corresponde con verbalizaciones (¡Uhhmm!, ¡Aaaaaaay!, ¡Caraaaaamba!, ¡Uffff!); gestos, posturas, rasgos faciales, etc. Esta conducta expresiva se puede alterar o quedar anulada como sucede, por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer o en el Parkinson, ambas provocan inexpresividad facial (*amimia*) o incluso verbal (*aprosodia*). En fin, ***el desarrollar una relación de confianza con el paciente es esencial para superar la indefensión*** y la inseguridad; en este sentido el tacto tiene un efecto de “anclaje” inmediato; por ejemplo, al coger firmemente por el hombro al enfermo. En este caso, la persona recibe el mensaje sensorial y, en última instancia, experimenta una percepción de tranquilidad, relajación, confianza y seguridad.

Una de las vías de la comunicación no verbal (CNV), es la *Kinesia*; se trata del conjunto de posturas corporales, expresiones faciales y comportamientos gestuales. Prácticamente, ***cualquier movimiento o su ausencia se impregnan de una gran comunicación***. Si observamos un paciente ensimismado, como una figura cérea, podemos intuir un caudal muy rico de comunicación: aislamiento, rechazo, inhibición, soledad, al mismo tiempo, mucha necesidad de protección, ayuda, afecto y comunicación a través del tacto. Los gestos humanos no son unidades aisladas; por supuesto que no utilizamos todos los gestos físicamente posibles. Sólo en la expresión facial serían realizables alrededor de ***20.000 gestos distintos***; en la cultura occidental sólo se utilizan aproximadamente 32. La expresión facial y gestual relacionada con el dolor, muestra tensión; en ocasiones tan intenso que incluso, el enfermo llora desconsoladamente. No obstante, el médico puede ser capaz de moderar el sufrimiento del enfermo.

En efecto, la manipulación de su cuerpo, la satisfacción de sus necesidades, el apoyo emocional y la conducta de aproximación y escucha, disminuye la intensidad del dolor y del sufrimiento. De otra parte, la postura corporal es otro de los aspectos fundamentales en la comunicación no verbal (CNV). ***La postura corporal***, es un auténtico lenguaje (lenguaje corporal) que expresa nuestros sentimientos, intenciones o actitudes. Nuestro cuerpo es silencioso, pero no mudo; está emitiendo continuamente mensajes que tienen que ver primordialmente con nuestro estado anímico. Así, por ejemplo, los movimientos afirmativos de cabeza revelan mensajes diferentes según su ritmo. Cuando son rápidos significa: "entiendo", "continúa", o bien pueden indicar que queremos que ese paciente se dé prisa y termine lo que está diciendo. Cuando son moderados nos están diciendo "comprendo y estoy de acuerdo" y cuando son lentos significan "comprendo, pero estoy un poco confundido".

Por otra parte, *la zona anatómica más expresiva es la cara*; la musculatura mímica facial, profusamente inervada por redes sensitivas y motoras íntimamente conectadas con el cerebro, permite expresar emociones, sentimientos, muy difíciles de ocultar. De ahí que la cara del enfermo sea un *“libro abierto”*. Todo se refleja en la cara, en ese mundo expresivo tan complejo y profundo. Un médico comentaba a otro, *“cuando le expliqué el tratamiento, su cara era un poema”*. Expresión suficientemente ilustrativa de la frustración, sufrimiento, desilusión y desamparo del paciente. Como decía S. Freud, *la comunicación no verbal, es más sincera, más primaria*; una corriente expresiva casi incontrolable que procede del inconsciente. La cara es el espejo del alma, tiene su lenguaje propio y, por lo tanto, el médico expresa continuamente mensajes de relajación, nerviosismo, preocupación o fianza. La expresión facial y gestual, asimismo, tiene una gran importancia en cuanto a la interpretación del *“lenguaje del dolor”*.

*El rostro lleva implícito la mayoría de la información*, pudiendo registrarse una serie de emociones básicas como alegría, ira, tristeza, satisfacción, disgusto, miedo y sorpresa. Como se dice habitualmente *“la cara es el espejo del alma”*, un espejo en el que también nos miran. Pero el médico percibe también que las manos, los ojos, las cejas, son el diccionario del lenguaje gestual. Con ellos expresamos lo que no queremos decir, o lo que no sabemos cómo decir. Con un simple gesto, se puede gozar o sufrir, tal vez mostrar una profunda infelicidad. Un gesto del médico también expresa proximidad o lejanía, es decir, interés o desinterés. *El paciente tiene una especial sensibilidad acerca de las expresiones emocionales reflejadas en la cara del médico*. Así, por ejemplo, un médico que tiene una expresión sonriente y mantiene un contacto visual con la cabeza alta, orientado hacia el paciente, denota una actitud segura y confiada.

Por el contrario, la tensión muscular, los movimientos torpes con la cabeza baja y *con la mirada apartada del paciente, se relacionan con la inseguridad* del facultativo en cuanto a su información y/o prescripción. La actitud corporal es la exteriorización de una disposición de ánimo y cuando es adecuada para el enfermo, seguramente va a expresar uno de estos tres significados: *disponibilidad, aceptación y escucha*. Son tres elementos esenciales en la comunicación no verbal con el paciente. *En la disponibilidad, hay una cierta actitud optimista, de interés y de compromiso con el enfermo*. La aceptación es muy importante; se trata de no valorar, no enjuiciar, no establecer juicios “a priori”; se trata de tener una postura muy objetiva, sin eliminar al mismo tiempo, los posibles vínculos

afectivos que podamos establecer. La actitud corporal, se expresa también en la actitud de escucha, adoptando una posición de interés, a una distancia adecuada (con cierta intimidad), no dando muestras en ningún momento de precipitación, desinterés o falta de tiempo; en la escucha, todo nuestro cuerpo, está con todos sus receptores alerta del otro. ***Mantener una postura abierta y una actitud relajada es fundamental.***

Es necesario evitar posturas corporales cerradas, con brazos o piernas cruzadas o cerradas. El acercamiento amistoso y empático del médico produce una comunicación positiva; de ahí el interés del “cuidado personal”. ***El tiempo que el médico emplea con el paciente***, mejora el tratamiento y, además, es clave porque se traduce en bienestar del paciente y en mejor calidad de vida; el paciente quiere contar su sufrimiento y un médico atento, interesado y expectante es lo que necesita. Hay que tratar por todos los medios que el enfermo se sienta y se encuentre perfectamente cómodo. ***Un fármaco “no verbal” esencial en la comunicación “médico-enfermo” y en la humanización, es la caricia.*** Cuando el médico “acaricia” a ese paciente postrado en la cama, está generando un mensaje de seguridad, interés y confianza. Una caricia se puede considerar un acto de reconocimiento. Se trata de transferencia de sensaciones, con independencia de lo que la persona enferma sienta; la caricia va más allá de la muestra de afecto. Una caricia positiva puede generarse con una palabra amable, una escucha atenta, una palmada en la espalda, una sonrisa, o el sutil roce de la piel. Y, ciertamente, ello implica efectos terapéuticos. ***Al sentir una caricia***, se liberan sustancias del sistema nervioso central relacionadas con el placer como la serotonina, las endorfinas o la oxitocina; ***además, se reduce la producción de cortisol***, una hormona relacionada con el estrés; al final, el médico, contribuye a mejorar el bienestar de los pacientes. ***La caricia, activa unos neuroreceptores de la piel*** que transportan sensaciones a las áreas cerebrales límbicas, que son las que regulan las emociones. ***Con las caricias, el paciente responde mejor***, colabora más estrechamente con el médico, se implica más en su enfermedad y en todo el proceso de recuperación (Figura 8). Produce una sensación de tranquilidad que arranca una sonrisa en el enfermo y, por lo tanto, contribuye a disminuir el nivel de hormonas del estrés que complican la enfermedad y las respuestas farmacológicas. Nos encontramos, por lo tanto, ante uno de los fármacos más antiguos de la humanidad que podemos contemplar en pinturas mesopotámicas, grabados egipcios, frisos helenos, ánforas romanas, dibujos medievales, etc. ***La imagen de un médico acariciando la frente*** o la mejilla de un enfermo, se repite a lo largo de la historia.



Figura 8. Las caricias activan las hormonas de la felicidad, cambian los estados de ánimo y actúan como potentes analgésicos endógenos.

Las caricias constituyen uno de los lenguajes humanos más poderosos. Las caricias también mejoran el sistema inmunológico, alivian el dolor, ayudan a dormir mejor y reducen la tensión sanguínea. El contacto físico también está vinculado a la reducción de los niveles de cortisol, la hormona del estrés; una caricia produce una disminución en los niveles de cortisol, lo que contribuye a la reducción de la ansiedad, la depresión y otros síntomas relacionados con el estrés. Esta reducción del estrés puede tener efectos positivos en nuestra salud mental y física a largo plazo. Además, toda la piel del cuerpo se puede estimular, es como un gran mapa de comunicación de todos los sentidos. El médico, puede despertar mediante la caricia, sensaciones que generan emociones positivas de tranquilidad, confianza, paz, seguridad, aceptación, afectividad, amistad. *La caricia del médico cristaliza también con la “ternura”, una actitud que sugiere cuidado protección y ayuda.*

Una actitud en la que el enfermo, se muestra débil e indefenso y en la que el médico, sin pensar en nada a cambio, le presta toda su fuerza, admiración y entusiasmo. En el diccionario de María Moliner, encontramos el significado de la ternura: *“actitud cariñosa y protectora hacia alguien”*. Implica, pues, dos cualidades muy interesantes en la praxis clínica: afecto y protección. Y ahora conocemos, cada vez más, estudios rigurosos que muestran que la caricia (**¡LA CARICIA VERDADERA!**), tiene en sí misma un importante efecto terapéutico. La ternura se alimenta de sonrisas, de miradas cálidas y de suaves caricias; de apretones de manos y de abrazos; de frases alentadoras y de consuelo; de detalles, de gestos sinceros y dulces; la ternura es complicidad y camaradería, es aceptación y tolerancia, es respeto y

admiración por el otro, en una palabra, ***es lo más sublime del sentimiento humano.***

En la enfermedad, la palabra deja paso al ***lenguaje de los gestos***, especialmente a la caricia. A través de esta actitud de ternura y de la caricia, podemos transmitir todo el apoyo, protección y cuidado que el enfermo necesita. Tocar a otra persona se utiliza como medicamento para tratar la depresión y la ansiedad, reducir el dolor e incrementar el deseo de vivir de los enfermos. Pero sin duda el mejor mensaje que un abrazo puede transmitir es el relacionado con el amor. Nos otorga seguridad, gracias a lo cual somos más eficientes y nuestras relaciones interpersonales más productivas. El contacto físico y el abrazo imparten una energía vital capaz de sanar o aliviar dolencias: aumentan las moléculas del placer, mejora el sistema inmunológico, desarrolla la confianza, estimula la afectividad, etc. El contacto físico puede cristalizar en un masaje. ***El masaje produce vasodilatación***, disminuye la tensión arterial, aumenta el transporte de oxígeno a los tejidos (fundamentalmente a los músculos), mejora el drenaje del sistema linfático y ***eleva el nivel de endorfinas en sangre***. A mayor cantidad de endorfinas (sustancias similares a la morfina) en el cuerpo, más sensación de bienestar en el paciente. Por eso, el masaje es muy eficaz contra el dolor, el sufrimiento y el estrés

***La caricia hace que el paciente se sienta mejor***, puede romper la sensación de soledad y desamparo que experimenta el paciente y, además, es un lenguaje directo, honesto, sin ningún tipo de ambigüedad. La caricia, sigue siendo para el médico, el psicofármaco por excelencia, capaz de neutralizar las turbulencias de la mente y los altibajos del ánimo. Las caricias y el contacto piel con piel proporcionan la liberación de oxitocina, la ***“hormona del amor”***, que aumenta la sensación de bienestar. Por otra parte, ***tocar y ser tocado reduce la presencia de cortisol***, la “hormona del estrés”, lo que hace que descendan los niveles de ansiedad en el organismo. ***La caricia es la expresión de la afectividad a través del contacto, es el reconocimiento del otro.*** Estar cerca de la persona enferma es fundamental. Con el contacto físico y, especialmente, psicológico, somos capaces de transmitir seguridad y apoyo emocional; el contacto nos aproxima, nos sitúa en una relación íntima, pero también nos hace más vulnerables. Además, la impotencia ante el sufrimiento del otro, también la percibimos con más intensidad en la proximidad, en el contacto y, de alguna manera, también es nuestra propia impotencia, aunque a veces, nos refugiemos, una vez más, en la omnipotencia, omnisciencia y en la tecnología que casi todo lo puede (Flórez Lozano, 2024).

Pero, *sólo en la generosidad del contacto y de la caricia, podemos encontrar la tranquilidad y la aceptación del otro* como persona, de ahí el gran interés de ésta habilidad de comunicación. Como decía Plutarco, “en la infancia no hay felicidad sin caricia y, después de la infancia, lo mismo”. Tocar el brazo o coger la mano del paciente, invita a una mayor intimidad, *un mayor acercamiento e interés personal por el enfermo*. El médico, tiene múltiples oportunidades (en la cama, sentado a su lado, ayudándole a moverse en la cama, cuando va al servicio, a la sala de exploración, etc.) que le permiten establecer contactos con el paciente y, por lo tanto, desarrollar al máximo la comunicación no verbal. *El tacto tiene una gran utilidad clínica, tomar el pulso o tocar la frente sirven para demostrar la confianza, comprensión y escucha* que inspira el contacto físico que realiza con toda sensibilidad el médico, al tiempo, que es posible neutralizar el estrés de la enfermedad y de la propia hospitalización.

La caricia genera sentimientos coherentes de satisfacción, tranquilidad, seguridad y, especialmente, establece vínculos muy importantes de confianza. Además, para el enfermo, el lenguaje proxémico es muy importante; podemos acercarnos y penetrar en esa *"burbuja personal"* respetando su intimidad, como un medio de transmitir nuestro apoyo, comunicación y comprensión. El "enfermo" debe sentir que su amigo -el médico- está cerca, dispuesto a dedicarle tiempo y a comunicarse con él. El paciente está convencido que su amigo no le va a defraudar, sabe que le va a **ESCUCHAR** y que, además, no tiene prisa; que el tiempo, en suma, el que sea no va a constituir un obstáculo para gozar de toda la riqueza de la comunicación y, a través de ella, poder encontrar la paz (¡seguro que la hay!) y la felicidad. Nosotros también estamos convencidos de que aún no se ha tomado en serio la "palabra" y la comunicación no verbal (CNV) como instrumentos terapéuticos precisos y altamente satisfactorios y que integran básicamente la confianza que debe presidir la relación *"médico-enfermo"*. En fin, sentirse querido y apreciado por el médico y el resto del personal sanitario, es el eje central de atención y cuidado del enfermo.

Todos estos datos, constituyen poderosos argumentos que prueban que las caricias son vitales en la relación "médico-enfermo", una forma de comunicación y de expresarnos, de transmitir y recibir mensajes en clave positiva, que alimenta nuestra autoestima y la energía vital. *Un contacto espontáneo*, un tacto, un acercamiento de la mano, una delicada y sutil caricia en la frente del paciente, con todo el cariño y la ternura del médico, abre un mundo de expectativas terapéuticas ciertamente desconocidas. En fin, los significados y expectativas creadas por la interacción con el paciente

importan físicamente (estimulando regiones específicas cerebrales que procesan la atención y los receptores opiáceos endógenos que alivian el dolor) y, por supuesto, subjetivamente. Sobre la base de numerosos estudios, parece oportuno concluir que ***una buena relación con el enfermo***, puede mejorar tangiblemente la respuesta del paciente al tratamiento, cualquiera que éste sea (¡incluido el placebo!). ***El efecto placebo, sin duda, se potencia mediante la comunicación táctil.***

Un simple apretón de manos, supone una inyección muy positiva de amor, intimidad y calidez. Acariciar diversas partes de nuestro cuerpo (cabeza, espalda, cara, manos, mejillas), potencia notoriamente el efecto placebo, ***disminuye el dolor*** y frena el consumo de medicamentos (antiálgicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, hipnóticos, etc.). La caricia y el sentido del humor, son dos conductas claves para disminuir los niveles de tensión y ansiedad que sufren los pacientes en relación a su estado y/o pronóstico, son herramientas terapéuticas que permiten que el paciente afronte más eficazmente los malos momentos de la enfermedad, al tiempo que permite una mayor confianza en la relación ***“médico-enfermo”***. ***Sentirse alegre por dentro***, hace que la comunicación del médico adquiera una tonalidad absolutamente distinta, permitiendo más aproximación, vitalidad, resistencia, comprensión, capacidad de escucha y más impulso terapéutico. Por eso, hay que decir muy claro, ***¡Utilicemos la caricia como medicamento!***

***“Cada paciente lleva en sí mismo su propio médico”. Albert Schweitzer, 1875-1965.***

***“No hagas a los demás aquello que no quieras que te hagan a ti, es uno de los principios de la ética”. Erich Fromm.***

***“La empatía es estar con el enfermo sin ser el enfermo”. Unamuno.***

La empatía es una forma de conocimiento y aproximación hacia el paciente; es un intento de “ponerse en el lugar de la otra persona”, una sincronía del médico con el paciente. Como dice Unamuno, se trata de ***“estar con el enfermo sin ser el enfermo”***. Probablemente, si conociéramos las historias de cada persona (“el mes pasado perdió a su hijo, no se habla con sus hijos, estoy pasando por un divorcio, le han diagnosticado cáncer, esta noche no he tenido la oportunidad de descansar por el ritmo intenso de la guardia, problemas económicos, pérdida del empleo, soledad no deseada”)

se lograría una relación “médico-enfermo” inmejorable, de contacto persona a persona y con la sensibilidad que ello supone; lo cierto es que desconocemos esta información, pero ello no es excusa para no intentar comprender y adentrarnos en el mundo psíquico del otro. ***Empatía es sentir lo que otros sienten***; así, por ejemplo, al presenciar la angustia del enfermo, muchos profesionales sanitarios se sienten angustiados y, al mismo tiempo, sienten alivio cuando se alivia el sufrimiento del enfermo. Es por lo tanto un valor trascendente, una actitud y una habilidad que ha sido llamada la quintaesencia del arte de la medicina<sup>1</sup> y patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Constituye una cualidad deseable en todo profesional de la salud, lo cual incluye obviamente al médico, y se desarrolla y perfecciona con el tiempo y la práctica clínica.

Está comprobado que, altos niveles de empatía se vinculan con una mayor facilidad de los pacientes para expresar sus síntomas y preocupaciones, ***con lo que no solo se logra una mejor anamnesis y precisión diagnóstica***, sino también una mayor participación del enfermo y educación en salud y, en general, una mejor calidad de la atención y la reducción del “burnout” del médico. Es indispensable para una actitud empática, saludar, contacto visual constante y repetido, poner la mano en el hombro del paciente, presentarse en todo el sentido de la palabra y preguntarle sobre el motivo de su asistencia. Es apropiado usar nombre y apellido. Y conviene mostrar un sentido de la responsabilidad, ser atento, ***practicar una escucha activa***, cordial y sonreír con sinceridad. ***Curar es una ciencia, acompañar es un arte***. Resulta indispensable mantener el contacto visual y sostenerlo en forma fluida, permaneciendo atentos a las inquietudes de los pacientes y entender su personalidad, hablar lo necesario y explicarse de un modo inteligible, huyendo de los tecnicismos, asegurándonos de que el paciente comprende y nos da la información que necesitamos sobre su enfermedad. Hay que valorar con el diálogo lo que quiere y lo que no quiere saber el enfermo sobre su padecimiento, sin olvidar que a veces despreciamos los pequeños gestos. Y siempre es necesario reforzar la atención, la mirada y la escucha. La empatía ***facilita el cumplimiento terapéutico y resulta imprescindible ante cualquier enfermedad crónico-degenerativa o cáncer***, ya que tanto el paciente como sus familiares se sienten más confiados en el vínculo con su médico, ocupado al igual que ellos por su salud, y se sienten más motivados para hacer frente al tratamiento y a los efectos indeseados que este puede llegar a provocar.

Desde el nacimiento, vamos aprendiendo a ser empáticos; es un aprendizaje cultural; somos empáticos por naturaleza. ***El córtex prefrontal***

va asumiendo esta función esencial en las relaciones humanas. Hace unos 3,5 millones de años cuando los primeros humanos empezaron a salir de la selva y empezaron a necesitar una mente más compleja que les permitiera pensar en los demás, en sus congéneres, empezó a desarrollarse la capacidad empática del ser humano. Ser empáticos, por lo tanto, es una función esencial para la supervivencia del ser humano (***“yo te ayudo a ti y tú me ayudas a mí”***). La comprensión empática es: "la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos". La experiencia de la comprensión empática en el tratamiento constituye una necesidad imperiosa para el tratamiento y la recuperación del enfermo (Borrell i Carrió, 1989, 2003). Por encima de todo, empatía es ayudar al “otro”.

Cualquier actividad placentera (***AYUDAR***), se convierte en un fármaco muy potente que libera ***OXITOCINA***, un neuropéptido que se genera al ayudar a los demás: un antídoto natural frente al estrés; es decir, contrarresta los efectos dañinos del cortisol, que aumenta el colesterol y las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. El verdadero éxito está en ayudar a los demás; el egoísmo es una carrera sin final, pero el altruismo es un círculo que se perpetúa. ***La oxitocina***, por el contrario, frena la depresión y la ansiedad. Tal como ha dicho Marck Twain (1835-1907), “no hay tiempo, muy breve es la vida para disputas, disculpas, animosidades; sólo hay tiempo para amar y solo un instante, por así decirlo, para eso”. En fin, un consejo lleno absolutamente de vida, amor y felicidad y un medicamento muy eficiente, ya que ***“el amor es el antídoto más potente que tenemos frente a la depresión”***. La empatía no es una manera de ser "amable" o de "curar a través del amor", sino que más bien es la llave que permite avanzar en la comprensión profunda del mundo interno del ser humano.

En fin, la empatía ***“es la capacidad de pensar y sentir dentro del mundo interno de otra persona”***. Una relación empática requiere ***PRESENCIA***. Esa actitud se traduce en un saber estar que se transmite de la siguiente forma: “en estos momentos eres tú lo único que me importa” (a pesar del cansancio, de la demora y de que la consulta esté llena). Esto requiere autogestión emocional del médico (inteligencia emocional). Es decir, ***un saberme recuperar de los momentos complicados*** para entrar de “nuevo” en la siguiente visita; ***un “resetear”***, un reiniciar continuo; ***vivir el momento presente***, haciendo un esfuerzo para dejar desactivar sentimientos y pensamientos que nos bloquean de lo que está pasando en ese instante (***“mi autodiálogo; diálogo interior”***). Sin presencia es imposible escuchar activa y efectivamente y, por lo tanto, no es factible intuir aquella información que

está detrás de las palabras del paciente: lo que dice, cómo lo dice, lo que no dice, sus necesidades ocultas, sus expectativas, su sentir, sus emociones, sus preocupaciones, sus miedos.

La empatía tiene tal importancia y trascendencia en el ser humano, que se relaciona con determinadas estructuras anatómicas como *el córtex prefrontal* (dorsolateral, orbitofrontal y ventromedial), la amígdala y las estructuras periamigdalares; en todo este proceso, la amígdala es la estructura básica para reconocer las expresiones faciales como el miedo, así como otras expresiones afectivas. En esta capacidad tan humana de percibir e interpretar las emociones de los demás, es decir, de sufrir cuando los demás sufren o de alegrarnos de la felicidad de los demás, ejercen un papel destacado las áreas frontales del cerebro. *Los lóbulos frontales* son muy importantes en las funciones cognitivas más específicamente humanas, como la autoconciencia, la personalidad, los juicios morales o la empatía (Flórez Lozano, 2025). La empatía es amor y la *oxitocina es la hormona del amor*, es especial para entablar lazos y vínculos con otras personas. La oxitocina es la hormona de los abrazos, del contacto piel a piel, del vínculo entre personas; *es la hormona de la empatía*; las personas más empáticas, tienen más oxitocina.

Se trata de una hormona que escasea en la misma medida que han disminuido los comportamientos prosociales y la gente ha sido succionada por el estrés sociocultural de la actualidad; *un estrés que activa el cortisol*, relacionado con las amenazas, las guerras, el miedo, la preocupación y la enfermedad. Estamos en una sociedad altamente estresada (pandemia, inestabilidad volcánica, huracanes, agresividad social, etc.). En este contexto hay una fuerte liberación de cortisol que inhibe la oxitocina y, por lo tanto, la empatía. *La empatía es un fármaco muy poderoso que escasea*. De hecho, escuchar frases empáticas *reduce la percepción del dolor en un 12 por ciento*, algo que ni siquiera consiguen algunos analgésicos (Figura 9). Y, además, las neuronas espejo nos conectan con otras personas y un mal funcionamiento de estas células nos lleva a una desconexión emocional de los demás (*dispatía*), como les ocurre a los pacientes autistas. *En la empatía, se encuentran las raíces de la moral y de la actitud ética*.



Figura 9. La falta de empatía implica incertidumbre y estrés; produce un estado de ánimo decaído y una tensión psíquica elevada.

Esta habilidad empática, consiste en la capacidad de leer los signos de comunicación no verbal. *La empatía requiere vivir, conocer y amar su profesión* y, además, resolver los problemas clínicos del enfermo. La empatía en el más amplio sentido de la palabra supone «ponerse en el lugar del enfermo», por lo tanto, acercarnos a sus sufrimientos, temores, miedos, preocupaciones, etc. Freud definió la empatía, como el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental y ello supone la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, que conduce a la conciencia de los sentimientos del otro (Flórez Lozano, 2025). Implica, asimismo, *un apoyo fundamental* para potenciar su calidad de vida y para enfrentarse mucho mejor a la enfermedad y a su posible recuperación (Flórez Lozano, 2020).

Esto es lo que ha comentado un paciente: Son muchas las patologías, síntomas y dolores que sufro; todavía no hay un cuadro clínico concreto y no tengo un diagnóstico definitivo; pero a pesar de la frustración, incertidumbre ansiedad y angustia, no voy a perder la sonrisa porque sé que tengo un médico que, con su esfuerzo y conocimientos, hace todo lo posible por averiguar qué es lo que me pasa; además, no se rinde, me escucha, me mira y me acompaña y eso es vital para mi equilibrio mental y para mantener vivas mis fuerzas psíquicas para luchar contra la enfermedad. Por ello, es imprescindible esta empatía y voluntad de llegar a dónde sea posible; una empatía ausente en muchos médicos y enfermeras que se acompaña de frases hirientes: “esto es lo que hay”, “estás muy obsesionada en la enfermedad”. En fin, *falta de humanidad* que potencia, aún más, el dolor psicológico y

físico. Y sigue diciendo: “**no somos un número**; hay que dar visibilidad a esta comunicación inadecuada para que los médicos y enfermeras, sepan que el acompañamiento, la ayuda, la empatía y ese respaldo médico, no curan, pero ayudan a sentirse bien; de tal suerte que no somos abatidos por el dolor físico que se estamos padeciendo”. El médico, mediante la empatía, puede percibir los estados emocionales del paciente (enfado, alegría, rabia, enojo, tranquilidad, hostilidad, etc.) y, de esa forma, puede garantizar la dignidad y el respeto del enfermo; sin empatía no podemos llegar al paciente, a sus necesidades, a sus deseos, a sus miedos y a sus temores (Blau, 1985). Sin empatía, no hay seguridad ni confianza terapéutica; los resultados terapéuticos, quedan muy mermados. Implica, asimismo, un apoyo fundamental para potenciar su calidad de vida y para enfrentarse mucho mejor a la enfermedad y a su posible recuperación. El médico/a, mediante la empatía, puede percibir los estados emocionales del paciente (enfado, alegría, rabia, enojo, tranquilidad, hostilidad, etc.).

Se trata, por lo tanto, de una forma de comprensión interpersonal (inteligencia emocional), que cristaliza en el concepto de “**empatía terapéutica**”. Es una habilidad para reconocer y responder a los sentimientos del paciente; se trata de una agudeza empática, basada en la aceptación y el reconocimiento del enfermo. En fin, la “**empatía terapéutica**”, es un proceso interactivo destinado básico para conocer y comprender a otra persona con el fin de facilitar su desarrollo, su crecimiento personal, su capacidad para resolver sus problemas y su capacidad de recuperación ante cualquier enfermedad o proceso patológico. En general, se puede considerar “**empático**” al médico/a que posee una elevada sensibilidad, un alto nivel de concienciación y concentración, una probada capacidad de escucha y una rica expresividad verbal, así como una gran capacidad para entender, observar, percibir e interpretar con una alta concentración ante los mensajes verbales y no verbales del paciente. Por el contrario, **se estima que carece de esta virtud el médico que abusa del silencio**, interrumpe las intervenciones de los enfermos o prolonga demasiado sus respuestas (Esquerda y cols., 2016). El médico empático, reúne una serie de cualidades que forman parte de su personalidad y de un aprendizaje esmerado en el curso de su experiencia clínica; por eso, tiene que avanzar en la empatía suprimiendo conductas **dispáticas**. De esta forma el médico/a, se convierte en una **persona medicina** que siempre está ahí, que impide que te deprimas, que te levanta el ánimo más que un psicofármaco, que te alegra el día y que con una mirada te tranquiliza; adquiere entonces la propiedad de un medicamento (“persona medicina”). Asimismo, la empatía, supone un

genuino interés de penetrar en el mundo interior del enfermo, una especie de fusión entre médico y enfermo. Una habilidad para reconocer y responder a los sentimientos del paciente; se trata de una agudeza empática, basada en la aceptación y el reconocimiento del enfermo (Flórez Lozano, 2024). En fin, la empatía en el marco clínico sirve a los propósitos de comprensión, ayuda, generosidad, paciencia, amabilidad, comprensión, comunicación y explicación (Birdwhistell, 1980). Pero con mucha frecuencia, el escenario sanitario está definido por la “*dispatía*”, es decir, la ausencia de la comprensión emocional, la frialdad de los sentimientos y una gélida comunicación verbal y no verbal. Por poner sólo un ejemplo de una paciente, en este caso, médica; dice su experiencia así: “La cirujana que me operó de urgencia una perforación de intestino, provocada por uno de los tratamientos para mi artritis, lo primero que me dijo cuando pasó visita por primera vez en la habitación (compartida, por supuesto), tras 4 días en cuidados intermedios, es que la recuperación dependía de mí, que ya me podía levantar (con una laparotomía media, una colostomía de regalo y múltiples drenajes) y pasear pasillo arriba, pasillo abajo, sin parar durante horas”. ¿Qué había pasado con mi artritis que no me permitía caminar más de 100 metros sin que se me saltaran las lágrimas (debido a un dolor insoportable) y necesitara después dos días para recuperarme? ¿Había desaparecido durante la intervención? ¡Pues no!

Por supuesto, lo que pasaba es que para ella la paciente de la 112 (cosificación, deshumanización) había sido intervenida de una perforación intestinal. ¡Y punto! Ignoro si se había leído mi historial o no, nunca lo sabré. Por fin, menos mal que siempre aparece ese médico con vocación (empático), que te coge la mano y te mira a los ojos y te explica que, dentro de lo que puedas, te muevas, que es lo mejor para ti y que él entiende lo que estás pasando y que todo saldrá bien. Y también esa enfermera que te dice: no le hagas caso, es una amargada, tú tranquila que ya verás cómo poco a poco vas a poder ir haciéndolo y aquí estoy yo para ayudarte en todo lo que necesites (explicación de cómo mirar y cuidar mi colostomía sin desmayarme, incluida). Por eso, la empatía también refuerza al médico y aumenta su satisfacción personal y su autoestima (Bayés, 1996). ***La empatía es un antídoto frente al “burnout” del médico.*** La empatía terapéutica es una actitud positiva que busca la comprensión del significado de las expresiones del paciente desde una perspectiva interna, desde el marco de referencia de su subjetividad. Mediante la empatía podemos reducir la sensación de impotencia e inadecuación del enfermo, debido a la falta de información. Una relación empática produce, en líneas generales, una

disminución de la sintomatología depresiva, una merma de los niveles de ansiedad y/o angustia y una neutralización de las alteraciones del humor (Donoso-Sabando, 2014). ***La empatía es el medicamento esencial*** que tanto necesitamos en la actualidad y que es necesario potenciar; al fin y al cabo, es el respeto a la persona; es una forma maravillosa de entender la medicina y la atención a nuestros pacientes (Flórez Lozano, 2025). Tener empatía, saber entender y escuchar los problemas del otro conducen hacia una vida más sana, feliz y más humana. Por ello, ***la empatía es la clave de la humanización***. Solemos referirnos a la empatía recordando aquella escena de la película ***"Matar a un ruiseñor"*** (1962) en la que el abogado Atticus Finch, interpretado por un espléndido Gregory Peck, defendía a una persona de raza negra acusada de un crimen que no había cometido y afirmaba: ***"Nunca entiendes realmente a una persona hasta que consideras las cosas desde su punto de vista, hasta que te metes en el interior de su piel y caminas con ella"***.

El médico debe tener la habilidad de percibir los sentimientos de cada paciente y tratar de ponerse en su lugar, para comprender en profundidad cada situación, con la finalidad de conectar con el mundo interior del paciente y poder facilitar la resolución de sus crisis. Sin duda, una de las sensaciones que más dolor nos puede producir es la de sentirnos rechazados y abandonados. Sin embargo, el abrazo fuerte e íntimo, puede ser un fármaco potente para superar la soledad y la enfermedad. En el Eclesiastés (4:10), encontramos “pobre del que está solo y se cae y no tiene quien le ayude a levantarse”. ***La empatía es la conciencia de los sentimientos***, necesidades y problemas de los enfermos. Es también, la capacidad para expresar al enfermo que se le ha comprendido. Y esa preocupación por los demás, es decir por los enfermos, deriva de la sintonización emocional y del amor al “otro”. Dice José Saramago (Premio Nobel de Literatura en 1998), en su libro ***“El hombre duplicado”***, que ***“solo el amor nos permite conocernos”***. Y ciertamente la clave de la empatía es el amor.

La empatía es esencial para mantener la luminosidad de la vida, reforzar las expectativas de la vida, renacer de las adversidades, de los traumas, de las desgracias y de la enfermedad (Baylon, 1996). Naguib Mahfuz, Premio Nobel de Literatura en 1988, escribió en su obra ***“El viaje del hijo de Fatuma”***: “Me invadió una nueva sensación y disminuyeron mis tristezas, el viaje controló mis sentimientos y se abrieron ante mí horizontes ilimitados para la esperanza”. Se podría afirmar que los profesionales sanitarios con mejores habilidades empáticas tienen más probabilidades de conseguir una conducta positiva en el paciente. ***La empatía es un estímulo***

**vivo para un espíritu demolido por la enfermedad.** Cualquiera de nosotros, tiene miedo al tratamiento, al abandono, al rechazo, al maltrato, a la pérdida y a la enfermedad. Sin embargo, lo podemos controlar con la empatía, en esa sinfonía lumínica de la vida única e irrepetible; en la sensación placentera de vivir, de amar, de esperanza, de humor, de querer y de aprender. Kant, decía que la vida se hace soportable por la esperanza, los sueños y el humor.

**Una profunda empatía del médico está asociada con una mayor motivación** del paciente para el autocontrol de la enfermedad y su curación integral. Un médico empático, comprensivo que comparte las decisiones con el paciente, **puede reducir un 50% el riesgo de muerte**, también se producen cambios positivos en la conducta y en los estilos de vida, potenciándose la adherencia terapéutica y reduciendo el sufrimiento emocional. Cuando hablamos de empatía, queremos decir: **sentir la emoción que sufre el enfermo**; conocer el psiquismo del paciente, sus ideas y sentimientos; adoptar la expresión facial o la postura de la otra persona durante la comunicación; imaginar lo que se pensaría o se sentiría si se estuviera en el lugar del paciente; acompañar en el sufrimiento o la alegría del paciente y manifestar siempre una actitud positiva de querer ayudar.

El médico ha de expresar al paciente: te entiendo, sufro como tú, soy paciente. **Pero la actitud dispática**, se extiende cada vez más en el ámbito sanitario (Ballenato, 2005). Las deficiencias más frecuentes en la praxis clínica de los médicos en relación con la empatía son las siguientes: no identificarse ante el paciente y no darle el tiempo necesario para responder con tranquilidad, hablar al mismo tiempo que él, **interrumpirle**, no mirar claramente a los ojos con sinceridad, atención e interés manifiesto y sincero, no centrarse intensamente en lo que le dice, hacer preguntas automáticas en tono monótono y permanecer distante y frío, dar explicaciones o informaciones muy limitadas y en muchas ocasiones, incomprensibles para el paciente.

Es esencial, por lo tanto, que los médicos/as **tomen conciencia** de que la empatía es un medicamento esencial, para un correcto uso de la comunicación, ya que éstos son partícipes de los sentimientos de los pacientes y lo hacen sin juzgar ni culpar, evitando una reactividad emocional estéril (más bien negativa) del paciente. Mediante la empatía podemos **reducir la sensación de impotencia** e inadecuación del enfermo, debido a la falta de información. Una relación empática produce una disminución de la sintomatología depresiva, una merma de los niveles de ansiedad y/o angustia y una neutralización de las alteraciones del humor. Ciertamente, **la empatía**

*es la capacidad de comprender, ser consciente, ser sensible o experimentar sentimientos, pensamientos y experiencias de otros, sin que esos sentimientos, pensamientos o experiencias, hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita. Se trata de una habilidad básica en el contexto de las relaciones humanas y en el establecimiento de relaciones íntimas. Para conseguir una buena capacidad empática, se deben cumplir al menos tres principios esenciales:*

- *Sentir lo que otra persona está sintiendo.*
- *Saber lo que el paciente está sintiendo.*
- *Responder de forma compasiva al malestar del enfermo.*

Un médico me comentaba lo siguiente: “a veces los pacientes, vienen a llorar conmigo porque no han encontrado un familiar o un amigo que les dedique un minuto y tampoco son capaces de ponerse en su lugar y entender su sufrimiento”. Esto es lo que falta en nuestro tiempo, *poder dedicar desinteresadamente un poco de nuestro tiempo a ayudar a los demás*. La empatía, por lo tanto, es una forma de estar en contacto con lo que otro experimenta, con lo que el paciente tiene, piensa y sufre (Figura 10). No hay que confundir empatía con las palabras amables con las que solemos recibir a los pacientes ni las frases de apoyo mecánicamente recitadas (“no se preocupe, ya verá como en unos días se siente mejor”, “enseguida se encuentra muy bien”). Todo ello puede considerarse en el mejor de los casos cordialidad, pero no empatía. *El médico empático, escucha en los ojos del paciente. La empatía es la medicina universal de la farmacia celestial.*



Figura 10. La medicina empática es el interés centrado en el paciente, es aceptación y autenticidad.

*Empatía es comprender y, por encima de todo, es amar.* ¡Con la empatía, todo parece ser ilimitado, incluso la propia vida! El viaje es la vida que estimula los sentidos, aporta conocimiento y tiene efectos innegables sobre el espíritu. Por ello, es muy importante la capacidad y la inmersión empática en la relación con el paciente, usuario o cliente. En la inmersión empática, el médico ha de brindar oportunidades empáticas que permitan al paciente la verbalización de emociones tóxicas que irrumpen en el equilibrio psíquico del paciente y complican el tratamiento. *La inmersión empática supone una gran catarsis emocional*, una liberación emocional que nos rescata de estados de ansiedad y/o angustia incompatible con la salud. *La empatía, es ayudar, comprender y, por encima de todo, es generosidad*; una actitud mental que libera sustancias placenteras como la oxitocina, un neuropéptido que se genera al ayudar a los demás y que actúa como antídoto natural frente al estrés; contrarresta el daño del cortisol, una hormona que aumenta el colesterol y las enfermedades crónicas.

Una actitud que pone freno a la depresión y a la ansiedad. La empatía, neutraliza la "cosificación" de la persona enferma, en la que el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sentimientos y valores. La empatía, la atención, la verdadera comunicación y el contacto humano nos convierte en irremplazables. La empatía consigue vencer la falta de calor humano; suprime el trato inadecuado y neutraliza el distanciamiento afectivo del médico que llega a ser de fría indiferencia o indolencia. *La empatía reconforta*, potencia nuestra actitud mental, produce sensaciones de bienestar, aumenta la resistencia, reduce el dolor y las manifestaciones clínicas del paciente. La empatía es una herramienta terapéutica esencial para el médico.

***“Escuchar adecuadamente requiere oídos, ojos, mente, presencia y conocimiento; es una aventura fascinante”.***

***“No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación” (Carl Rogers. El poder de la persona.).***

***“Quiero que mis palabras digan lo que yo quiero que digan y que tú oigas como yo quiero que las oigas”. Pablo Neruda.***

***¡Escúchame! Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables ni que hagas. Sólo que me escuches. (O´Donnell, 1989).***

Cuando hablamos, necesitamos que se nos escuche atentamente, con mucha concentración. En la obra *“La Escucha”* de O’Donnell (1989), es revelador de la necesidad que tiene un paciente que se encuentra en una situación de crisis, de ser escuchado, más que de escuchar: ***“Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tú me dices porque no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes a mis necesidades. ¡Escúchame!, todo lo que te pido es que me escuches”***.

En el proceso de escucha, es necesario utilizar más de un sentido, ya que además del contacto visual, debemos captar los movimientos del cuerpo, su posición, los mensajes subliminales, omisiones relevantes. Sin embargo, hay muchas personas que padecen lo que llamamos ***“sordera del otro”***; personas que sólo hablan de ellas; sus discursos circulares empiezan, se desarrollan y finalizan en el eco de sí mismos/as: arrogancias, soberbia y cerrazón mental, les impide escuchar. ***Los sordos de los otros*** nunca se interesan por lo que se les dice; el médico se puede convertir en una ***“burbuja egocéntrica”***. ***Escuchar, es un proceso activo*** en el que permitimos que el paciente, puede exponer su problema sin interrumpirle (baja reactividad) ni realizar conclusiones prematuras. Sentirnos acompañados a través de la escucha activa ayuda a llevar mejor las preocupaciones, las adversidades de la vida, una enfermedad o una pérdida afectiva. Escuchar es una virtud imprescindible para revitalizar los frágiles lazos de la convivencia familiar y social. ¡Sólo construimos la deseable relación afectiva para huir de la soledad, cuando escuchamos! Byung-Chul profesor de la Universidad de las Artes de Berlín, Premio Princesa de Asturias de Comunicación y Humanidades, manifiesta que si escuchásemos de verdad mejoraríamos el mundo; considera que no puede haber bondad, generosidad y comprensión sin escuchar. Y también Meryl Streep, Premio Princesa de Asturias de las Artes, manifestó: “en este mundo cada vez volátil y hostil, lo más importante es escuchar. Hay muchos médicos que padecen lo que llamamos ***“sordera del otro”***; personas que solo hablan de ellas; sus discursos circulares empiezan, se desarrollan y finalizan en el eco de sí mismos: arrogancia, soberbia y cerrazón mental les impide escuchar. Algunos/as permanecen en una burbuja egocéntrica y nunca se interesan por lo que se les dice.

***La escucha es un proceso activo*** y, ello, supone una gran motivación para el médico, en el sentido de que se obtendrán logros importantes desde el punto de vista clínico y psicológico y de que no será un proceso de pérdida

de tiempo. Atendemos por espacio de unos 60 segundos, sacando resúmenes parciales de nuestra escucha y encadenando estos hasta conseguir el significado global. Pero, el arte de escuchar se ha diluido en la parsimonia de atender sin oír y ver sin entender. **Muchos médicos bloquean al paciente** y no le permiten “con libertad” su expresividad y comunicación y, por lo tanto, las conclusiones son falsas o erróneas. La prisa, el estrés, la masificación, la urgencia, la distracción, nos resta tiempo y disponibilidad para oír a los demás. **Nos hemos metido en un laberinto de instantes, no de comunicación.**

La fe y las certezas compartidas, se han esfumado. Y, en su lugar, se ha instalado el miedo, la inseguridad y la resignación. El enfermo se encuentra en un páramo de soledad, incertidumbre y silencio sepulcral y, a veces, lo evitamos sistemáticamente. Y surge de forma exponencial la ansiedad que complica todos los procedimientos médicos. La escucha activa, por el contrario, neutraliza los pensamientos negativos, calma la mente turbada del paciente, modera la ansiedad inconsciente y evita la invasión de pensamientos intrusivos que generar profusos manantiales de ansiedad que cristalizan en ataques de pánico. **La escucha activa** proporciona un fármaco poderoso, la calma (calmasín). Pero en este escenario, ha desaparecido el calor humano en las interacciones sociales, convertidas en gélidas conversaciones (*¡on line!*). Sin embargo, el paciente y también el médico, necesitan una visión optimista de la vida, mejorar las relaciones, activar los puentes de comunicación (alegría, seguridad, risa, energía y vitalismo) con el paciente y crear dinámicas de relajación y visualización. El médico, ha de evitar los eclipses del alma.

Por eso, es muy importante prestar atención exclusiva a la persona que nos habla. En cualquier caso, la comunicación no verbal, exige una atención y observación especial, dado la importancia en el proceso de la comunicación. Hay que subrayar que cuando hable con un paciente, **debe sentarse y mirarle a los ojos**, en lugar de enfocarse en la pantalla del ordenador. Los médicos y médicas nunca deben estar en un nivel por arriba de sus pacientes. **Procure sentarse a la misma altura o más bajo que su paciente.** Así, la comunicación y la escucha será más eficiente, más profunda. La escucha tiene la capacidad de «aliviar» tensiones psíquicas muy dolorosas (Davis, 1973). En efecto, un paciente y/o familia que se siente incomprendido es porque no ha tenido la posibilidad de poder expresar abiertamente sus miedos y temores. **Escuchando activamente** damos al otro la posibilidad de compartirlas, proporcionando **apoyo emocional**.

***Combinando la escucha con esa mirada cálida inspiramos confianza terapéutica.*** El tóxico más importante de la escucha activa es el «ruido», y no tanto el ruido. Algunos factores que producen “ruido” y que impiden la escucha activa son: prisas, juicios de valor, conclusiones prematuras, prejuicios, ansiedad, tendencia exagerada a dar consejos, signos de estrés como mirar continuamente el reloj, observar el celular, tintineos del móvil, etc. Escuchar de manera activa significa superar la barrera que imponen estos elementos. Cuando esta barrera se supera, la escucha se convierte en un acto de ayuda. Pero escuchar, no es fácil porque nos hemos instalado en la superficialidad; todo tiene que ser rápido, fácil y entretenido. ***Hay que potenciar la voluntad del paciente (¡y del médico!),*** motor de superación y de mejora de estándares de salud; un auténtico medicamento. Una sociedad que renuncia a la voluntad se convierte en frágil, dependiente y manipulable. Empero, algunas variables ayudan a escuchar activamente: la paciencia, el respeto, el tono de voz calmado, la postura adecuada, la mirada cálida, asentir, resumir lo que el paciente dice (parafrasear). ***La escucha verdadera tranquiliza al paciente*** e, incluso, el paciente agresivo, hostil, desconfiado, taciturno, exigente, protestador, violento, se calmará si nos convertimos en ***un oyente que muestre paciencia, respeto y comprensión.***

En la praxis médica, la escucha activa es esencial para atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al ***"cómo se dice"***, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales: mirarle, animarle, escucharle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. Escuchar implica un proceso neuropsicológico activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo. ***Escuchar requiere esfuerzo y concentración,*** algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar. la capacidad de comunicación, sin duda, aumenta si aprendemos a escuchar mucho mejor; al no interrumpir al enfermo le damos tiempo para ordenar sus ideas, sus miedos y sus sentimientos que emergen de forma incontrolada. No es lo mismo ***"oír"*** que ***"escuchar"***.

En efecto, oír es un acto pasivo, automático, mientras que escuchar implica una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas; escuchar nos permite conocer que es lo importante para el enfermo, lo cual muchas veces no se corresponde con lo que se presupone.

*Atendemos por espacio de unos 60 segundos*, sacando resúmenes parciales de nuestra escucha y encadenando estos hasta conseguir el significado global. Ocasionalmente, el médico interrumpe al paciente, le bloquean y no le permiten “con libertad” su expresividad y comunicación y, por lo tanto, las conclusiones son falsas o erróneas. La prisa, la masificación, la urgencia nos resta tiempo para oír a los demás. A veces, lo evitamos sistemáticamente. Pero, es muy importante prestar atención exclusiva a la persona que nos habla. Una de las grandes habilidades del facultativo es crear un ambiente de seguridad para que el paciente confíe en él y se anulen los silencios patológicos.

El médico, no sólo debe ser un gran comunicador (¡y un gran escuchador!), sino que también *ha de estimular la comunicación*. El lenguaje no es el enemigo, es un apoyo terapéutico esencial, pero los silencios que acompañan a un diagnóstico o la angustia de la sala de espera, pueden ser agujeros negros en la comunicación “médico-enfermo”. Todas estas situaciones implican además una especial capacidad afectiva, de tal suerte que el médico no caiga en la desesperación ni en la resignación. El médico no logrará que desaparezca la desgracia, *pero puede paliarla*, creando un marco ético que facilite la felicidad personal y la dignidad integral de la persona. Mientras se escucha, podemos estimular este proceso con algunas herramientas de la comunicación: mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “interesante”, “no hay prisa”, “uhm”, “continúe, le escucho”. Además, una vez que el médico interviene, comunica al cliente que le ha escuchado activamente mediante respuestas verbales de distinto tipo congruentes con lo que ha manifestado el cliente. Inexorablemente, la escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de estas y a que resultemos un interlocutor agradable para los pacientes y, en general, para todos los demás. Escuchar activamente conlleva al interés y predisposición en comprender el mensaje de manera correcta de acuerdo a lo que nos quieren transmitir. Todo ello implica una plena atención en la persona y en el mensaje (García Campayo, 1995). En definitiva, no se trata de oír sino de escuchar poniendo a trabajar nuestras capacidades cognitivas y de empatía. Los mensajes no son solo palabras, también incluyen gestos, sentimientos, formas de transmitirlo y expresión, entre otras cosas. ***Tenerlo todo en cuenta significa estar escuchando de manera activa.***

***La escucha activa, se relaciona con un alto grado de satisfacción,*** con una atención de calidad, con una disminución de la confrontación, con un mejor diagnóstico y con una mayor confianza terapéutica (Rodríguez Bayón, 1999). La escucha activa, potencia la autoestima del paciente, su valoración y su adherencia a los tratamientos. Con la práctica del arte de escuchar, los médicos mejoran la praxis clínica, identifican de manera eficiente las necesidades individuales y crean un ambiente donde la amabilidad y la delicadeza son tan importantes como la eficacia clínica. Requiere esfuerzo físico y mental para entender completamente el mensaje, interpretando el tono de voz y el lenguaje corporal en la comunicación verbal. ***La inversión de tiempo en escuchar activamente a los pacientes se traduce en respuestas más precisas y personalizadas.*** Esta práctica no solo establece una conexión más profunda, sino que también construye una base sólida para una relación de confianza terapéutica. ¿Qué es lo que implica escuchar al paciente? ***Significa escuchar con atención, entender el mensaje y demostrarle a nuestro paciente que se siente bien interpretado y comprendido.***

La escucha activa permite afinar y potenciar la relación “***médico-enfermo***”. Sin duda, una conclusión consistente es que a mayor utilización de la escucha activa, mayor satisfacción del paciente (García Solís, 2015). La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. ***Escuchar implica un proceso activo*** donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar. La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad y a que resultemos un interlocutor agradable para los demás. La escucha activa, cristaliza y se armoniza con una actitud mental positiva (Figura 11).



Figura 11. La actitud positiva del médico es amabilidad, amor, curiosidad, creatividad, entusiasmo y espiritualidad.

*El silencio es un componente esencial en la escucha activa:* guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante. Debemos practicar el **"silencio"** que es sin duda la mejor escucha reflexiva. Con la escucha activa demostramos mayor interés por nuestros pacientes y por sus problemas y circunstancias, resolvemos las situaciones tensas y disponemos de más tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su calidad de vida y aceleren el proceso de curación.

Pero, en esta sociedad en la que la información es tan abundante, la capacidad de sintonizar con aquello que nos interesa y mantener la atención en ello dejando a un lado el ruido de fondo se está convirtiendo en un reto. Si escuchamos poco, corremos el riesgo de tomar decisiones precipitadas en base a fragmentos de una información más amplia. Por otro lado, si somos demasiado selectivos con las personas que escuchamos, corremos el riesgo de convertirnos en seres demasiado críticos y acabamos cerrando nuestra mente a todo lo nuevo. *El objetivo de escuchar consiste en encontrar el punto de equilibrio entre centrar la atención en un tema y mantener la mente abierta al mismo tiempo.* Si no recibimos el mayor grado de atención, es decir de "escucha activa", sentimos frustración, dolor, frialdad, rabia e, incluso, agresividad (Flórez Lozano, y cols., 2025). Para profundizar en la escucha activa, el médico puede utilizar las siguientes estrategias: parafrasear una o dos palabras claves de las que el paciente ha empleado para hacer que profundice en determinados aspectos y respetar los silencios que

se producen. Si se necesita romper el silencio se pueden hacer preguntas como, ¿en qué estabas pensando?

*La “escucha activa”, por lo tanto, es un bálsamo terapéutico* muy eficiente para hacer frente a múltiples disfunciones emocionales relacionadas con la enfermedad, con las tensiones sociales, laborales y con la propia conflictividad familiar. La “escucha activa”, es un fármaco ideal para neutralizar el estrés y la ansiedad. No sabemos escuchar, siempre tenemos prisa, acabamos interrumpiendo a la persona e interfiriendo en la comunicación. Ciertamente, en nuestra sociedad falla la cultura de “escuchar”, una competencia emocional que habla mucho de la actitud ética y profesional del médico/a. Siempre estamos en la punta del “iceberg”, sin embargo, desconocemos la parte más oculta, la más grandiosa y profunda de la persona y es conveniente conocerla a través de la comunicación y de la “escucha” para poder ayudar al enfermo. Una buena respuesta del médico/a, es: “te estoy escuchando”, “me estás diciendo...”. ¡Te estoy prestando toda mi atención! El médico/a que escucha activamente necesita devolver lo que está comprendiendo y eso es precisamente, lo que llamamos empatía. La importancia de la escucha activa, radica en que se relaciona con aspectos de comunicación integral tan variados como la satisfacción, el cumplimiento terapéutico, la percepción de la competencia profesional y la satisfacción de los pacientes (Goleman, 1996). *Escuchar reconforta al paciente*, humaniza al paciente, le valora y le considera como una **“persona”**.

*La escucha activa*, es una de las fórmulas eficaces para evitar la despersonalización y/o cosificación del enfermo. Sin duda, escuchar con atención a una persona, aunque sea durante un minuto, es el mejor regalo que le podemos hacer. En general, siempre hay más ocasiones de escuchar que de hablar; en la relación con el paciente es mejor escuchar que querer hablar siempre. Escuchar marca la diferencia, porque significa que estás prestando atención al paciente; puedes percibir incluso lo que no verbaliza y, a veces, como ya hemos indicado es muy importante la escucha silenciosa; sólo quiere a su médico a su lado; no quiere consejos ni reproches; quiere esa escucha y esa mirada “celestial” del médico. Cuidado con esos comentarios invalidantes “no es para tanto”, ¿Otra vez con eso?, “hay gente que está mucho peor que usted”. Cuando el paciente nos cuenta sus miedos, es el gran protagonista. El enfermo quiere deshacer ese nudo en la garganta. Dos palabras sencillas, nos ayudan a escuchar y a comprender, **¡Te entiendo!** A veces, no sabes que decir al paciente, pero siempre puedes trasladarle tu apoyo incondicional y no dejarle con un sentimiento de vacío e

incomprensión. El vacío nihilista del enfermo y su insatisfacción crónica es controlado la escucha, la mirada y la palabra del médico.

***La actitud de escucha adecuada es, sentado al lado del paciente o en la cama del enfermo,*** nunca de pie y con los brazos cruzados; al escuchar conoceremos mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si está en condiciones de hacerlo; hay que escuchar lo que dicen, cómo lo dicen y lo que además implican estas palabras. La falta de comunicación en el equipo interdisciplinario, la escasez de información y la escasa orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, así como la falta de atención y escucha al paciente dificulta las posibilidades de recuperación y aumenta significativamente el consumo de fármacos. Así mismo, para conseguir una escucha activa sin paliativos, es necesario demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle: para ello, se trata de adoptar ***una posición abierta y activa*** manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de "sí, sí", "ya veo", "lo entiendo", "le escucho con mucho interés", "ahora lo comprendo", "me lo ha explicado muy bien", "no hay prisa".

En fin, resumir y confirmar las afirmaciones de quién nos transmite el mensaje formulando las frases con una tonalidad adecuada (no con incredulidad), con empatía y respeto, pero sin abusar de ellas, permitiendo que el paciente pueda exponer el problema sin interrumpirle precozmente ni realizar conclusiones prematuras facilitando que el paciente exprese sentimientos, expectativas, miedos, angustias, esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida. Los aspectos mejor valorados por el paciente son los elementos de comunicación NO verbal que utiliza el médico/a durante el periodo de hospitalización de los pacientes (contacto ocular, actitud agradable) y el hecho de que la comunicación se realiza en un ambiente agradable sin apenas ruido que cause distracciones y altere el proceso de escucha activa. No obstante, es deseable mejorar algunos aspectos esenciales de la comunicación: el tiempo que se le dedica al paciente en las visitas, no se comprende bien el lenguaje empleado por parte del médico, no se resuelven bien las dudas que plantea el paciente y no se demuestra una empatía eficiente.

Por eso, la ***"escucha activa"***, es el paradigma de la comunicación interpersonal y es considerada como un acto potente de humanidad porque se centra en la persona. Mediante la personalización, nos fijamos en el problema personal del paciente, evitamos la generalización, nos centramos

en la persona concreta. Una pregunta como ésta, profundiza en la personalización, ¿qué significa la enfermedad que estás viviendo? En la personalización, también podemos profundizar en los sentimientos. La escucha tiene la capacidad de «aliviar» tensiones psicológicas (Flórez Lozano, y cols., 2025). La mayoría de las veces que un enfermo se siente incomprendido es porque no ha tenido la posibilidad de poder expresar abiertamente sus dudas y temores al médico/a. Escuchando activamente damos al otro la posibilidad de compartirlas, proporcionando apoyo emocional (Goleman, 1996). La escucha es terapéutica cuando se escucha para ofrecer apoyo, ayuda y empatía a la persona que necesita hablar. Un ejemplo es la paciente angustiada que llega a consulta. *Escuchar supone observar al otro*. Armonizando la escucha activa con la mirada, logramos transmitir seguridad, respeto, compromiso, responsabilidad, interés, acogida, y confianza. En fin, *sentirse escuchado es sentirse aceptado y comprendido*, y es a partir de este reconocimiento de su vivencia subjetiva como el paciente puede empezar a aceptar su realidad y mejorar ostensiblemente su situación clínica.

***“Cuando hables a alguien mírale a los ojos; cuando alguien te hable, mírale a la boca”. Benjamin Franklin.***

***“Creo que nos quedamos ciegos, creo que estamos ciegos, ciegos que ven, ciegos que viendo no ven”. José Saramago.***

***“Sólo se ve correctamente con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos”. Antoine de Saint-Exupéry (“El Principito”).***

***“Si tratas a un ser humano como es, seguirá siendo lo que es; pero si lo tratas como puede llegar a ser, se convertirá en lo que está destinado a ser”. Johann Wolfgang von Goethe.***

El médico, ha de mirar directamente a los ojos de su interlocutor, la mirada huidiza desconcierta y hace desconfiar al paciente, algo imperdonable en una relación que, desde los orígenes de la profesión de la Medicina, se ha basado precisamente en la confianza. La mirada es el lenguaje de los ojos; ante una señal de interés nuestras pupilas se dilatan (midriasis) y, así, consiguen delatarnos. El análisis de la mirada clínica está basado en la pregunta: ¿Qué parte del cuerpo ha fallado? El sueño del médico es poder tener una mirada que atraviese la piel del paciente y permita ver el funcionamiento de sus órganos; algo parecido a un “Googlemap”

incorporado en el ojo clínico que entrase en el cuerpo y lo examinara a niveles cada vez más diminutos. *La mirada del médico* que quiere curar y ayudar, debe ser una mirada cargada de afecto; una mirada que busca más allá del paciente; tal vez la esencia de su persona y que supone su aceptación incondicional y de sus preocupaciones. Sin duda, en la relación “médico-enfermo”, la mirada lo es todo. Antoine de Saint-Exupéry nos dice en **“El Principito”** que nuestro corazón es la sede de la correcta y verdadera mirada. Mirar, o simplemente ver, se identifica tradicionalmente con conocer, saber y también con poseer. No podemos obviar, o dejar de lado, la capacidad y el poder terapéutico que tiene el médico a través de su mirada de transformar, no sólo al paciente sino, todo lo que nos rodea.

Esa mirada potenciadora del médico exige liberarnos de nuestros prejuicios y proyecciones para poder ver lo esencial: esa realidad desnuda de todos los velos con la que nuestra creencia la oculta. El propio Kant nos recordaba que “no vemos las cosas como son sino como somos nosotros”. Empero, por extraño que pueda parecer, si nuestra mirada hacia el enfermo es limitativa, condiciona sus posibilidades de recuperación. Por otro lado, “ver” es también una elección, una decisión, una implicación; no una invención, pero sí una selección; de hecho, a veces, no nos interesa ver porque resultaría comprometido. En situaciones azarosas y complicadas no es fácil mantener abierta y despierta la mirada. Desconcertados, ni siquiera encontramos con naturalidad la mejor salida. Nos cuesta elegir y conviene no descuidar la mirada. En esos momentos se muestra cuál es nuestro modo de ver. No sólo hay distintos puntos de vista, hay también maneras bien diferentes de contemplar la situación. Con la mirada médica se abre el secreto de la enfermedad.

Así, por ejemplo, las personas con depresión suelen mostrar una mirada triste o perdida. La mirada perdida es un término que se utiliza para describir la apariencia de vacío en los ojos de una persona que sufre de depresión. Es como si el paciente estuviese absorto en su mundo, en sus temores, preocupaciones y obsesiones. No transmite nada ni su expresión coincide con lo que dicen sus palabras. Otras veces es una mirada depredadora, en la que no hay ningún filtro ni barniz de sentimientos, sólo una especie de ansia depredadora, como si quisiera absorberte. Y otras veces parece que en lugar de mirar un iris estuvieras asomándote a un agujero negro y pavoroso. *La mirada vacía es aquella que no te transmite nada*; no hay contenidos, no hay información. Las emociones ya no llegan a los ojos. Sonríes, pero ya no crees en nada; suele ocurrir a pacientes que ha sufrido mucho. Con la mirada, el organismo antes velado queda al descubierto bajo,

primero, un nombre técnico y, segundo, la autoridad del mirar médico. Tener una mirada vacía significa, tal vez, tener una mente vacía, también una mirada vacía significa todo lo contrario; que la mente está tan llena de problemas que *la mirada se pierde entre los pensamientos*.

El paciente y el médico se encuentran con un gran abanico de miradas: mirada furtiva, huidiza, perdida, penetrante, cálida, tibia o fría, mirar por encima del hombro, de arriba abajo. devorar con la mirada, sostener la mirada y algo tan sutil en su interpretación como mirar mal a alguien. Sin la mirada “amiga”, “cálida” y “profunda”, nuestra acción clínica carecerá de ese calor humano que resulta clave en la praxis clínica. La timidez del paciente, falta de confianza o de habilidades sociales para decir lo que se desea puede ser expresado de modo que se rehúya la mirada hacia el médico. Tenemos que lograr una mirada ética, la que es capaz de considerar que *nada humano le es ajeno*.

Sin embargo, la seguridad en uno mismo se transmite a través de una mirada firme y estable. Y esa información, es la que debemos transmitir a nuestros enfermos. *La mirada apreciativa del médico* es una mirada hacia el paciente y hacia todo lo que nos rodea, ayudándonos a despertar de nuestra ceguera psíquica que nos sitúa en la creencia de que todo es más oscuro de lo que en realidad es. ¿Te has planteado alguna vez como la mirada afecta los resultados del tratamiento? La intención que ponemos sobre las relaciones y sobre las personas afecta directamente al resultado que logramos con nuestros tratamientos. *La mirada apreciativa tiene el poder de cambiar la percepción que tiene el paciente de sí mismo*, empoderarla y dar alas para sacar su mejor versión y actitud ante la enfermedad.

El aprecio y la valoración del paciente, mediante la mirada apreciativa, es una experiencia emocional subjetiva que despierta estados emocionales positivos como la alegría, la gratitud, el orgullo, o la esperanza. La mirada apreciativa es ver lo mejor que hay en ese paciente que tratamos de recuperar; esa intencionalidad positiva predispone a obtener los mejores resultados terapéuticos. Es esta *conexión emocional* la que despierta ciertos comportamientos, pensamientos y sentimientos que provocan cambios positivos en la vida de los enfermos. ¿Qué puede ocurrir si el médico empieza a pensar, mirar cara a cara (sin miedo) a los pacientes, dialogar con nosotros mismos y con los demás desde nuestras fortalezas psíquicas?

La razón principal de *la mirada apreciativa* del médico, es porque cuando crees en alguien, cuando confías en sus capacidades y refuerzas sus fortalezas, le acompañas, le apoyas en los momentos de decaimiento y le

ayudas a levantarse una y otra vez hasta que cada vez cae menos y cada vez necesita menos ayuda de otros, convirtiéndose así en una persona independiente y autónoma, Un ejemplo inequívoco en relación a la mirada terapéutica del médico, es el logro del gran escritor japonés Kenzaburo Oe galardonado con el Nobel de literatura en 1994, cuyo hijo se convirtió en uno de los mejores compositores de música clásica del mundo gracias a la mirada apreciativa de sus padres. La historia comienza en 1962, cuando Yukari Itami, la mujer del escritor se quedó embarazada del que iba a ser el primer hijo de la pareja. El niño nació con hidrocefalia. Su única posibilidad de supervivencia pasaba por practicarle una intervención que los propios médicos desaconsejaron, ya que la operación implicaba seccionar una parte de su cerebro, lo que le causaría daños severos e irreversibles. Kenzaburo era de la misma opinión que los médicos, pero la madre no: afirmó que prefería suicidarse antes que perder a su hijo.

Fue entonces cuando el escritor vivió una experiencia que le hizo cambiar de opinión: se fue a Hiroshima para escribir un artículo sobre los médicos que trataban a las víctimas de la radiación y allí fue consciente de cómo estas personas eran capaces de superar el dolor y la adversidad para seguir viviendo. Hoy en día, Hikari es uno de los artistas de música clásica más vendidos en el mundo; de su primer álbum, cuando tenía 17 años ya se vendieron más de 80.000 copias. ***La mirada terapéutica del médico es la mirada luminosa***; esa mirada que enciende la luz del paciente y despierta la esperanza y la vitalidad. Es la ***“Mirada apreciativa”***; se refiere a la importancia de la actitud que tenemos frente a nuestros pacientes, de cómo nuestro lenguaje verbal y no verbal influye en su tratamiento y recuperación. De ahí la importancia de transmitir a los enfermos que los valoramos y que confiamos en ellos para conseguir sus logros terapéuticos. ***Confiar y motivar es la clave***; por ello, como seres humanos, hemos de aprender a utilizar esa mirada sin juicios con todos aquellos que aparecen en nuestra vida, porque no somos conscientes de la capacidad que tenemos de poder transformar a los demás; especialmente en la curación y superación de muchas enfermedades.

Pero hay que añadir, que la mirada sin amor no es capaz de encender esa luz emergente, vitalista y reparadora de la enfermedad. No obstante, una mirada desafiante nos llevará a crear barreras, una mirada de ternura a ser más sensibles, una mirada sostenida demasiado tiempo nos intimidará. ***Es necesario mirar a los ojos, pero lo suficiente como para no intimidar al otro***. De hecho, ¿quién no ha sufrido, alguna vez, una de esas miradas que matan? La hostilidad tiende a expresarse a través de la ignorancia visual. De

forma coloquial son muy comunes expresiones tales como “me miró con malos ojos” o “me miró con buenos ojos”, “me miró muy bien”. ¡Qué bien me ha mirado, doctor! La mirada, parece ser que cumple una doble función: por una parte, apoya y regula el flujo de la comunicación verbal y, por otra parte, también puede transmitir el estado de ánimo de los pacientes junto también a otras expresiones de la cara. La mirada constituye indefectiblemente un puente de unión entre el médico y el paciente, ya que aquel, no puede infundir seguridad y confianza terapéutica si no es capaz de «mirarle» fijamente y de infundirle a través de la mirada la verdad y la seguridad. La mirada, ejerce de auténtico regulador de la comunicación, enriqueciendo o bloqueando la comunicación entre los dos protagonistas: emisor y receptor. La mirada, sin duda, regula el flujo de la comunicación y, por supuesto, la interrumpe. Los ojos constituyen el espacio corporal que maneja más información; “ojos que no ven corazón que no siente”. ***La dilatación de las pupilas es un indicador de interés y atractivo***; nuestras pupilas se dilatan cuando vemos algo interesante, cuando actuamos e interactuamos de manera interesante y cuando valoramos a la persona.

Además, nos gustan más las personas que tienen pupilas dilatadas que las que tienen pupilas contraídas. El número de veces que se parpadea por minuto está relacionado con la tranquilidad y/o el nerviosismo; cuánto más parpadea una persona, más inquieta se siente. Los ojos son como los “indicadores” de los procesos mentales, así que su posición delata lo que pensamos realmente. La mirada es uno de los fuertes de esta comunicación no verbal. ***Las pupilas se dilatan cuando algo nos atrae***, y nuestro contacto visual puede determinar si lo que nos dice un interlocutor nos aburre o él mismo nos desagrada. La mirada es volitiva, intencional; nos permite acceder al mundo y nos facilita la comprensión de las cosas, al tiempo que con la mirada otorgamos un sentido y un significado. Con la mirada intentas llegar al paciente como sea, y lo consigues.

Hay que conseguir una “***mirada médica***” (libre, compasiva, honesta) y que impregne generosamente el mundo exterior e interior del paciente. Por eso es importante no limitarse a las informaciones y los números, sino abrir los ojos de la cara y del corazón para vislumbrar qué siente, qué piensa, qué espera y qué necesita ese paciente Sin duda, ***la frecuencia con la que miramos al paciente*** es un indicador de interés, agrado o sinceridad. La evitación de la mirada o el mirar a los otros solo fugaz y ocasionalmente impide recibir retroalimentación, reduce la credibilidad y la confianza del médico/a y da lugar a que se atribuyan a éste rasgos de personalidad negativos. En fin, a través de la mirada, tenemos una herramienta muy

poderosa de observación física, emocional y psicológica, ya que conseguimos interpretar aspectos psíquicos del interior de la persona muy profundos que no pueden ser expresados de otra forma. En nuestro trabajo cotidiano, puede ser muy práctico, tener en cuenta los siguientes aspectos de la mirada: escuchar con la mirada y establecer contacto visual.

Cruzar la mirada con la de tu interlocutor le hará saber que estás en modo escucha, receptivo y dispuesto a procesar su mensaje; ***ponte a su altura y mira de frente, mostrarás disposición para la comunicación***; desviar la mirada puede expresar desinterés, indiferencia, vergüenza o inseguridad; mira con todo el cuerpo, con todo tu psiquismo, con toda tu fuerza y energía; mientras escuches, mantén el contacto ocular de manera regular para demostrar interés y motivación para ayudar, eso sí, con breves pausas para que no resulte molesto; con la mirada perdida, o desenfocada, parecerás distraído y distraerás al y generarás una sensación de indiferencia y/o rechazo. Contacta visualmente cada vez que la información sea relevante y cuando tu paciente ponga énfasis en sus palabras. Así apreciará y valorará que estás atento y comprendiendo su exposición.

***Demasiada impulsividad*** en el profesional a la hora de intervenir en la conversación, interrumpiendo al interlocutor, denota la falta de escucha e impide que el paciente se exprese con naturalidad. ***Tenemos que vencer la actitud pasiva durante la comunicación***: ser inexpresivo, no mantener contacto ocular o no intervenir en la conversación. A veces, se lleva a cabo el trabajo de forma mecánica y rutinaria, y se olvida la función relacional que tiene la comunicación. La comunicación y/o actitud pasiva, forma parte de una dinámica de relaciones con los demás en la que apenas hay asertividad y prima la sensación de vulnerabilidad. En el caso de la comunicación pasiva, prima un estilo de comunicación no verbal que expresa sumisión: evitación de la mirada del paciente o mirada baja, tono de voz algo más bajo que el usuario, postura defensiva, etc.

El médico/a con un perfil de comunicación pasivo ve cómo sus necesidades no son atendidas y sus intereses no son tenidos en cuenta. El hecho de no expresar las propias necesidades y sentimientos conduce hacia un desgaste psicológico (agotamiento emocional); además, a medida que va pasando el tiempo, la comunicación pasiva propicia la acumulación de frustraciones, motivos para el resentimiento y malestar en general. ***La comunicación pasiva, alimenta el mantenimiento de una autoestima baja*** e, incluso, puede provocar estallidos de rabia que entran en conflicto con la tendencia a mantener un perfil bajo que caracteriza a la comunicación pasiva;

este perfil de comunicación compromete el propio bienestar y dañar las relaciones personales y profesionales en el ámbito sanitario. Nos corresponde educar la mirada que es también una labor de perfeccionar el pensamiento.

***“Lo peor que le puede suceder a una persona es no sentir”.***  
**Virginia Wolf.**

***“Homo, sacra res humani” (“El hombre es cosa sagrada para el hombre”) Séneca (Carta a Lucilio).***

***“Todos sufrimos de hambre de tiempo y nadie tiene suficiente con el suyo”. R. Tagore.***

***“Si puedo encontrar tanto placer por el tacto, cuánta más belleza debe revelarse a la vista”. Hellen Keller.***

La actitud positiva es un potente activador del estado de ánimo y de la salud física. El médico con una actitud positiva *es capaz de neutralizar la indefensión* que puede sentir el enfermo, ante el acoso de una cascada de síntomas que arrecian y que, a veces, se mantienen de forma crónica. El médico junto al paciente trata de encontrar la felicidad, es decir evitar el dolor y controlar la enfermedad. Simplemente, *la actitud positiva del médico*, su talante y su sentido del humor, son suficientes para provocar y generar en el enfermo un potencial de emociones placenteras, con efecto vigorizantes muy importante a través de las endorfinas. *El dolor, también puede ser neutralizado por esta actitud del médico*, capacidad de generar humor y cambiar las expectativas tristes o derrotistas del enfermo. Pero también, el dolor, se puede convertir en el ladrón más importante del optimismo del enfermo y de su propio bienestar, reduciendo espectacularmente su vitalismo y su calidad de vida.

Gracias al proceso de la comunicación es posible el encuentro de dos miradas; *una mirada que pide ayuda, confianza y seguridad* (la mirada del enfermo) y otra mirada, la del médico, *acogedora* que aporta lo más significativo para el paciente. Y así, el interés en el paciente, la escucha, la

atención y la competencia profesional, definen perfectamente la humanización de la asistencia. En esa fusión, surge la excelencia profesional de la comunicación. Ciertamente, los pacientes se quejan de la falta de una actitud positiva y tienen motivos para ello. Los enfermos objetan que ***el médico mira más a la pantalla del ordenador que a él mismo***, que no sonríe, que no tiene ni idea de con quién está hablando. La vestimenta, los modales, el lenguaje corporal y el contacto visual son elementos esenciales para conseguir ese grado de satisfacción. Efectividad, afectividad, cortesía, respeto a la autonomía del paciente, eficiencia, compromiso, se corresponden con los eslabones de la actitud positiva. Especialmente hay que despertar la amabilidad para potenciar al máximo las habilidades de comunicación. La amabilidad es una aliada perfecta para soportar mejor el dolor físico o atenuar las sensaciones de ansiedad. El sistema inmune se ve muy favorecido. Reduce los niveles de cortisol, es una fuente inagotable de placer; permite enfrentarnos con eficacia frente a las enfermedades, mejora la imagen, aumenta nuestra confianza y optimismo. ***La persona amable, muestra un verdadero interés por las personas***. La amabilidad es contagiosa y sus efectos se expanden. Por ello, es conveniente practicar la amabilidad ya que dulcifica la vida y regala felicidad y así mejorar la comunicación integral.

La “impresión y/o percepción” que tiene el enfermo del médico, es determinante y, en ello, juega un papel esencial ***“los buenos modales”*** que integran buena parte de la comunicación no verbal (CNV). Sin duda, ***la actitud positiva del médico*** se expresa en esa multitud de signos que capta rápidamente el enfermo; una actitud necesaria, porque el paciente percibe que su médico está empeñado en ayudarlo seriamente. Los enfermos ya no piden al médico consuelo, exigen soluciones para todos los males. No hay nada más que ver ***cómo se miran la cara médicos y enfermos***. En ocasiones, observamos una mirada horizontal impropia del tradicional paternalismo médico; en otros casos, advertimos una ***mirada desafiante*** del médico al enfermo y viceversa.

Y tal como sugiere el profesor W. Kahn del Centro Médico Beth Israel, la atención al paciente debería construirse sobre la base de los ***“buenos modales”***; propugna la necesidad de lo que él llama ***Etiquette-Based Medicine*** (medicina basada en la cortesía) y propone un “checklist” para la primera entrevista con un paciente hospitalizado: pedir permiso para entrar en la habitación y esperar respuesta, presentarse, dar la mano al paciente, sonreír y no dar muestras de tener prisa, llamarle por su nombre o apellido y nunca tutearlo sin su permiso y, no utilizar expresiones coloquiales

o excesivamente familiares (abuelo, abuelita...). La medicina, debe insistir en el desarrollo del carácter del médico, en la profesionalidad y en la satisfacción del paciente, recuperando los elementos estructurales del ritual esencial de la medicina que, en buena parte, se corresponde con el manejo adecuado de la comunicación no verbal (CNV). También, la comunicación verbal (CNV), mediante la actitud positiva, genera ***un clima de confianza indispensable*** para que exista el efecto placebo como potente arma terapéutica capaz de facilitar la recuperación del enfermo al producir un efecto analgésico relacionado con la secreción de dopamina, endorfina y otros opiáceos endógenos.

***Simplemente acariciar las manos de un paciente***, supone un alivio de su estado físico y psíquico, La comunicación no verbal, facilita el apoyo psicológico necesario para el tratamiento integral del enfermo, en fin, el enfermo necesita de un médico que le dé esperanza y que además crea en ella. En los hospitales cada vez hay un mayor alejamiento del paciente, de la persona, debido especialmente a la super especialización; la actitud positiva es muy escasa y el enfermo pasa de un médico a otro sin que ninguno de ellos, le dirija prácticamente la palabra. Profundas simas en la comunicación “médico-enfermo” que impiden el contacto; miradas perdidas y gestos esquivos; falta de comunicación profunda.

Sin duda, es una medicina más organizada, pero el enfermo echa de menos la palabra o el ***gesto de aliento*** (abrazos, caricias, saludos, miradas cómplices llenas de vida, actitud positiva) que sigue siendo lo más importante. Tenemos una demanda creciente de información por parte de los pacientes debido precisamente a la escasez de comunicación no verbal (CNV). Decir ***“por favor”*** no es un simple formalismo sino un sutil intercambio de aprecio que denota una actitud positiva con el enfermo. La actitud positiva, son átomos de sensibilidad social, de comprender a la otra persona enferma que, aunque débil, tiene sentimientos y necesidades. De estos principios humildes germina la práctica del respeto con el paciente. Ahora bien, el respeto como actitud ética fundamental es mucho más que la buena educación. Nos exige “tener miramiento”, “pararse a pensar”. ***Respeto y actitud positiva***, van de la mano. Sin embargo, la actitud positiva no se desarrolla cuando se carece de la empatía necesaria, cuando no se sabe usar un lenguaje metafórico comprensible para el paciente y ***cuando no existe tiempo suficiente*** para que la comunicación médico-paciente pueda desarrollarse y asegurarse así la comprensión por parte del paciente.

En la comunicación “médico-paciente” también hay que enfatizar las diferencias en función de la especialidad. Así, por ejemplo, los pacientes psiquiátricos se suelen mostrar más directivos y los terapeutas suelen dedicarles bastante más tiempo que otros especialistas y suelen mostrarse más afectivos. Los oncólogos, por ejemplo, deben prepararse más concienzudamente para **“el final de la vida”** lo que les obliga a estar en alerta constante en cuanto a las necesidades de comunicación del paciente y, sobre todo, en relación al aumento de las demandas de tiempo y afecto por parte del enfermo y sus familiares. Asimismo, la exposición del paciente oncológico a repetidas pruebas y tratamientos agresivos hacen que cada planteamiento de una nueva intervención terapéutica sea un conflicto interpersonal “médico-paciente” muy intenso: dudas, negativismo, rabia, agresividad, tristeza profunda, silencios abismales. Pero, la actitud positiva ayuda al médico para enfrentarse a estas demandas psicológicas y emocionales. La actitud positiva se canaliza en el organismo a través del buen funcionamiento de las células y tejidos.

**Una mentalidad equilibrada**, saturada de pensamientos positivos, fortalece el sistema inmunológico. Y, al contrario, cuando hay actitud negativa, el cortisol aumenta y es un inmunosupresor. **El cortisol como indicador de salud**; su alta concentración en el organismo favorece la aparición de algunas enfermedades como la obesidad abdominal, la hipertensión, la diabetes tipo II y los trastornos autoinmunes. En las personas con **actitudes tristes** presentan el nivel de cortisol **un 32% más alto** que aquellos que dijeron sentirse más satisfechos o felices.

Un porcentaje significativo que, según el estudio, si persiste durante meses o años podría ser un riesgo para la salud. La actitud positiva del médico cristaliza en la generosidad del contacto y de la caricia, podemos encontrar, la tranquilidad y la aceptación del otro como persona, de ahí el gran interés de esta habilidad de comunicación. **La generosidad y la actitud positiva del médico es como un inmenso festín**. Se relaciona con la liberación de sustancias placenteras como la **oxitocina**, un neuropéptido que se segrega al ayudar generosamente los demás y que actúa como antídoto natural frente al estrés (Goleman, 1998). **Contrarresta el daño del cortisol**, una hormona que aumenta el colesterol y las enfermedades crónicas.

La oxitocina también pone freno a la depresión y a la ansiedad. En este sentido, como decía Plutarco, **“en la infancia no hay felicidad sin caricia y, después de la infancia, lo mismo”**. La actitud positiva del médico encuentra su modo especial en **tocar** el brazo o coger la mano del paciente, lo cual

invita a una mayor intimidad, un mayor acercamiento e interés personal por el enfermo ((Flórez Lozano, y cols., 2024). El tacto tiene una gran utilidad clínica, tomar el pulso o tocar la frente sirven para demostrar la confianza, comprensión y escucha que inspira. El paciente necesita la mano tierna y cariñosa dispuesta a brindarnos su ayuda y amor. Hellen Keller, expresaba así la importancia del tacto: ***“si puedo encontrar tanto placer por el tacto, cuánta más belleza debe revelarse a la vista”***. ***El contacto físico, produce sensación de felicidad y bienestar***. Sin el tacto, se considera a la otra persona como un mero objeto, no como una persona, y no hay ningún tipo de mensaje íntimo que interfiera con la tarea que se tiene entre manos. Lo mismo que otras formas de conducta no verbal, la estimulación táctil puede contradecir o confirmar la información proporcionada por otros sistemas. Si el médico/a es una persona nerviosa o brusca su contacto táctil puede contradecir la anterior explicación verbal.

***La actitud positiva del médico y la conducta táctil incrementa la producción verbal de los pacientes*** y mejora las actitudes. La emoción positiva refuerza el sistema cardiovascular y el sistema inmune. La gratitud, además, favorece las relaciones interpersonales y permite a las personas interpretar positivamente los eventos de su propia vida (Moll, 1986). En fin, la gente más agradecida, es más vitalista, optimista, entusiasta, activa, prosocial y mantienen un escudo protector eficaz frente a la depresión y el estrés. Nuestra actitud y pensamiento, potencia el contenido del mensaje. Si tengo ganas, si estoy convencido, si creo en lo que digo o transmito, si participo con el paciente, si tengo seguridad y, sobre todo interés, entonces la comunicación adquiere un potencial cognitivo y afectivo totalmente distinto, porque el paciente se ve impulsado, tal vez arrastrado, por esa corriente de comunicación de la cual va a depender la superación de su enfermedad. La comunicación integral con el paciente ha de centrarse en este triángulo en el que destaca la atención, el cariño y el respeto.

Y ahí está la Dra. Nuria estimulando y generando pensamientos positivos y un estado de ánimo saludable compatible con el bienestar físico y emocional. ***Esta actitud positiva, sabemos que tiene relación con la secreción de endorfinas***. Sabemos que existen tres familias de endorfinas (péptidos opioides), cuya producción es regulada por la glándula hipófisis: encefalinas, dinorfinas y B-endorfinas, siendo este último grupo, el de más importancia clínica debido a su gran potencial analgésico. De manera natural, su producción es más intensa cuando sufrimos dolor. Pero el estrés sostenido del paciente (provocado por la falta de una actitud positiva del médico) implica disminución de las endorfinas, lo que genera mayor

inestabilidad emocional y debilidad (Goleman, 1998). Sin embargo, existen actitudes y pensamientos positivos que estimulan su producción. La clave es la comunicación afectiva de la Dra. Nuria con sus pacientes. La Dra. Nuria, siempre recibe con una sonrisa generosa y profunda a sus enfermos. Y cuando sonríes, tu cerebro libera endorfinas; sustancias naturales que se producen en el Sistema Nervioso Central (SNC), que estimula los centros cerebrales del placer y que circulan por tu cuerpo produciendo una serie de beneficios: reducen el nivel de estrés, fortalecen el Sistema Inmunitario, aumentan la sensación de placer y bienestar, mejoran el estado de ánimo, aumentan el nivel de felicidad, previene la depresión y la tristeza, genera estados de ánimo positivos y placenteros, relaja los músculos y favorece la homeostasis interna, es decir, el equilibrio interno de tu organismo.

**La actitud positiva del médico** y la comunicación integral es un buen fármaco para la salud. Sin duda, es el mejor ingrediente para afrontar las circunstancias de la vida. Además, implica una elevación de la actividad de los linfocitos NK (natural killer), lo que refuerza el sistema inmunológico y se incrementan también las inmunoglobulinas (Ig) salivares, pudiendo reducirse el riesgo de infarto de miocardio tan sólo con la risa y el buen humor. Sin duda, la risa mejora la salud, potencia la actitud positiva y contribuye a crear armonía y paz en el mundo. Te hace dormir mejor y tener un estado emocional muy positivo. **La actitud positiva del médico** se expresa también con la palabra. Simplemente preguntar al paciente ¡qué le ocurre! ¡Cómo se encuentra! ¡Cómo lo lleva! ¡Dónde le duele! ¡Desde cuándo! ¡Cómo es el dolor! ¡Cuánto le dura!, es posible gracias a la palabra. **Mediante la palabra** el paciente habla para contar, evocar, demandar y preguntarse; cuenta sus síntomas, miedos, silencios, angustias, dudas, sueños, fantasías, frustraciones y recuerdos (Ronald y cols., 1993).

Lo mejor que puede dar el médico al enfermo es la palabra, porque neutraliza su soledad, destruye los miedos, apaga la intensa ansiedad, mitiga el dolor, suaviza el sufrimiento, encuentra, por fin, el reconocimiento integral de su persona se siente acompañado y comprendido. Detrás de cada palabra, hay un mundo de información, actitudes, opiniones, vivencias, pensamientos y sentimientos. De ahí la dificultad de comunicación en la relación “médico/a-enfermo”. La palabra cierta o embustera, con olvidos, suspiros, silencios y actos, denota el estado físico y emocional del paciente (Sanz Ortiz, 1995). Sin embargo, nos encontramos en un momento en el que el uso terapéutico de la palabra ha descendido significativamente. Tal vez, la presión asistencial, la masificación, la burocratización, el desarrollo biotecnológico, la deshumanización y la despersonalización del paciente (¡y

del profesional sanitario!), expliquen el hecho del escaso uso terapéutico de la palabra.

Quizás, la tiranía estadística y el acendrado materialismo científico, nos impida acercarnos holísticamente a la persona que necesita nuestra ayuda y cuidado. Y, sin embargo, cuánto derroche terapéutico y clínico, supone la exigua utilización de este fármaco gratuito y sin efectos secundarios que representa la palabra. *La esencia de la palabra es transmitir significados* y esto es lo que hacemos cuando nos comunicamos con los pacientes. *La palabra se muestra como un poderoso ansiolítico*, un eficaz analgésico, el mejor antidepresivo y el más potente estabilizador psíquico. Por otro lado, gracias a la palabra conseguimos potenciar la autoestima del paciente y reforzar su actitud terapéutica ante la agresividad de la propia enfermedad. Sin duda, la palabra y el rostro del médico, es un poderoso catalizador de emociones y sentimientos lo cual permite rebajar y mantener a raya los niveles de ansiedad, angustia y estrés del paciente (Figura 12).



Figura 12. El rostro es la principal fuente de información, es la muestra más expresiva del mundo emocional.

Por otro lado, *gracias a la palabra conseguimos potenciar la autoestima del paciente y reforzar su actitud terapéutica* ante la agresividad de la propia enfermedad. Esa palabra comprensiva, dulce, receptiva, cariñosa y compasiva, actúa como un auténtico bálsamo en estado anímico del paciente y, por ello, es capaz de atenuar la angustia, el miedo y la ansiedad que el enfermo experimenta ante su enfermedad. *La palabra mitiga el dolor y el sufrimiento del paciente* y le transmite una esperanza y una convicción

profunda necesarias para afrontar cualquier proceso patológico. Además, hay que tener en cuenta que la melodía contiene numerosas unidades de información. Se refiere a la “música del habla”, al modo en cómo modulamos la voz. Una voz sin melodía es pobre en matices y puede considerarse monótona. **Una voz bien modulada** es capaz de transmitir al oyente emociones, sentimientos y una amplia gama de matices. La variedad en la inflexión de la voz favorece la buena marcha de la conversación y, por lo tanto, una comunicación más rica y relajada. Una voz con variedad de matices expresa mejor los distintos sentimientos. La actitud positiva del médico, también elimina el estrés, libera endorfinas y adrenalina que elevan el tono vital y el estado de vigilia. Especialmente importante es el control de la “**rumiación obsesiva**” de tantos pacientes atrapados por el miedo, el dolor y el sufrimiento (Figura 13).



Figura 13. La rumiación obsesiva aumenta los niveles de proteína c-reactiva y reduce la actividad de las células inmunes que combaten los virus.

Asimismo, la actitud positiva del médico alivia la depresión (permite ver y sentir el lado positivo de las cosas) y facilita la exteriorización de emociones, preocupaciones, obsesiones y sentimientos de la persona enferma y ello contribuye a mejorar indicadores fisiológicos y la propia expectativa de curación. Igualmente, la actitud positiva ayuda a suprimir las consecuencias negativas del estrés, al mismo tiempo genera satisfacción y bienestar, elimina la angustia, la tensión y la ansiedad, aumenta la autoestima, aligera el espíritu, estimula la imaginación, aclara la percepción y modera las preocupaciones y los miedos. **La actitud positiva del médico eleva el umbral de tolerancia al dolor**, incrementa el ritmo cardíaco y contribuye a la normalización de la presión arterial, a la dilatación pulmonar,

al predominio parasimpático y, por supuesto, a la relajación muscular y a la mejoría de casi todos los órganos que reciben beneficios por la práctica de la risa (corazón, musculatura abdominal, pulmones, sistema inmune). ***Una profunda actitud positiva del médico*** está asociada con una mayor motivación del paciente para el autocontrol de la enfermedad y su curación integral. Un médico con este perfil, comprensivo y que comparte las decisiones con el paciente, puede reducir un 50% el riesgo de muerte, también se producen cambios positivos en la conducta y en los estilos de vida, potenciándose la adherencia terapéutica y reduciendo el sufrimiento emocional.

La actitud positiva con el enfermo es el “***engagement***”; un sentimiento de conexión energética y afectiva con su praxis clínica. Es un estado mental positivo y persistente caracterizado por vigor, dedicación y absorción. En fin, la actitud positiva, es la palabra amable, cariñosa, comprensiva y afectiva y es crucial para lograr la capacidad empática y garantizar la dignidad. Es esencial, por lo tanto, que los médicos/as tomen conciencia de que la ***actitud positiva es un medicamento esencial***, para un correcto uso de la comunicación, ya que éstos son partícipes de los sentimientos de los pacientes y lo hacen sin juzgar ni culpar, evitando una reactividad emocional estéril (más bien negativa) del paciente. El médico empático, que actúa con una actitud positiva, escucha en los ojos del paciente.

A partir de ahora la decisión es tuya; mejorar la praxis en la Medicina. ***implica practicar la actitud positiva***: el humor, la sonrisa y todas las habilidades de comunicación, para sentirnos bien, orgullosos de la profesión y de poder ayudar a los pacientes en tramos difíciles de su vida. La respuesta siempre tiene que ver con la comunicación y con la actitud positiva. El médico, ha de conseguir acrecentar las expectativas del enfermo (superar límites auto establecidos), ***ofrecer una perspectiva positiva*** (la respuesta de un paciente al tratamiento, depende de cómo perciba su enfermedad), ***reorientar conductas negativas*** (el paciente puede estar obsesionado con sus síntomas, pero cumple el tratamiento; es posible que busque su atención y comprensión psicológica y eso, es justo lo que usted puede proporcionarle) y ***desarrollar una relación de confianza*** (imitar física y verbalmente al paciente, establece una relación de proximidad, cooperación y confianza). Y en esta praxis clínica, el sentido del humor ejerce un poder terapéutico esencial, neutralizando la ansiedad y potenciando la confianza y la seguridad del paciente. Es muy importante lo que se ha constatado en una universidad americana en la que se preguntó a dos pacientes gravemente enfermos con cáncer metastásico qué querían que se dijese a los médicos en el día de su

graduación y se obtuvieron las siguientes respuestas: **«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»**. En suma, conocer, desarrollar, perfeccionar y potenciar las habilidades de comunicación en pro de la salud personal, familiar y de la praxis asistencial. Como dice Victor Frankl, médico psiquiatra que sobrevivió a cuatro campos de concentración, incluido Auschwitz, en su famosa obra, **“El hombre en busca de sentido”**: **“El que tiene un porqué por el que vivir, puede soportar casi todos los cómo”**.

A través de la actitud positiva, el médico transmite, casi imperceptiblemente, a sus pacientes expectativas positivas; de esta suerte, puede crear un clima terapéutico adecuado, surgiendo de este estilo de comunicación el efecto placebo. El efecto placebo, sin duda, se potencia también mediante **la comunicación táctil**, que genera una sensación intensa de la actitud positiva del médico. El fin del tacto es compartir sentimientos, intensificar mensajes, mostrar interés, prevenir la soledad y evitar la alienación (anomía). Datos clínicos contrastados, han podido comprobar que **un 70 % del personal sanitario usa el contacto visual**. Sin embargo, el sentido del tacto, sólo es utilizado por un 7% de los médicos. El tacto tiene un efecto terapéutico fundamental; estimula la sensación de cercanía, el afecto, el consuelo, la compasión, el alivio y, al mismo tiempo, se promueve el mantenimiento de conversaciones de índole emocional y personal con el paciente. **Un simple apretón de manos** supone una inyección muy positiva de amor, intimidad y calidez.

Además, **acariciar** diversas partes de nuestro cuerpo (cabeza, espalda, cara, manos, mejillas), potencia notoriamente el efecto placebo, disminuye el dolor y frena el consumo de medicamentos (antiálgicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, hipnóticos, etc.). Este efecto placebo, vinculado esencialmente a la actitud positiva, actúa como un auténtico **“fármaco médico”** que tiene importantes acciones terapéuticas en síndromes dolorosos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos depresivos y/o de angustia, etc. Se trata, por lo tanto, de modificaciones subjetivas y objetivas del estado físico y anímico del paciente y que tienen que ver con la interrelación “medico/enfermo” y, por supuesto, con el uso adecuado de la comunicación no verbal (CNV). En este sentido, la actitud positiva encuentra su conducción en **el saludo del médico**; es uno de los elementos esenciales introductorios en cualquier consulta; tiene un efecto regulador capaz de iniciar una conducta de aproximación y de potenciar la interacción con el enfermo. No hay mejor fármaco para prevenir la dejadez y el aturdimiento

que un chute de vida (*¡Actitud positiva!*) en nuestro organismo. Es cierto que a veces las circunstancias nos dejan noqueados en un rincón y que apenas tenemos energía para dar un paso.

A la Dra. Rosa, no le gusta lamerse las heridas, dice que hay que reforzar la actitud positiva; hay que levantarse de la lona y seguir peleando. Y, ciertamente, hay que aprovechar cada minuto, la esencia de la vida es ser creativo, generar mucha creatividad que, al mismo tiempo, refuerza su sistema inmune. Incluso, el reposo es creativo y el silencio, a veces, es música. Me gusta pensar que siempre hay un lugar adonde puedo ir, me expresa mi amiga la Dra. Rosa. La vida se le antoja fascinante. Y el secreto de su grandeza, se encuentra en la valoración que concede a cualquier pequeño detalle, a sabiendas de que la eternidad, es la suma de infinitos momentos.

Al mismo tiempo, la Dra. Rosa trata de controlar las preocupaciones que, a veces, nos obsesionan, nos atrapan y nos inmovilizan en la angustia y en la desesperación. Descartes, al final de su vida había escrito algo muy ilustrativo relacionado con lo comentado: “mi vida estuvo repleta de preocupaciones, muchas de las cuales jamás sucedieron”. Sin saberlo, pero de forma inteligente, la Dra. Rosa ha sabido *“relativizar”*, dándose cuenta de que la inmensa mayoría de los problemas son insignificantes. Es maestra en el control de las emociones negativas (especialmente de la melancolía y de la tristeza), de salir airosa de su ensimismamiento del pasado.

Y ciertamente, la Dra. Rosa, es capaz de encontrar la felicidad, reviviendo momentos mágicos de su infancia que actúan como auténticos fármacos antidepresivos. La Dra. Rosa, practica la cultura del esfuerzo y esta actitud positiva, es vital para su vida y para su salud. Ella dice que a la vida hay que dedicarle *oasis de satisfacción*, una mezcla de contundente de autoestima y de sutil humildad necesarias para una medicina eficaz. Inteligentemente sigue diciendo: muchas personas valen más de lo que ellas creen y otras, deberían bajarse los humos. A pesar de las adversidades de la vida, rezuma sentido del humor de forma constante. Para la Dra. Rosa, la Medicina simplemente, es un reto personal de bienestar y felicidad, no un largo y doloroso proceso de inestabilidad y desequilibrio emocional ¿De dónde saca su actitud positiva para tratar a sus pacientes? Dice la Dra. Rosa, cada día hay que vivirlo en toda su plenitud. Así, por ejemplo, contempla el otoño como una inmensa obra de arte. Muy cerca de su casa, disfruta del trino de los pájaros y de un hayedo que le proporciona multitud de colores; una paleta de tonos amarillos, rojos y ocres.

Plácidamente, la Dra. Rosa parece sentirse en el interior de un museo impresionista, recibiendo al mismo tiempo, una fina lluvia que es todo un gozo para sus sentidos; un torrente explosivo de emociones positivas. Un remanso de paz, un bálsamo de tranquilidad, de bienestar emocional que traslada posteriormente a sus pacientes y al ambiente laboral. Estas manifestaciones son de un paciente: “He visto como mi abuelo apuraba a limpiarse una lágrima fingiendo que no había entendido a su médico...El facultativo, no nos saludó, no nos invitó a sentarnos, no quiso escuchar; no se molestó en mirar la herida...Esto no es una herida es una “queratosis actínica” precancerosa...Pase con la enfermera y luego...Debería de pensárselo y no diagnosticar de una forma tan fría...Ojalá el día de mañana sonría a su paciente y le transmita calma; ojalá el día de mañana piense un poco más en la historia que tiene en sus manos”. Sin embargo, con una actitud positiva, se puede activar intensamente el efecto placebo. En este rito bastante habitual en la cultura occidental, **la firmeza del apretón de manos**, la duración, el calor, la sequedad y humedad de la piel, ejercen una importante función de comunicación e influyen en el curso ulterior de la comunicación con el enfermo.

Lo importante del mensaje a través del tacto, es que exista una **congruencia** entre el mensaje verbal y el no verbal (tacto). La actitud positiva del médico, también se refleja en su riqueza verbal: (¡Dígame más cosas!, ¡hábleme de todo lo que recuerde!, ¡le encuentro mucho mejor!, ¡lo estamos consiguiendo!, ¡tiene una gran vitalidad!). **El afecto emocional, es el auténtico vínculo de la comunicación y se apoya especialmente en la comunicación no verbal**, contiene expresiones positivas y negativas (humor, risa, llanto) y afirmaciones de empatía (¡Esto tiene que ser tremendo para usted!, ¡yo mismo no lo superaría!). Algunas conductas de comunicación, necesariamente, se asocian con una mala praxis; por ejemplo, las visitas de corta duración incrementan el riesgo de mala praxis. En ocasiones el paciente siente que el médico tiene prisa y los despacha con prontitud; indudablemente, se trata de una mala praxis relacionada especialmente con el desconocimiento total o parcial de las habilidades de comunicación no verbal (CNV) y de una evidente actitud pasiva o indiferente. El resultado es la soledad nihilista y dejan de movilizarse los linfocitos citotóxicos.

**La actitud positiva tiene que ver con el respeto** y con la importancia de dejar hablar a los pacientes sin interrumpirles. La actitud positiva potencia la escucha activa y es muy eficaz para conseguir información clínica y para producirles el sentimiento y la percepción de que no están solos, de que el médico se preocupa seriamente por él, por su enfermedad, por su persona y

por su familia. El médico, puede conseguir un cambio de actitud, un impulso terapéutico a través de la relación de confianza, ofreciendo una perspectiva positiva y reorientando conductas negativas.

*Un cambio de actitud*, absolutamente necesario, gracias a la profundidad de la comunicación. Como decíamos anteriormente los médicos con una actitud positiva, *que pueden reír y hacer uso del humor, mostrando sentimientos más cálidos y amistosos, son más aceptados*, más valorados, más apreciados (Goleman, 1996). El médico con una actitud positiva ha de decir al paciente: *“te entiendo”*; sufro como tú; puedo ser un enfermo como ellos. Y, sin embargo, creo en la escucha activa. La compañía tranquiliza; te hace salir del dolor; me alivia leer, me despeja mi zozobra mental. Cada dolor es un dolor único, igual que es única cada soledad. Lo que no hay que decir nunca en consulta ¡hay que aguantarse! Hay que afirmar contundentemente, **¡VAMOS A PODER!**

Los seres humanos somos magníficos; la mente es más fuerte que el cuerpo; así que, si tienes argumentos de alivio y palabras que te estimulen a esperar un día mejor, podrás enfrentarte mejor al dolor y al sufrimiento de la enfermedad. Por eso un paciente en silla de ruedas le dijo a su médico: “me has dado la vida”. El médico escucha en los ojos del paciente, porque la mirada implica reconocimiento y valoración del “otro”. Esa es la auténtica actitud positiva. Una relación cálida con el médico, basada en una actitud positiva, puede hacer sentir al enfermo que, a los ojos del médico, *es más una persona real que una enfermedad*. En todos estos datos, una conclusión sobresale con fuerza: *“lo que los médicos digan tiene una importancia menor que el proceso y el tono general de las visitas”*. La actitud positiva, también optimiza la curación del enfermo: aquellos pacientes a los que se les coge de la mano y se los sonríe a la hora de prestarles los cuidados diarios por parte de los médicos, necesitan menos días de hospitalización y evalúan mejor al personal sanitario que aquellos otros que no reciben una actitud positiva (Ricci y Cortesí, 1980).

***“La risa es el disolvente universal de las preocupaciones”.***

***“Si ayudas a alguien a reír, le estás ayudando a vivir”. Robert Holden (escritor).***

***“Optimismo: El combustible de los héroes, el enemigo de la desesperanza, el creador del futuro”. Max More.***

La mayoría de las aportaciones filosóficas y médicas en la antigüedad, se sintetizan en el principio de que “reír es un bien para la salud del cuerpo y del espíritu”. El humor es un estado emocional placentero que ha sido descrito como “euforia”; también, se ha afirmado que está asociado con reducciones de cortisol, hormonas de crecimiento y epinefrina y también, juega un papel esencial en la comunicación y en la atracción interpersonal. En la actualidad, se considera que el humor y la risa pueden ser elementos muy positivos en cualquier acción terapéutica. La palabra humor es utilizada muy frecuentemente en el lenguaje cotidiano, queriendo indicar con ella variaciones que se producen en el estado emocional y afectivo del individuo. Para el enfermo y también para el médico, es una estrategia vital de afrontamiento; una tendencia a mantener una perspectiva humorística frente a la adversidad de la enfermedad. Se trata de una forma de comunicación y un canal muy útil para evacuar ansiedad, tensión, estrés e inseguridad. El humor es una actividad intelectual esencial en el conjunto de las relaciones humanas.

El uso del humor *permite a los enfermos ver las situaciones estresantes como desafíos en lugar de amenazas* y, por lo tanto, obtener una sensación de control emocional sobre el evento. La gente dice, ¡Qué buen humor tiene esta médica!, o ¡Qué mal humor tiene este médico!... Se trata de una disposición afectiva muy sensible, muy vulnerable que hace que el individuo se encuentre alegre o triste. Tal estado afectivo varía con mucha facilidad en función de numerosas variables (preocupaciones, conflictos personales, toma de decisiones, cansancio emocional, frustraciones, desavenencias conyugales, fracasos personales, decepciones, disgustos, sobreesfuerzos, estrés, problemas laborales, disgustos, dificultades económicas, enfermedades, etc.). *El humor da una especie de coloración afectiva* al mundo de las emociones; es un indicador, un termómetro del estado anímico y psíquico del individuo. Mientras que el humor es una forma de comportamiento humano por el que somos capaces de percibir o expresar hechos graciosos, incongruentes y divertidos, la risa es una de las respuestas fisiológicas del humor. De otro lado, el humor se encuentra asociado a la constitución física del individuo y depende de un mecanismo neurofisiológico central controlado por el diencéfalo (hipotálamo); de ahí,

que precisamente muchas enfermedades que afectan al sistema nervioso central (S.N.C.) o al sistema neuroendocrino cursan con alteraciones básicas del humor. En el contexto actual de la praxis clínica, incluso en el marco social, no es fácil mantener, desarrollar y potenciar el sentido del humor. Ciertamente una organización caracterizada por un marcado carácter burocrático y funcional, con una elevada saturación de urgencias y con una gestión caracterizada por relaciones verticales, **no permite el cultivo del sentido del humor**. En vez del humor, surge con toda su fuerza un mundo deshumanizado, cosificado y reducido a objetos; las personas son consideradas como objetos. Sin embargo, son numerosos los efectos terapéuticos que produce el sentido del humor. Con el humor, las personas pueden ser más competentes socialmente y ello, les permite lograr relaciones sociales más satisfactorias, lo que se traduce en un potente equilibrio emocional, es decir, en una mayor resiliencia frente al dolor y a la adversidad.

**La intervención del humor** se define como una estrategia que permite al médico ayudar a los pacientes a percibir, apreciar y expresar el humor y construir relaciones positivas para promover y mantener la salud. Numerosos estudios han demostrado que el humor puede beneficiar la salud (estabiliza la presión arterial) y el bienestar de las personas (mejora la fuerza muscular y la capacidad pulmonar). Los estudios han demostrado que la risa inducida por el humor puede reducir la presión arterial y aumentar la función inmunológica. Reír a carcajadas produce una especie de éxtasis que aporta energía y vitalidad, así como el aumento de la actividad cerebral y orgánica del individuo. Además, optimiza y refuerza la actividad del sistema inmunológico. También se ha comprobado que el sentido del humor contribuye a producir niveles más bajos de inflamación, así como, a un mejor flujo sanguíneo. Vemos, por lo tanto, que en la clínica debiera ser un factor terapéutico omnipresente, no sólo para el enfermo, sino para el médico atrapado en el laberinto del “burnout”. **Elimina el estrés** debido a la producción de hormonas como las endorfinas y la adrenalina, que elevan el tono vital. Por supuesto, neutraliza la sensibilidad a la ansiedad, controla el miedo al dolor, minimiza el catastrofismo de los síntomas y tratamientos y reduce la hipervigilancia corporal. Por supuesto, contrarresta las migrañas, las enfermedades cutáneas, la hipertensión arterial, y la depresión, al tiempo que mejora los problemas del corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia. El humor, ayuda a ser más receptivo y a ver el lado positivo de las cosas; **actúa como un mecanismo de defensa de la personalidad**, ya que es capaz de aliviar una realidad que se percibe por el

enfermo como dolorosa o negativa. También le ayuda a exteriorizar emociones y sentimientos negativos. En fin, el humor actúa como una energía liberadora que mejora la autoestima del paciente en situaciones especialmente adversas. En fin, el humor y la risa también promueven la respiración, la circulación sanguínea, las hormonas y la secreción de enzimas digestivas. Los médicos vienen observando también que *los pacientes que mantienen una mentalidad positiva y están acostumbrados a reír responden mejor al tratamiento* (Figura 14).



Figura 14. El buen humor contribuye a controlar el dolor y fortalece la actividad de las células NK.

*El buen humor* y, especialmente, reír de forma hilarante reduce el nivel de hormonas del estrés, al tiempo que aumenta la actividad de los linfocitos T y de las inmunoglobulinas. Igualmente, aumenta las proteínas que combaten las infecciones gamma, aumenta las IgA y las células T. La risa es un inhibidor de la concentración de cortisol (hormona del estrés) y un estimulante de los linfocitos y de la inmunoglobulina A, que se puede detectar en las mucosas y en la saliva. Del mismo modo, la producción de dopamina, serotonina, adrenalina y gamma interferón, también se ve potenciada por efectos del humor y de la risa. Así, pues, las conductas impregnadas de un fuerte sentido del humor son excelentes para la salud, el control del estrés y, muy especialmente, para aumentar la tolerancia al dolor, incrementar la secreción de endorfinas y reforzar el funcionamiento del sistema inmune. Se ha demostrado repetidamente que el humor ayuda a los pacientes a controlar el estrés y el dolor, y a aumentar su tolerancia al dolor. Además, “la propensión a reír puede contribuir a la “cardioprotección”.

***Practicar la medicina con la risa facilita la relajación***, abre la capacidad de sentir, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad.

***La risa elimina la ansiedad***, contribuye a mantener a raya, la depresión, el colesterol, el insomnio y algunos problemas cardiovasculares. En fin, con la sonrisa uno siente más confianza en “sí mismo”, se encuentra más en contacto con el médico desarrollando más ímpetu y energía frente a la enfermedad (Van der Wal y Kok, 2019). La sonrisa, tiene como objetivo transmitir apertura, calidez y disposición. Es facilitadora de una comunicación empática, humana e igualitaria. ***Tiene que ser sincera y motivada por lo mejor de nosotros***, nuestra autenticidad y ternura. La sonrisa es una forma de solidaridad, comprensión y aceptación incondicional del otro.

***Es la clave de una actitud optimista***; el médico optimista muestra estrategias de afrontamiento más eficaces para neutralizar el dolor y suavizar los efectos del estrés. La risa durante la consulta puede tener beneficios potenciales, pero si se interpreta como una forma de reírse del paciente, la risa también puede resultar ofensiva. La risa es una práctica de interacción con el paciente que se considera muy útil y que implica cierto riesgo, ya que puede interpretarse ***como reírse con o reírse de***. La risa recíproca se interpreta generalmente como ***reírse con***, y funciona para mostrar comprensión mutua y construir relaciones interpersonales. Diversos estudios realizados sobre la risa en las interacciones médicas en varios contextos indican que los médicos se ríen con menos frecuencia que los pacientes y ***no suelen corresponder*** a la risa de los pacientes. En todo caso, ***compartir la risa y el humor*** tiene el potencial de reducir la distancia social y construir una conexión social entre médicos y pacientes (Figura 15).



Figura 15. Reírse implica entusiasmo, ilusión y esperanza en el enfermo. Controla el colesterol, combate la depresión y aumenta la capacidad de respuesta del sistema inmune.

*La ausencia del optimismo* equivale a una “parálisis psicológica integral” (una isla de desolación); el individuo pierde la esperanza y no hace nada por reparar la situación, superar los errores o potenciar las oportunidades para aprender. El optimismo, *es un auténtico antídoto frente a numerosas enfermedades*: disminuye la sintomatología depresiva, modera la tensión arterial, refuerza el sistema inmune y disminuye la aparición de los síntomas de ansiedad. Incluso, en enfermedades graves, como el cáncer de mama, se ha comprobado que las mujeres optimistas que se enfrentan a las adversidades con fuerza, coraje y espíritu de superación presentan menores niveles de angustia, menos recidivas y *más porcentaje de supervivencia* que las enfermas pesimistas.

*El médico optimista*, por el contrario, tiene una interpretación saludable de los contratiempos que se presentan a lo largo de la enfermedad. Son personas dispuestas a propagar a su alrededor, optimismo, alegría, generosidad, comprensión, esperanza y anhelo de libertad, construyendo progresivamente más y más puentes de comunicación humana. Con esta actitud optimista el médico trata de superar el pesimismo y el sufrimiento del enfermo. El pesimismo, despierta esa zona de desesperanza que yace en toda existencia como diría el gran escritor Ernesto Sábato en su obra *“El Túnel”*. El pesimismo, sería en última instancia, la antesala de los trastornos neuróticos (fobias, neurosis obsesiva, fobia social), la depresión y otras enfermedades psicósomáticas (catarro común, trastornos del sueño,

problemas gastrointestinales, cefaleas, dolores de espalda, dolores musculares erráticos, reumatismo psicógeno, psoriasis, dermatitis, disfunciones sexuales, etc.).

El pesimismo, también nos sumerge en emociones negativas (ansiedad crónica, tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, complejo “ira-hostilidad”, cinismo o suspicacias implacables) y nocivas para la salud; la rabia, el odio, enojo, desprecio, incomodidad, ingratitud, intolerancia, antipatía, resentimiento y numerosos traumas emocionales hacen su aparición poniendo en peligro la recuperación del enfermo. ***Frente al virus del pesimismo***, es necesario desplegar todos los mecanismos que impulsan la alegría, la euforia y el optimismo por vivir. ¡Saber disfrutar, es saber vivir!, exclama nuestro médico optimista. Es la clave de ese sentimiento tan deseado que podemos llamar el ***“bienestar subjetivo”*** y que representa un potente indicador de salud y recuperación. Empero, conviene subrayar que la actitud positiva del médico para ser eficaz ha de ser continua, lo cual permite desarrollar y profundizar en las habilidades de comunicación. En fin, ***es deseable conseguir un talante expansivo***, tolerante y creativo que facilita nuestra tendencia al optimismo, como hacen muchos médicos día a día y lo siguen haciendo conscientes de que se trata de un aprendizaje continuo, de una apuesta por la vida, por la búsqueda maravillosa de su medicamento preferido que es el ***“optimisín”***. ¡Y sin sentido del humor, no se puede vivir! ¡El humor es la vida! ¡O te ríes o te mueres!

A Víctor, le preguntó su médico de cabecera ¿cuál es el mejor ejercicio que realiza, el que más le gusta? Y le contestó, ¡el que hago en la cama! La Dra. Nuria, exhibe con orgullo su tarjeta de presentación, el humor y la sonrisa frente a la vida, a pesar de que a veces, pueda ser muy amarga. Pero los tragos se hacen más dulces con el buen humor. Tiene esculpida en su rostro la sonrisa, al igual que el maestro Mateo en el asombroso pórtico de la Gloria de la catedral de Santiago de Compostela. Allí, el maestro Mateo esculpió una de las sonrisas más fascinantes del arte universal: la del profeta Daniel, imperecedera y esperanzadora, como las de los rostros de Leonardo da Vinci. Ciertamente, el humor, desdramatiza, neutraliza los conflictos y modera la intensidad del estrés, protegiendo en última instancia nuestros órganos y sistemas de los impactos traumáticos del estrés de la propia vida. ***El “sentido del humor”***, es el mejor amortiguador que hace nuestro viaje más cómodo y evita un cansancio insoportable en el tránsito por la vida. Groucho Marx, dijo “si sigues cumpliendo años, acabarás muriéndote”. Los hermanos Marx simbolizan un humor absurdo y destrozón que adereza el paso del tiempo. Una forma eficaz de neutralizar el aburrimiento; es decir

una situación estresante preocupante. Simplemente si vemos sus películas, “Sopa de ganso” o “Una noche en la ópera”, surge el sentido del humor generosamente, sin restricciones, generando un humor complaciente, ameno, ágil e ingenioso. El sentido del humor y la risa, favorecen la distensión, la relajación y la vasodilatación (Figura 16).



Figura 16. El humor neutraliza los sentimientos de frustración, eleva la actividad de los linfocitos NK y también favorece la adaptación al cambio, reduciendo el estrés de la enfermedad.

Además, con esta actitud, *las endorfinas liberadas combaten el dolor y producen bienestar emocional*; también la risa y el buen humor facilitan la liberación de adrenalina, dopamina y serotonina, lo cual contribuye a mantener un óptimo nivel de bienestar. El humor, es una pieza clave en la comunicación con el enfermo, ya que mejora las relaciones interpersonales y facilita todos los niveles de comunicación. Se trata, por lo tanto, de *un recurso terapéutico* que podemos utilizar en las dosis adecuadas en los momentos más oportunos. En la relación con el enfermo, la utilización del humor siempre facilita la expresión de las emociones reprimidas, al tiempo que eleva la autoestima y confianza del enfermo. Por el contrario, *el déficit de comunicación* provoca un sentimiento de abandono, inseguridad e incapacidad del paciente. Frente a la preocupación del paciente (sin llegar a miedo), el médico ha de mostrarse próximo y receptivo, expresando al mismo tiempo calidez, atención y quietud. *El reír, permite liberarse de las inhibiciones y desarrollar una actitud positiva* en el contexto de la relación

“médico-enfermo”. Además, tiene un efecto moderador sobre el estrés quirúrgico y de la propia enfermedad.

Ciertamente, en medicina, la risa comenzó a tener un gran interés a partir de una publicación en el *“New England Journal of Medicine”* en 1976, en la que se afirmaba rotundamente que un periodista se había curado de una gravísima enfermedad reumática (espondiloartritis anquilosante) con fuertes dosis de vitamina C y disfrutando de muchas películas cómicas. ***Practicar la risa*** es un potente fármaco para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad. Lo mejor que podemos hacer, es reír, reír y reír. Emilio, médico de 61 años, me explica su estrategia para huir de los sentimientos depresivos: “me maravillo de cosas que a nadie asombran; por ejemplo, de que a la noche le suceda el día; soy de los que siempre se despierta de buen humor; me alegra el olor a café, el cielo azul o gris, la noche azul estrellada, los árboles con sus hojas verdes o desnudos; me gusta enamorarme todos los días; me deleito con la lluvia o el sol”. Este médico, sabe encontrar el antidepresivo más eficaz: la propia vida. ***“VIVIMOS EN EL TSUNAMI DEL CAMBIO; HAY QUE RELATIVIZAR TODO LO QUE NOS OCURRE”***. En fin, la risa aporta múltiples beneficios: elimina la ansiedad, contribuye a mantener a raya, el pensamiento negativo, las obsesiones, la depresión, la angustia, el colesterol, el insomnio y algunos problemas cardiovasculares. Un poderoso fármaco muy necesario. Además, es gratis y no tiene efectos secundarios. Valeria, es una enfermera muy responsable, muy atenta de las necesidades de los pacientes; entra en la consulta del médico y le dice, ¡ya no quedan más pacientes, Doctor! Contesta el médico ¿pero si la sala de espera está repleta desde hace horas? Por eso, ¡están todos impacientes!

También, todos los datos clínicos coinciden en afirmar que el sentido del humor que exhibe el médico es una variable moduladora del estrés físico y mental. ***Conservar el sentido del humor***, desarrollarlo y potenciarlo implica una ***liberación de beta endorfinas***, es decir, polipéptidos producidos por la hipófisis, debido a la secreción de catecolaminas que se liberan inicialmente en reacción al humor. Por otra parte, el sentido del humor y su máxima expresión la risa (reír a carcajadas), favorece la agilidad mental, gracias a la ***descarga de dopamina***, lo que genera un efecto calmante del hambre y la ansiedad debido a la estimulación de la serotonina. ***Además, la risa, produce un efecto de oxigenación***, favorece el efecto analgésico, permite el rejuvenecimiento de la piel, previene las enfermedades cardiovasculares, facilita el sueño, mejora los síntomas menopáusicos y potencia el sistema inmunológico. Así mismo, elimina el estrés, libera

endorfinas y adrenalina que elevan la fuerza vital (energía psíquica y mental) y el estado de vigilia (mejoran los niveles de conciencia). Igualmente, el sentido del humor alivia la depresión (permite ver y sentir el lado positivo de las cosas y de las personas) y facilita la exteriorización de emociones y sentimientos que pueden comprometer la recuperación y rehabilitación del enfermo. **La caricia y el sentido del humor** son claves para disminuir los niveles de tensión psíquica (estrés mental) y ansiedad que sufren los pacientes en relación a su estado y/o pronóstico; en fin, son herramientas terapéuticas que consienten que el paciente afronte más eficazmente los malos momentos de la enfermedad, al tiempo que permite una mayor confianza en la relación “médico-enfermo”.

**Sentirse alegre por dentro**, hace que la comunicación del médico, adquiera una tonalidad absolutamente distinta, permitiendo más aproximación, comprensión, capacidad de escucha y un impulso terapéutico más eficiente. Pero cuando la praxis clínica, se ve restringida por **un reduccionismo feroz**, poniendo el énfasis exclusivamente en los trastornos de las moléculas y de las células, el sentido del humor va desapareciendo del escenario clínico, al igual que el resto de los componentes de la comunicación. De ahí el aumento de quejas del paciente en el medio sanitario, debido una **“cosificación”** creciente del enfermo. Sin embargo, usar el humor en la dosis adecuada, permite potenciar la autoestima del enfermo, el autocuidado y, además, disminuye la tensión psíquica, el estrés fisiológico y la angustia del paciente. También permite mejorar la propia satisfacción profesional del médico, reduciendo las posibilidades de caer en la telaraña del **“burnout”**. El médico/a, puede beneficiarse del “buen humor” y de la “risa”, ya que tienen efectos terapéuticos sobre la fisiología humana. Tampoco hay que olvidar, por supuesto, los efectos espirituales que generan finalmente un gran bienestar, debido esencialmente a la secreción de endorfinas, a la activación de los linfocitos T y a la estimulación del sistema nervioso parasimpático, lo cual implica finalmente un gran alivio del dolor.

**La comunicación “médico-enfermo”**, no es una relación fija y estable (¡inmutable!), sino un modelo dinámico y siempre muy fluido. Y aquí, una vez más es esencial la praxis clínica, desplegando todo el sentido del humor, aprovechando la función terapéutica de la **risa franca y cordial**. Por supuesto, el médico, no puede olvidar el poder de una sonrisa. La más apropiada para la interacción con el enfermo, será aquella que muestra ligeramente los dientes superiores, **siempre y cuando sea sincera**, pues una sonrisa falsa es muy fácil de descubrir y va a causar una mala impresión. **La sonrisa, es el mejor fármaco**. La sonrisa, igual que la mirada, puede decir

muchas cosas distintas. No sólo expresa alegría, sino que también puede indicar ansiedad, inseguridad e incluso hostilidad enmascarada. La risa hace que olvidemos las preocupaciones y que afrontemos la enfermedad de la forma más eficiente posible. También, el humor tiene algo de irracional, pero ayuda al desbloqueo mental y psicológico (Figura 17). Veamos este caso interesante. Hoy, Sindulfo, un paciente habitual, está de buen humor y se permite contar un chiste a su médico que, al mismo tiempo, mejora el buen humor del médico/a. Dice así: “doctor, ¡el paciente se nos va! ¡Pues entonces, no sería tan paciente! Otro día, Sindulfo le contó siguiente chiste: Doctor, Doctor. ¡Tengo fuertes tendencias suicidas! ¿Qué hago? ¡Págueme ahora mismo! En otra ocasión, le cuenta este chiste: viene un enfermo al centro de salud y pregunta por su médico D. Faustino y le dice: “hace una semana que no como, no duermo y no tomo agua ¿Qué cree que tengo? ¡Pues hambre, sueño y sed!



Figura 17. El buen humor y la risa implica la liberación de endorfinas, disminuye la concentración de cortisol y supone un menor riesgo de ictus.

*Una vez más su médico se desternilla de risa*, fagocitando el agobio y el mal humor que tenía durante esa mañana. En el ámbito de la comunicación, lo ideal (¡tal vez utópico!), es conseguir una participación mutua completa. En esta situación, médico y enfermo son iguales, independientes y desean satisfacerse y entenderse mutuamente. Esa interacción entre médico y enfermo viene determinada por el grado en que la autonomía del paciente está disminuida en un momento dado y que debe de ser restaurada mediante un paternalismo limitado y compensador. Y, sobre todo, por el efecto estimulante de la risa y del sentido del humor. El

genial maestro del humor, Antonio Mingote, lo había expresado con meridiana claridad: **“el humor es el ingrediente necesario para vivir”**. Ciertamente, el buen humor y el ánimo positivo son capaces de disminuir e, incluso, neutralizar la ansiedad y el estrés cotidiano del enfermo. Y, efectivamente, estos pacientes tienen menos posibilidades de padecer accidentes cardiovasculares. Oscar Wilde, por ejemplo, decía: “Hago ejercicio a menudo; mira, precisamente ayer tomé el desayuno en la cama”.

Por otra parte, es conveniente conocer que **la sonrisa reprimida** puede llevarnos a dar una imagen desastrosa, sobre todo, cuando el enfermo no sabe de qué nos estamos riendo y la interpreta como una burla. Pero, en el ámbito clínico, la risa no está de moda (hay caras que comunican mucho estrés y cansancio; y, además, el pensamiento se ha digitalizado). El sentido del humor y la risa, tienen un impacto terapéutico en el enfermo, ya que lo motiva a seguir luchando y le impulsa a seguir viviendo. Asimismo, optimiza el estado anímico del médico y del enfermo, mejorando el sistema inmune y la actividad de los linfocitos (**natural killer**). **La risa es lenguaje**, comunicación, relajación, aceptación, juego, amor y signo de vida. Además, la risa disminuye los componentes que incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, reduciendo sustancialmente el fibrinógeno en el flujo sanguíneo. Igualmente, **la risa disminuye el nivel de cortisol**, la hormona del estrés, relacionada con la obesidad abdominal, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y las enfermedades autoinmunes. También se ha podido comprobar que las personas con buen humor (con emociones positivas), presentan niveles sanguíneos más bajos de proteína C reactiva (CRP) y de interleucina-6 (IL-6), dos proteínas que actúan como indicadores de una posible inflamación en el cuerpo.

Es, por lo tanto, **la mejor forma de comunicación con el enfermo**, capaz de romper barreras infranqueables y conseguir logros terapéuticos insospechados. El buen humor facilita el trabajo del médico y ayuda también al enfermo a aceptar sus límites. Se dice que el buen humor produce una serie de efectos psicológicos, desde el aumento de los valores de endorfinas y catecolaminas a la disminución de la tensión muscular y el dolor subyacente y, por supuesto, potencia el estado de ánimo positivo. **El buen humor** incide directamente en el bienestar del paciente: desvía el enfoque exclusivo al dolor, modifica su percepción, disminuye la tensión muscular, ayuda a estimular el deseo de vivir y alimenta la esperanza del paciente y de los familiares. **Ese buen humor, es una de las claves de la superación**, ya que el valor aumentado de inmunoglobulinas (inmunoglobulina A) asociado al buen humor supone una línea defensiva contra agresiones extrañas

reduciendo el nivel de hormonas del estrés, evitando así, daños psicológicos y físicos (Figura 18).



Figura 18. El humor y endorfinas en plena sincronía, estimulan la síntesis de antioxidantes endógenos.

La mayoría de los clínicos, están de acuerdo en que el sentido del humor es de hecho una buena medicina con grandes efectos terapéuticos. *El buen humor nos mantiene equilibrados* en situaciones difíciles, controla la ansiedad y genera la esperanza, la alegría y la risa. Holden, como el médico, decía: *“si ayudas a alguien a reír, le estás ayudando a vivir”*. La risa contribuye a diluir la ira y el enojo y a disminuir los ataques cardíacos. El arte de la risa se relaciona con la capacidad para aceptar y apreciar las incongruencias de la vida. *Incluso reírse de uno mismo*, puede acortar la distancia que nos separa de algunos problemas y, por lo tanto, verlos desde una nueva perspectiva. *El buen humor acorta las distancias interpersonales y culturales*, facilitando la comunicación y potenciando la adaptación en situaciones de ansiedad, angustia y depresión, que tantas veces acompañan al sufrimiento y al dolor de la propia enfermedad. *El sentido del humor es una ayuda* para superar todas las circunstancias adversas de la vida. Pero incluso en las situaciones más trascendentales, el humor es para el médico, una receta infalible para recuperar el ánimo del paciente. A veces, humor y silencio van unidos, se encuentran en la fluidez de la comunicación. El silencio es tocar con respeto el alma del paciente que está sufriendo.

Pero, ante todo, el sentido del humor es una forma de *actitud ante la vida*; una disposición para aceptarse a sí mismo con simpatía, optimismo y

una sonrisa Y, en cualquier caso, el paciente necesita ser escuchado, comprendido y requiere mucho afecto. Y en este objetivo terapéutico de comunicación, el sentido del humor tiene un efecto muy vigoroso porque profundiza en el vínculo y en lo más hondo del ser humano. El sentido del humor desplegado por el profesional sanitario contagia también al enfermo **reforzando su confianza ante el dolor y la enfermedad**. El sentido del humor es realmente indispensable para el bienestar humano pudiendo tratarse de un auténtico mecanismo de supervivencia que ayuda a solventar los problemas de la vida. Asimismo, el sentido del humor implica desarrollar la creatividad y la inteligencia, al mismo tiempo que contribuimos a generar un ambiente laboral menos hostil, más motivante y estimulante. **El humor es un escudo protector** para médicos y pacientes, que nos aleja del horror de la enfermedad, del sufrimiento y del dolor (Figura 19). Es evidente que cada vez más, vemos a muchos enfermos de mal humor. **El mal humor se origina en la frustración** (falta de comunicación y humanización), surgiendo fácilmente la instigación agresiva. Tiene que ver con el **neuroticismo** de la persona, tan frecuente en la sociedad actual y que se caracteriza por su tendencia a experimentar emociones negativas crónicas, estilo de pensamiento rumiativo (¡obsesivo!) y temeroso, baja autoestima y sentimientos de impotencia; desarrollan un punto de vista catastrofista, mayor facilidad para responder a estímulos externos, al tiempo que estas personas neuróticas, suelen tener un alto nivel de activación nerviosa, siendo mucho más sensibles al dolor.



Figura 19. Una variable muy importante en el control del dolor y en el ámbito de la comunicación, es el apoyo social y emocional que percibe el paciente.

El paciente con mal humor, producto de la situación estresante que viene soportando, responde con un patrón semiológico de tipo *betaadrenérgico*, es decir, *simpaticotónico*. Por otra parte, hay que subrayar, ***que se ha encontrado una relación positiva entre el humor negativo y la intensidad del dolor***. En efecto, se ha observado, por ejemplo, un aumento de los estados de tensión, irritabilidad, depresión y cansancio dos días antes de una crisis de migraña. Igualmente, se ha confirmado, que existe una relación entre las puntuaciones de alteración del humor y los informes de dolor en los pacientes oncológicos. Frente al estrés agudo o crónico de la enfermedad, el paciente por motivos realmente fútiles puede actuar con agresividad y con una notable emotividad (excitabilidad neurovegetativa aumentada, reacciones instintivas enérgicas e imprevistas, palpitaciones, tics, inquietud psicomotriz, tensión muscular). También podemos observar que se enfada fácilmente, se muestra agrio, frío, despótico, irritable, distante, indiferente e incommunicable. El estrés y el mal humor subsiguiente se originan frecuentemente en ***la percepción de una amenaza***, como sucede con el miedo consustancial a cualquier enfermedad.

En algunos casos, el miedo es producto de procesos imaginativos activos. Así, por ejemplo, ante una enfermedad y/o una intervención médico-quirúrgica que comporta formas de exploración realmente nuevas, surgen ***preguntas relacionadas con el miedo y la angustia del paciente***, ¿qué me van a hacer?, ¿será doloroso el procedimiento?, ¿qué complicaciones pueden ocurrir?, ¿quién me va a atender?, ¿qué pasa con la anestesia?, ¿podré hacer una vida normal?, ¿esto dura mucho tiempo?, ¿y si no puedo dormir?, ¿quién me va a operar?, ¿a quién puedo llamar si lo necesito?, etc. La respuesta del médico es determinante: su comunicación, atención, calidez, sinceridad, cercanía, empatía y seguridad, es suficiente para calmar este volcán de emociones negativas. ***El buen humor, por el contrario, es una forma de combatir el estrés y la tensión psíquica***, de romper el hielo en situaciones difíciles, de fomentar la confianza y reducir el temor. Hay que potenciar el “buen humor y la risa” para engendrar la esperanza y facilitar la comprensión. ***El buen humor actúa como una válvula de seguridad*** que nos permite liberar tensiones, disipar preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de las emociones más negativas. Así Luis de 84 años, comenta a su médico: “Sin humor te vas hundiendo poco a poco; se puede decir estoy cansado, pero nunca se debería decir, hoy no estoy para bromas”. En fin, reír juntos es un momento de gran intimidad, humanidad y cooperación y proporciona un ambiente de relajación y comodidad, generador de actitudes positivas que favorecen el tratamiento, la humanización y la comunicación. ***Con el sentido***

*del humor, el sol de la vida resplandece de nuevo.* Permite también saborear el placer, bajar el ritmo y disfrutar de lo bueno de cada día. Favorece practicar la conciencia plena, concentrarse en el ***aquí y ahora***. Cultivar la gratitud, retener el sentido de propósito y enfatizar lo positivo de cada situación o circunstancia; este es el gran vector terapéutico del sentido del humor para neutralizar el dolor y el sufrimiento. Y recordar, finalmente, como dice Aldous Huxley (1894-1963), que “existe, al menos, un rincón del universo que con toda seguridad puedes mejorar” ¡Y eres tú mismo!

***"Las palabras que brindan consuelo son la mejor medicina".***

***"La esperanza es el sueño del hombre despierto". Aristóteles, Filósofo (Estagira, 384 a. C.-Calcis, 322 a. C.).***

***"Quien tiene salud tiene esperanza y quien tiene esperanza lo tiene todo". Proverbio árabe.***

***"El optimismo nos conduce al éxito; nada puede lograrse sin esperanza y confianza". Helen Keller (1880-1968).***

A pesar del desgaste emocional del médico en la praxis clínica habitual, hay una lucha continua entre buenas y malas noticias y entre la esperanza de vivir y de morir. La persona sana, tiene un montón de esperanzas y de proyectos por realizar, pero la esperanza y el temor, se adueñan de cualquier paciente que lucha activamente contra la enfermedad. Y el médico se encuentra con cambios emocionales tan inevitables como constantes hasta el momento mismo de la muerte. Muchos pacientes se encuentran sin respuestas, con miradas furtivas, visiones apocalípticas, llenos de presagios, incertidumbres, angustia, estrés y desesperanza. Cuando

se deja al paciente y a su familia expuestos solo al miedo, no hay recursos psicológicos ni mentales para afrontar el reto de la enfermedad; surgen estados emocionales negativos: *el miedo a perder la esperanza*. Entonces los pacientes perciben la realidad con una actitud pesimista y una oscuridad absoluta. No obstante, como decía el gran escritor y pensador José Luis Sampedro, en su libro *“La sonrisa etrusca”* (1985), *“cuantas más razones tengo para el pesimismo, más motivos tengo para la esperanza”*. Por ello, todo paciente con independencia de la enfermedad ha de ser tratado con seguridad y esperanza, incluso en la situación terminal. Pero no es fácil, porque el médico también está maniatado por la desolación y la impotencia. El profesor Pedro Laín (1957) aseveraba que *el médico era un dispensador de esperanza*.

Efectivamente, en el centro relación “médico-enfermo”, lo que está en juego es la vida de una persona que desea seguir viviendo y viviendo igual o, incluso mejor, que antes. El médico, *no sólo debe curar, sino aliviar y acompañar*; una tarea complicada para profesionales sanitarios no entrenados o que renuncian a una comunicación integral. Como dicen los médicos de atención primaria (AP), es necesario una modernización, una transformación estructural y no simples ajustes puntuales: una atención centrada en las necesidades reales, psicoafectivas y emocionales. El médico de AP, debe dejar de ser “el portero de la discoteca” que deriva o no a otros servicios y convertirse en el protagonista fundamental de la salud del paciente. Así mismo, el miedo a perder la esperanza bloquea el sentido de lucha y el enfermo es atrapado por una gran crisis existencial (angustia vital). El paciente se vuelve inoperante para solucionar los conflictos y ello repercute en una mayor vulnerabilidad del sistema inmune. La frase *“no hay nada que hacer”*, supone arrojar la toalla; no hay esperanza. Pero la esperanza es un “destello deslumbrante”, una especie de santuario interior presente en la vida de cada persona; es un estado de energía mental que disuelve las sensaciones de incertidumbre, propias de esta lucha hercúlea contra el dolor y la enfermedad. *La esperanza nos salva de la tristeza profunda* y de la desesperación. Empero, escuchar las noticias traumáticas todos los días nos anestesia el alma y nos conduce a la desesperanza.

El fármaco de la esperanza no sólo salva vidas, sino que es capaz de recuperar emocionalmente a los enfermos. La fuerza y la esperanza que nacen en esa relación especial “médico-enfermo” son determinantes. La esperanza es lo que hace que sigas respirando, aun cuando la presión insostenible de la vida te está asfixiando; es el factor humano que, a veces, desechamos y que tiene un potencial farmacológico desconocido. Pero

también hay que reconocer que la humanidad hoy pasa por un túnel angosto y la “esperanza” escasea en un contexto social de crisis existencial, de hedonismo y alienación. Me explica un paciente: cuando el crepúsculo cubre el final, surge la esperanza victoriosa que estrecha fuertemente nuestra mano y nos da la vida. Como dice el escritor José Luis Sampedro, en su libro “La sonrisa etrusca” (1985), “cuantas más razones tengo para el pesimismo, más motivos tengo para la esperanza”. ***La esperanza es la medicina idónea para el alma.*** La “esperanza”, es el fármaco estrella del paciente relacionado con las relaciones de cariño y el apoyo emocional dentro y fuera de la familia. La esperanza permite enfatizar el potencial humano, es decir, el reservorio médico y farmacológico del propio individuo al que tenemos y debemos de recurrir ante cualquier tratamiento.

La esperanza, permite en última instancia incrementar la calidad de vida y actúa como un potente indicador de salud y de estabilidad emocional. Además, la “esperanza” incluye conductas, pensamientos, actitudes y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona; pero se necesita un gran esfuerzo personal de aprendizaje (automotivación), voluntad de superación y una gran capacidad de adaptación. También es necesario una visión positiva de “***sí mismo***” en el médico y/o paciente, así como la confianza en sus fortalezas, aptitudes y habilidades, Su efecto terapéutico se fundamenta en que esta actitud mental activa la producción de serotonina, fortalece las células T (responsables de la regulación de las respuestas inmunes) y agiliza los macrófagos en la lucha contra las bacterias y los virus. Por ello, es un fármaco imprescindible. Los estudios que se centran en su significado en pacientes la definen como forma de afrontamiento de la enfermedad, como una fuerza interior y como una forma de vivir el presente. Los factores más significativos de la esperanza se relacionan con las relaciones afectivas, con la espera de algo bueno y con la espiritualidad. Más del 80% de los pacientes viven esperanzados y, especialmente, la atención espiritual les sirve de ayuda para encontrar sentido a su existencia.

Por todo ello, el médico ha de proporcionar mensajes llenos de esperanza, pero sin mentir. Santiago Ramón y Cajal, Nobel de Medicina en 1906, dijo: “Todo ser humano, si se lo propone, puede ser escultor de su propio cerebro”. ***Las palabras por sí solas,*** cambian la mente, el estado emocional, activan procesos de pensamiento positivos, reducen la intensidad del dolor y del sufrimiento y alimentan la esperanza. Hay que decir con potente seguridad y convicción, ***¡VAMOS A PODER!*** Todo depende de la mente y la conciencia. Los seres humanos somos magníficos; la mente es

más fuerte que el cuerpo; así que, si tienes argumentos de alivio, encontrarás la esperanza: palabras que estimulen a *esperar un día mejor* y, en consecuencia, encontrar un sentimiento de bienestar, de energía, entusiasmo y motivación... Por eso un paciente en silla de ruedas dijo a su médico: “me has dado la vida”. ¡Escucha en los ojos del paciente! Por el contrario, la mentira implica el abandono de la esperanza, el abatimiento y la desolación. *Esperanza y sentido de la vida*, están íntimamente unidos; relacionados con la vida. Fiodor Dostoivski, expresó con firmeza: “*vivir sin esperanza es dejar de vivir*”.

***La esperanza es optimismo***, deseos, ilusiones, expectativas y sentido de la vida. Pero la esperanza no se origina por sí misma, hay que facilitarla, perseguirla, amarla y tener una profunda convicción en sus efectos terapéuticos y de plena energía vital; ***es el gran potencial médico humano***. La creencia en un ser superior ayuda a encontrar un significado a la enfermedad y a superarnos a nosotros mismos. Un gran alpinista que alcanza la cumbre del K2 en pleno invierno y con tantas dificultades corona la cumbre, en buena parte, gracias a la esperanza; como Filípides que recorrió los 42 Km, hasta las mismas puertas de Atenas, donde cayó fulminado. La esperanza no solo establece un vínculo solamente con el prójimo, sino sobre todo con un Ser superior, es decir, con Dios. Eso muestra que la verdadera esperanza es diferente del optimismo o el pensamiento positivo. La esperanza liga a la persona con un Dios personal que es fuente de poder. Aquellos enfermos que tienen esperanza en Dios es tremendamente positivo. Por eso, ellos enfrentan los desafíos de la enfermedad con optimismo y reúnen más fuerzas psíquicas en todos los sentidos. En la praxis médica, la esperanza es un proceso individual que requiere una gran sensibilidad y una sólida formación ética. El paciente ayudado por el médico ha de encontrar ***un buen propósito de vida***. ¿Qué sentido tiene mi vida? Es la gran pregunta que se hacen la mayoría de los enfermos. Cuando hay una respuesta positiva, surge la esperanza. También la enfermedad, cambia el sentido de la vida, haciendo ver las cosas profundas e importantes de la existencia. ***La fuerza de la esperanza*** está siempre presente para conceder valor a la vida y salir del laberinto de la enfermedad. ¡El médico, ha de activarla con confianza y seguridad como una gran herramienta terapéutica! Los médicos, que ***miran con esperanza***, en medio de la desesperanza, de la enfermedad o de la nada, son los que verdaderamente aplican ese medicamento infinito y maravilloso: la esperanza.

Por supuesto, cultivar la consciencia de la belleza, nos abre el horizonte de la esperanza, hacia una percepción más amplia y profunda de

las situaciones dolorosas asociadas al proceso patológico. En efecto, si prestamos atención a la belleza de las pequeñas cosas cotidianas (un pájaro, una mariposa o una gota de agua o esa maravilla del alba), es más sencillo soportar la batalla del dolor y neutralizar la negatividad y el pesimismo gigantesco que nos invade e inmoviliza. Esta actitud, puede consistir en darnos tiempo para ver imágenes que nos resulten bellas, percibir detalles cotidianos que nos inspiren esa belleza en mitad de las dificultades que nos tocan vivir (a veces, tan sólo mirar por un instante la luz que entra por la ventana, nos puede conectar con la belleza y aliviar nuestro malestar). **La esperanza es una actitud** o un estado de ánimo realista pero optimista, la creencia de que un cambio positivo es posible y la voluntad de establecer y trabajar para conseguir objetivos en la superación de la enfermedad (Figura 20). Tener esperanza es crucial a la hora de controlar el dolor y el sufrimiento; es esencial para alcanzar la satisfacción vital, incluida la salud mental y física.

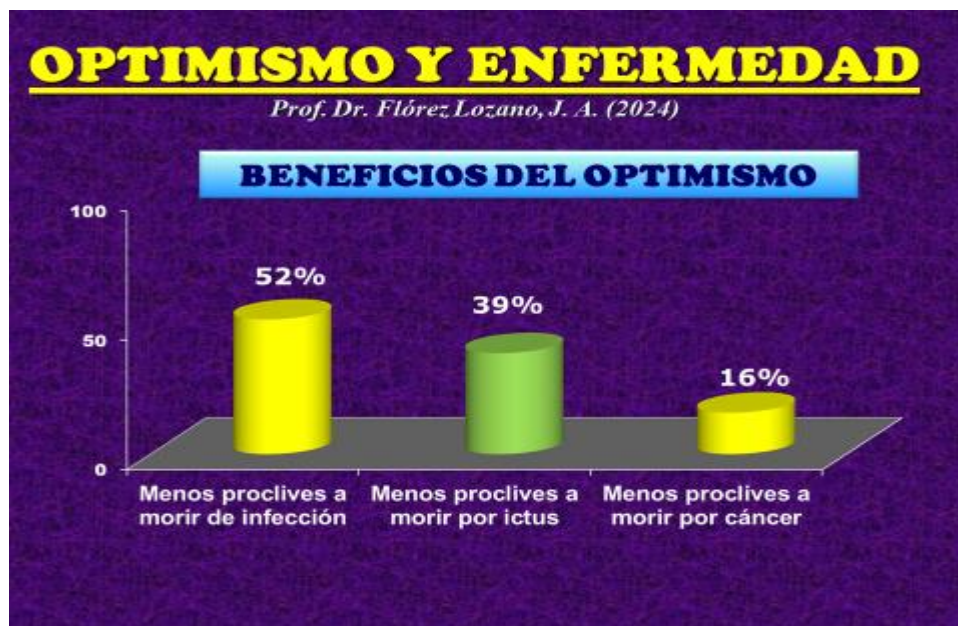


Figura 20. En términos clínicos, el optimismo es buen reductor de algunas enfermedades y un buen indicador del pronóstico y recuperación del paciente.

**La vida se construye sobre la esperanza** y es precisamente la profesión sanitaria lo que más puede contribuir a mantener, y en su caso recuperar, la esperanza. El Premio Nobel de la Paz (1980), Adolfo Pérez Esquivel, dejó escrito en su libro **“Resistir en la esperanza”**, lo siguiente: “la madrugada y el sol comenzaban a despertar de una noche llena de presagios e incertidumbres”. También dijo: “tanta gente, hombres y mujeres que luchan día a día por una vida mejor; yo creo que esos son los grandes

héroes, son aquellos que no claudican, que saben mirar la vida con esperanza”. La esperanza es un mecanismo psicológico que fortalece también al propio médico/a y le ayuda a encarar la frustración que siente ante su incapacidad de manejar alguna situación muy complicada. Como expresa José Saramago en su libro *“Ensayo sobre la ceguera”*: “lo que diferencia al hombre de los animales es la esperanza”. La esperanza surge del propio médico, especialmente, de la honestidad y la simplicidad. La esperanza, podría ser definida **como una expectativa** de llegar a conseguir metas percibidas como muy importantes en la vida.

*La esperanza es un “destello deslumbrante”*, una especie de santuario interior presente en la vida de cada persona; es un estado de energía mental que disuelve las sensaciones de incertidumbre, propias de esta lucha hercúlea contra la enfermedad. La esperanza se ve como un tipo de efecto placebo. Sabemos que los placebos a veces se asocian con beneficios terapéuticos en una variedad de enfermedades. Y los placebos tienen un fundamento biológico: se asocian con un cambio en los niveles de neurotransmisores y la activación de las regiones cerebrales involucradas en la recompensa y la atención (corteza orbito frontal). Esta parte de la corteza ayuda a la motivación, a la resolución de problemas y al establecimiento de metas en nuestros comportamientos. Y, por supuesto, la esperanza nos salva de la tristeza profunda y de la desesperación. Sin esperanza, no hay razón para vivir y luchar contra el desafío de la enfermedad. La persona, no quiere ser una vida vacía que pulula por el centro sanitario con desorientación y desamparo. El ser humano, es un ser de “encuentro”. Anhela una vida que merezca la pena vivirla, encontrar un propósito de la vida, recuperar el espíritu alegre y los sueños infantiles. La falta de esperanza, *la “impotencia aprendida”*, puede estar relacionada con aspectos de la depresión. Para el médico, es el momento de insuflar vida a los enfermos. Kant, decía que la vida se hace soportable por la esperanza, los sueños y el humor. ¡Con la esperanza, todo parece ser ilimitado, incluso la propia vida!

La solución no es fácil, pero es posible encontrar el fármaco milagroso: en el amor, en la amistad, en las interacciones sociales y, especialmente, en la familia. Esto protege su identidad y su salud, “mientras sepas quién eres y de dónde procedes, seguirás siendo tú, estarás a salvo del olvido y de la autodestrucción”. En la Medicina nos encontramos en múltiples ocasiones con pacientes desesperados, como el ciclista a punto de desfallecer en el alto de un puerto de primera categoría; pero sacaremos fuerzas para llegar y coronar, porque en medio de la crisis vital surge la esperanza. El médico con todas las herramientas de la comunicación

descritas en este libro, puede activar el germen de la esperanza. Esperanza en recuperar nuestra vida, nuestra movilidad, nuestras risas, nuestras conversaciones, nuestros proyectos y nuestras ilusiones. ***La esperanza es coraje***, es lucha, compromiso, determinación, ilusión, espiritualidad, creencia, actitud positiva y confianza en uno mismo. Kamila Medina, es una niña de trece años que ha manifestado el valor de la esperanza en la lucha contra un tumor cerebral que padece desde hace años. Dice Kamila al resto de enfermos que no se rindan, que sean fuertes; hay que tener resiliencia, es decir, superar los miedos y las caídas y volverse a levantar con más fuerza; no importa que te vuelvas a caer, ¡levántate! ¡Sé fuerte, se valiente y levántate!

Y sigue diciendo esta niña de trece años: “no hay barreras que te rompan la vida, sabes perfectamente que eres fuerte, debes tener mucho coraje, tratar de conocer un poco más el mundo en vez de la enfermedad que padeces, tienes que ser más valiente, más positivo todos los días; agradecer que estás vivo, que estás sano y tratar de vivir con tu enfermedad; a pesar de todo lo malo, tienes que ser positivo y seguir manteniendo la llama de la esperanza”. Steve Jobs, millonario que falleció de cáncer de páncreas, decía: ***“Escucha a tu corazón y cómete el mundo”***; sin duda una forma de potenciar la esperanza ante el límite de la vida. El hijo de Kenzaburo Oe, Nobel de literatura en 1994, se convirtió en uno de los mejores compositores de música clásica del mundo gracias a la mirada apreciativa, al coraje y a la esperanza de sus padres. Su hijo sobrevivió con graves problemas: epilepsia, autismo y problemas importantes de visión y motricidad. No hablaba, no se comunicaba, ***pero sus padres mantenían la esperanza*** de que en él había un talento oculto: la música clásica. Teresa Perales, Premio Princesa de Asturias de los Deportes, con una movilidad reducida desde la cintura a los pies debido a una neuropatía, ha batido todos los records, siendo la deportista paralímpica más laureada con un total de 22 medallas.

Su coraje, tenacidad, persistencia, ***superación y esperanza***, le permitió superar los límites de la enfermedad y ***romper con la idea de drama asociada a la discapacidad***. La esperanza tiene que ver con esa ***razón profunda para vivir, con un propósito consistente de la vida***. El propósito tiene que ver, además, con el amor, con el cariño, con la atención y la entrega; algo sencillo, pero imborrable. Este ***propósito de la vida*** tiene un gran impacto biológico en la microbiota a través del nervio vago, liberando fuertes dosis de oxitocina que protegen el corazón y el sistema inmune. En efecto, en este contexto, el sistema inmune refuerza su agresividad frente a células agresivas (tumoraes). Es, por lo tanto, ***una sensación de plenitud*** espiritual

y afectiva. La esperanza es esencial para mantener la luminosidad de la vida, para reforzar las expectativas de la vida, para renacer de las adversidades, de los traumas, de las desgracias y de las enfermedades. La esperanza supone esfuerzo, tal vez, mucho sacrificio; pero resulta altamente eficaz para neutralizar la ansiedad y la angustia del médico. Algunos enfermos, nos dan lecciones contundentes y de ellos tenemos que aprender. Cada uno de los pacientes se encuentra envuelto en secretos claroscuras y atrapados en la historia de su momento. El médico, a través de su coraje y bondad, puede activar la esperanza y superar el síndrome de la resignación o cualquier síndrome depresivo (Figura 21). La depresión es el veneno para la esperanza y el optimismo.



Figura 21. La depresión destruye el optimismo, daña la autoestima, disminuye el interés y la automotivación y roba la esperanza del mañana.

Pero el médico, puede activar estímulos sensoriales que tienen la fuerza suficiente para atravesar la barrera del letargo y *despertar la esperanza*. La muerte de un jugador de fútbol de 23 años, Miki Roqué, debido a un tumor maligno localizado en la pelvis nos muestra que, incluso, ante la dureza y el sufrimiento de la enfermedad, puede surgir esa lucha, esa esperanza, esa felicidad. *Su empeño era vivir*: un balón lleno de felicidad. En sus últimos momentos, dijo a sus padres: *“La vida sigue y tenéis que ser felices”*. Una frase, un medicamento que nos sirve para todos y que, incluso, en ocasiones, no entendemos y, por lo tanto, no podemos o no sabemos disfrutar de la vida. Ciertamente, la vida es un tiempo efímero y *hay que vivirla intensamente*, produciendo el mayor grado posible de bienestar y felicidad. Y *“ayudar”*, es una estrategia terapéutica muy eficaz para doblegar

el estrés. La recreación de historias de esperanza, superación y recuperación de la adversidad, como hemos visto, es un factor de aprendizaje, protector y promotor de esperanza. Naguib Mahfuz, Premio Nobel de Literatura en 1988, escribió en su obra *“El viaje del hijo de Fatuma”*, lo siguiente: “Me invadió una nueva sensación y disminuyeron mis tristezas, el viaje controló mis sentimientos y se abrieron ante mí horizontes ilimitados para la esperanza”. El médico/a, ha de utilizar la esperanza en todo su potencial en todos los encuentros clínicos; es muy terapéutico contagiarse de esperanza y humanidad; de humildad y de compasión. La esperanza es una construcción psicológica mensurable, asociada con un mecanismo neurobiológico plausible y con beneficios clínicos. Tenemos que llenarnos de ideas constructivas y de pensamientos positivos. Y el propósito de ese pensamiento positivo tiene que ver con el amor, cariño, atención y entrega; algo sencillo e imborrable. *En ese caldo positivo del propósito de lucha*, coraje y resistencia, surge la esperanza, ***una razón profunda para vivir*** que se relaciona con la liberación de oxitocina y la protección del corazón y del sistema inmune.

Un médico, de manera informal me dijo lo siguiente: “nunca pierdes la esperanza, las tormentas hacen a la gente más fuerte y nunca duran para siempre”. ***La esperanza nos da alas para del alma y el cerebro***. Cuando un médico después de su jornada extenuante piensa y dice: ¡La situación está mucho mejor! ¡No creía que lo iba a soportar! ¡Aquí estoy, otro día más, con ganas de ayudar a mi paciente! ¡Con la esperanza, todo parece ser ilimitado, incluso la propia vida! Con ganas y fuerza sigo caminando, ¡soy guerrero! Sigo avanzando y me doy cuenta de que es verdad. Pero aún, así, ¿no es deseable permanecer optimista y feliz ante los avatares de la vida? O, tal vez, ¿es preferible vivir amargados, malhumorados, tristes, deprimidos y sin una perspectiva positiva de la vida? ***La esperanza es una tabla de salvación***; un gran potencial médico y psicológico que permite alcanzar horizontes de grandeza insospechados; la esperanza es confianza, convicción, lucha interior, fortaleza y autoafirmación: ¡Lo voy a superar! La lectura del libro nos permite desarrollar el sentimiento de anástasis, es decir, de sentir que merece la pena proseguir el esfuerzo de vivir y de realizar proyectos vitales. El objetivo, en fin, es que la mirada hacia atrás del paciente se enriquezca y prolongue con la mirada hacia adelante, impulsando su proyecto vital. En fin, una opción terapéutica, que el gran poeta Jorge Guillén ha resumido así: ***“la esperanza no se pierde nunca; es la única senda de la vida desde el principio al fin”***. Como decía Khalil Gibran, “os digo que la vida es realmente oscuridad, salvo allí donde hay entusiasmo”. La clave terapéutica,

es poner en todo lo que hagamos, un soplo de nuestro espíritu. **“Sé dueño de tu vida”**. Y como dice Borges, “sé más fuerte que el azar o el destino; que tu nombre sea tuyo; que sea cada hora una gota de ámbar que eternice tu existencia; que todo se deslice según tu voluntad dominadora”. Finalmente debemos recordar que nadie tiene derecho a negar la esperanza a una persona enferma y, menos aún, en dar falsas esperanzas.

**1.-Gracias a la palabra** conseguimos potenciar la autoestima del paciente y reforzar su actitud terapéutica ante la agresividad de la propia enfermedad. Esa palabra comprensiva, dulce, receptiva, cariñosa y compasiva, actúa como un auténtico bálsamo en estado anímico del paciente y, por ello, es capaz de atenuar la angustia, el miedo y la ansiedad que el enfermo experimenta ante su enfermedad. La palabra mitiga el dolor y el sufrimiento del paciente y le transmite una esperanza y una convicción profunda necesarias para afrontar cualquier proceso patológico.

**2.-La fluidez del lenguaje.** Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla del médico pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Demasiados períodos de silencio podrían interpretarse negativamente, especialmente como ansiedad, enfado o, incluso, como una señal de desprecio. Cuando el mensaje del médico incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido, el enfermo percibe una sensación de sorpresa, inseguridad, desconfianza y ansiedad.

**3.-La mirada es uno de los elementos de la comunicación no verbal (CNV) que más información aportan acerca de la interacción con el enfermo.** La mirada profunda, la mirada perdida, la mirada triste, la mirada desafiante, la mirada ansiosa, la mirada agresiva, la mirada hostil, la mirada indiferente, la mirada inquisitiva, la mirada arrogante, la mirada angustiosa, la mirada atenta etc. En fin, un sinnúmero de posibilidades y alternativas que tienen una traducción clínica muy significativa para el médico. En la praxis clínica, y en la vida normal, el hecho de “no mirar a la cara» que, a veces, practican erróneamente los profesionales sanitarios, forma parte de un proceso de **despersonalización** frecuente, lamentablemente, en el medio sanitario.

**4.-La palabra y el gesto son dos instrumentos terapéuticos esenciales**, ya que actúan como un bálsamo frente al dolor y al sufrimiento. Los gestos, son palabras mudas, son muy elocuentes desde el punto de vista de la comunicación, pero hay que subrayar que el lenguaje de los gestos nos puede confundir y, en ocasiones, lo que el médico transmite con el lenguaje de los gestos es justamente lo contrario de lo que quiere comunicar al enfermo y a su familia.

**5.-Las caricias constituyen uno de los lenguajes más poderosos.** Toda la piel del cuerpo se puede estimular, es como un gran mapa de comunicación de todos los sentidos. El médico, puede despertar mediante la caricia sensaciones que generan emociones positivas de tranquilidad, confianza, paz, seguridad, aceptación, afectividad y amistad. La caricia del médico cristaliza también con la “ternura”, una actitud que sugiere cuidado protección y ayuda. Una actitud en la que el enfermo, se muestra débil e indefenso y en la que el médico, sin pensar en nada a cambio, le presta toda su fuerza, admiración y entusiasmo. las caricias y los abrazos generan un entorno seguro, **una mayor conexión neuronal** entre dos personas y mayor activación de la porción ventral del nervio vago, aumentando la variabilidad y coherencia cardíacas y disminuyendo las pulsaciones (menos arritmias y taquicardia) y la presión arterial (menos hipertensión).

**6.-Las caricias activan la ínsula**, la principal zona del cerebro que nos relaciona con otros, y eso a su vez genera una activación del nervio vago. Y la activación de la rama ventral o anterior del nervio vago genera una estimulación parasimpática con aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (un índice del equilibrio entre el sistema nervioso simpático y el parasimpático), que sabemos que se relaciona con menor incidencia de eventos cardiovasculares. En individuos muy estresados o con variabilidad disminuida de la frecuencia, hay más eventos cardiovasculares, como arritmias ventriculares, infartos agudos de miocardio o incluso ictus.

**7.-Las caricias se asocian con disminución de la tensión arterial**, de la síntesis de cortisol y de las catecolaminas. Por ello, es importante que los médicos identifiquen la soledad, la calidad de la red social y los vínculos afectivos en sus pacientes: si lo hacemos, nuestra actividad clínica será más eficaz. Cuando un paciente, es tocado afectuosamente, la caricia actúa como una **"señal de seguridad"** y su efecto calmante está mediado por la inhibición de **la respuesta de miedo de la amígdala** y por la activación del sistema de recompensa para la facilitación del comportamiento de aproximación.

**8.-Muchos pacientes sufren de “hambre de piel”**, que se expresa con manifestaciones neurológicas en el organismo *derivadas de la falta de tacto* debido a la ausencia de contacto físico durante la enfermedad, una necesidad intrínseca y natural de todos los seres humanos. Numerosos estudios han demostrado la importancia del tacto para ayudar al sistema inmune a combatir el dolor o favorecer la superación de ciertas enfermedades; también mejora la calidad del sueño y reduce la presión en la sangre.

**9.-La contradicción del médico** se revela con facilidad observando los elementos paralingüísticos. Ciertamente, el tono de voz, el ritmo y la seguridad que se imprime a través del lenguaje es clave para evitar cualquier sentimiento de incertidumbre ligado a la inseguridad del médico. El volumen de la voz es otro factor paralingüístico muy interesante. El volumen más fuerte se asocia con algo que estamos muy comprometidos, que queremos manifestar y subrayar, pero también se eleva el volumen de voz cuando estamos enfadados o hemos sufrido una frustración importante o cuando nos encontramos sumergidos en una intensa discusión.

**10.-El volumen de voz bajo se utiliza para llamar la atención**, profundizar en la intimidad, en las situaciones de ayuda e, incluso, en momentos de angustia o de cólera. De otro lado hay que considerar la **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.

**11.-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 respeto a los silencios es fundamental, es la expresión de la búsqueda interna, profunda en lo más hondo de nuestro psiquismo. Respetar el silencio, supone la contención verbal y motriz del médico, el control de la ansiedad, la creación de un ambiente de tranquilidad, sosiego y paz, en el que el paciente es el auténtico protagonista, sintiéndose dueño de sí mismo y en contacto con un médico capaz de escuchar la melodía más profunda y rica de la comunicación humana, cual es, el silencio.

**12.-El “silencio”, también constituye otro elemento de la comunicación no verbal** que permite una comprensión auténtica, el silencio

es simplemente eso, silencio; se trata de no perturbar el equilibrio, el ambiente, el pensamiento y la intimidad del enfermo; el silencio es mutismo, abstención del gesto, la palabra y la acción. Tiene, sin duda, un gran poder de comunicación, de entendimiento, de comprensión y ayuda mutua. El médico, por lo tanto, ha de estar atento a la expresión verbal y no verbal del enfermo y siempre dispuesto a respetar el SILENCIO de su paciente.

**13.-Una de las grandes habilidades del facultativo** es crear un ambiente de seguridad para que el paciente confíe en él y se anulen los silencios patológicos. El médico, no sólo debe de ser un gran comunicador, sino que también ha de estimular la comunicación. Todas estas situaciones implican además una especial capacidad afectiva, de tal suerte que el médico no caiga en la desesperación ni en la resignación. El médico no logrará que desaparezca la desgracia, pero puede paliarla, creando un marco ético que facilite la felicidad personal y la dignidad integral de la persona.

**14.-Hay que activar nuestra actitud de lucha y superación** y tomar consciencia de que, ante la adversidad y/o enfermedad, tenemos que desarrollar la posibilidad de adoptar una actitud positiva y constructiva, como posibilidad de aprendizaje, entrega vocacional, superación personal y cooperación con otros. Sin duda, incluso en las peores circunstancias siempre hay una lección positiva para nuestro YO, si actuamos con humildad, si volvemos a nosotros mismos. En efecto, vivir la Medicina, como una oportunidad de crecer emocional y psicológicamente en lugar de caer en la indefensión y la queja, evitando ser atrapado por el rol de víctima que nos lleva indefectiblemente a la infelicidad y a la enfermedad. Esta actitud positiva de aprendizaje y superación, así como la comprensión nos hace más felices y resistentes frente al reto inconmensurable del sufrimiento y el dolor.

**15.-La espiritualidad deviene de tu conexión contigo mismo y con los demás**, del perfeccionamiento de tu sistema de valores personales y del encuentro del sentido de la vida. Los valores son muy importantes. Un médico en el homenaje de su jubilación manifestó ante los presentes que le gustaría que le recordasen como una “buena persona”. **Sentirse escuchado es sentirse aceptado y comprendido**, y es a partir de este reconocimiento de su vivencia subjetiva que la persona puede empezar a aceptar su realidad. Cuando uno escucha, capta las cosas rápidamente, no necesita un montón de explicaciones, descripciones y análisis; uno fluye junto con el otro. Si escuchas con sumo cuidado, captas muy rápidamente el significado de lo que el otro está diciendo. **La “escucha activa”**, favorece la percepción de los

enfermos. Hay que desarrollar la capacidad de escucha con el fin de sostener la confianza que el paciente ha depositado en el médico.

**16.-La empatía es una de las claves en el vínculo “médico-enfermo”,** pero no debe confundirse con simpatía. La primera implica comprender, sintonizar, aprender a ponerse en el lugar del otro y entender sus sentimientos, frustraciones, y miedos. Adquirir habilidades en este terreno conlleva aprender a identificar las preocupaciones y temores del enfermo y adquirir los recursos en técnicas de comunicación para mitigarlos y suavizarlos en la medida de lo posible. La actitud empática hace posible el respeto y la dignidad de la relación médico-enfermo. Es importante que el médico se sitúe en el lugar del enfermo, en su piel y vea a través de sus ojos. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo; la empatía, se convierte en el vehículo de la relación interpersonal entre ambos.

**17.-La mirada es el centro vector de nuestro cuerpo,** la punta de lanza que nos proyecta hacia el otro y que nos permite recibir gran número de estímulos; la mirada siempre está acompañando el discurso oral del médico o del paciente, intensificando o minimizando los contenidos de la comunicación. **El aprecio y la valoración del paciente,** mediante la mirada apreciativa, es una experiencia emocional subjetiva que despierta estados emocionales positivos como la alegría, la gratitud, el orgullo, o la esperanza. La mirada apreciativa es ver lo mejor que hay en ese paciente que tratamos de recuperar. Y, esa intencionalidad, positiva predispone a obtener los mejores resultados terapéuticos.

**18.-Reflexionar para humanizar. Algunas consideraciones.** Mejorar la comunicación y el trabajo en equipo, incluyendo al paciente y a la familia. Facilitar una información más adecuada a pacientes y familiares. Flexibilizar los horarios de visita. Fomentar la participación de los familiares en los cuidados del paciente y en la toma de decisiones. Incrementar la satisfacción de pacientes y familiares. Evitar el deterioro del clima laboral, combatiendo la insatisfacción profesional, la desmotivación y el megaestrés del médico. Brindar la formación y entrenamiento para la adquisición de las competencias relacionales necesarias para llevar a cabo todo lo anterior de forma adecuada.

**19.-Atender a las manifestaciones no verbales,** como sería en el caso de los gestos que se corresponden con el estado de ánimo que se verbaliza y no interrumpir el discurso verbal. Expresar señales de seguimiento activo a modo de feedback es esencial en el proceso de comunicación del médico:

mirar a la cara, asentir con la cabeza o reflejar expresiones faciales congruentes con aquello que te está explicando el enfermo o los familiares. En fin, mostrar interés preguntando detalles sobre el contenido de la conversación, interpretar las señales no verbales, comprender los mensajes transmitidos de carácter paralingüístico, tales como la entonación, el tiempo de respuesta, el volumen...Evidenciar comprensión (comprendo cómo te sientes). Y, por supuesto, no rechazar o juzgar las emociones del paciente: una premisa fundamental para mostrar sensibilidad empática. Simplemente, escuchar activamente al paciente permite “ventilar” y gestionar su estado emocional. De esta forma, el enfermo siente alivio por tener un médico confiable a quien transmitir sus emociones. En fin, el proceso comunicativo es más fluido y profundo, ya que se produce una mayor sintonía emocional con el enfermo y la perspectiva terapéutica se refuerza de forma exponencial.

**20.-Atención a la situación emocional y al control del estrés del propio médico:** Dormir bien (recuperarse del estrés del día), ejercicio moderado como caminar, correr, nadar, meditación, yoga (efecto antiinflamatorio), respiración y mindfulness (focalización de la atención en el momento presente, una estrategia mental eficaz para conseguir la atención plena, centrándonos en lo que está sucediendo **“aquí y ahora”**, aceptándolo sin más, sin intentar cambiar, ni juzgar nada; es el dominio de la mente para el control del burnout). Así, tu cerebro libera dopamina (la hormona del bienestar) por lo que te vas a sentir más feliz.

Argyle M. Psicología del comportamiento interpersonal. Alianza, Madrid. 1972.

Balint, M. (1961). El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires, Argentina: Ed. Libros.

Balint, E. y Norell, J. S. (1979). Seis minutos para el paciente, las interacciones en la consulta con el médico general. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Ballenato, G. Comunicación eficaz. Edit. Pirámide; 2005.

Baylon Ch. y Mignot X. La Comunicación. Madrid. Cátedra, 1996.

Bayés, R. Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En: González Barón M (ed). Tratado de Medicina Paliativa. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1996.

Birdwhistell, R.L. El lenguaje de la expresión corporal. Barcelona, Gustavo Gili, 1980.

Blau, JN. Clinical and placebo, (1985), Lancet i:344.

Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.

Borrell i Carrió, F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. Med Clin. 2003; 121(20): 785-6.

Clèries, X. La comunicación. Barcelona: Masson; 2006.

Corrace, J. Les communications non verbales. Paris. PUF, 1980.

Davis, F. La comunicación no verbal. Madrid. Alianza Editorial, 1973.

Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. Persona y bioética. 2014;18(2): 184-193.

Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Atención Primaria. 2016;48(1): 8-14.

Flórez Lozano, J.A. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Ergon; 1997.

Flórez Lozano, J.A. La soledad en el anciano. Med Integral; 2000, 35(2):84-87.

Flórez Lozano, J.A. Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral. Barcelona: Astra Zeneca; 2001.

Flórez Lozano, JA. Manual de prevención y autoayuda del burnout del médico. Madrid. Entheos, 2002.

Flórez Lozano, JA. Prevención y autoayuda del burnout del médico. Barcelona. Almirall, 2004.

Flórez Lozano, J.A. Desgaste y frustración del profesional sanitario en su trabajo. Santander. Real Academia de Medicina de Cantabria, 2006.

García Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca LG. La empatía quintaesencia del arte de la medicina. Med Clin 1995: 1:27-30.

García-Solís E. La empatía en la medicina. Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. 2015;62(4): 204-205.

Goleman, D. Inteligencia emocional. Barcelona. Kairós, 1996.

Gómez Esteban, R. El médico como persona en la relación médico-enfermo. Madrid. Fundamentos, 2002.

Gorney M. The role of communication in the physician's office. Clinics in Plastic Surgery 1999;26(1):133-41.

Hall J, Roter D, Rand C. Communication of affect between patients and physicians. J Health Soc behave 1981; 11: 18-30.

Knapp, M.L. La comunicación no verbal. Paidós, 1982.

Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Revista de Occidente, Madrid. 1964.

Levites M, González-Blasco P. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. Archivos de Medicina Familiar y General. 2009, 6(2): 2-9.

Llacuna Morera J. La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor? Formación Médica Continuada. 2000; 9:576-87.

Llacuna Morera, J. La comunicación no verbal (II). Recursos para el profesional sanitario. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 7, Número 10, Diciembre, 2000.

Miller, M. El efecto de la risa alegre sobre el sistema cardiovascular humano. Hipótesis médicas; 2009.

Moya, L. (2014). La empatía: entenderla para entender a los demás.

Barcelona: Plataforma

Mora-Ripoll, R. Beneficios potenciales para la salud de la risa simulada: una revisión narrativa de la literatura y recomendaciones para futuras investigaciones, Complement. Ther. Med., 19 (2011), págs. 169-176.

Ricci, P.E. y Cortesí, S. Comportamiento no verbal y comunicación. Barcelona: Gustavo Gili, 1980.

Rodríguez Bayón, A, Pérez Fuentes, F. Escuchar, algo más que oír. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol. 6. Núm. 10. Diciembre, 1999.

Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. J. Fam Pract 1993; 37 (4): 377-387.

Sanz Ortiz, J. Comunicación e información. Med Clin 1995; 104: 59-61.

Sanz Ortiz, J. La Comunicación en Medicina Paliativa. Med Clin 1992; 98:416-48.

Sanz Ortiz J. El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. Med Clin (Barc.)2000; 114:222-6.

Sanz Ortiz J. El humor como valor terapéutico. Med Clin (Barc) 2002;119(19): 734-7.

Silverman, J., S.M. Kurtz, and J. Draper, Skills for communicating with patients. 3rd. ed. 2013, London; New York: Radcliffe Publishing.

Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. BMJ 1993;8(1):40-5.

Van der Wal, CN., Kok, RN. Terapias que inducen la risa: revisión sistemática y metaanálisis. Soc. Sci. Med., 232; 2019; págs. 472-484.

Torío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. Atención Primaria 1997; 19 (1): 44-60.

Urraca Martínez, S. Efectos terapéuticos de la información y la comunicación médico-enfermo. Jano 1991; 40:35.

Urpi, M. Aprender comunicación no verbal. Paidós; 2006.