

II CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a los ponentes que nos van a acompañar en esta Convención, ya que han tenido la amabilidad de modificar sus agendas para poder compartir con nosotros unos días de reflexión y debate que nos acercarán a temas actuales y de futuro para la profesión Enfermera.

- Dr. D. Jesús Sánchez Martos
*Catedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid*

- D. Ignacio Castillo
Consultor y formador. Profesor de la UNED, de la Universidad de Cantabria y del Círculo de Empresarios. Licenciado en Marketing internacional

- D. Ramón Sánchez Ocaña
Periodista especializado en temas de salud

Asimismo, queremos agradecer a las Juntas de Gobierno de los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, su apoyo e implicación en este evento. Así como a la agencia de viajes Nuestro Pequeño Mundo y a MSC Cruceros.

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
---------------------------	---

BLOQUE I (JESÚS SÁNCHEZ MARTOS)

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	9
--	---

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE ÉXITO PERSONAL	21
---	----

BLOQUE II (IGNACIO CASTILLO)

COACHING: CREER EN TI MISMO. EL MÉTODO PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO DE LAS PERSONAS	41
--	----

INTELIGENCIA EMOCIONAL: APRENDER A VIVIR Y CONVIVIR	49
---	----

BLOQUE III (RAMÓN SÁNCHEZ OCAÑA)

SALUD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	59
--------------------------------------	----

LA IMAGEN DE LA ENFERMERÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	73
---	----

Animados por el éxito de la experiencia del año pasado nos decidimos con más ilusión si cabe a organizar esta nueva andadura de la *Convención de Enfermería en Alta Mar*, la segunda, a bordo de un buque recién estrenado y que se encuentra entre los mejores del mundo.

En él vamos a poder encontrar todo tipo de instalaciones para que el viaje que nos va a llevar a algunos de los puertos más importantes del Mediterráneo sea una experiencia inolvidable para congresistas, acompañantes y ponentes.

Esta experiencia va a venir marcada principalmente por el desarrollo de una serie de actividades profesionales amparadas bajo el lema *Valores personales frente a debilidades profesionales*. Como expertos contaremos en ellas con profesionales de primera línea que van a hacer que el nivel de la parte científica del programa de la Convención se sitúe en unas elevadas cotas de calidad.

A través de sus exposiciones vamos a poder enriquecernos con conocimientos que nos servirán para abundar sobre el lema elegido para esta ocasión y gracias al cual profundizaremos en la importancia de los procesos y aptitudes de comunicación en el trabajo de las enfermeras a través de diferentes conferencias, tertulias y talleres específicos.

No cabe duda de que las aptitudes y los recursos comunicativos son una herramienta estratégica en el trabajo de los profesionales de Enfermería y como tal hay que potenciarlos con un profundo conocimiento y dominio de los mismos. Con ello mejoraremos nuestro trabajo y conseguiremos transmitir a la sociedad una mejor imagen de la profesión enfermera. En esa línea es en la que hemos trabajado y en la que estamos seguros vamos a responder a las necesidades de nuestro colectivo en este ámbito.

Con la edición de este libro de comunicaciones recogemos el esfuerzo que hemos realizado durante el último año para poner en marcha la segunda edición de esta actividad y aunamos a modo de resumen sus principales contenidos.

Como presidente del CECOVA quiero expresar mi certeza de que los temas elegidos para conformar el programa científico van a desarrollar a la perfección el lema elegido este año. Además, estamos seguros de que esta atractiva fórmula de acercar a Enfermería unos contenidos profesionales en conjunción con un apartado lúdico a bordo de un crucero va a satisfacer a todos los asistentes a la *II Convención de Enfermería en Alta Mar* y a sus acompañantes.

José Antonio Ávila
*Presidente del Consejo de Enfermería
de la Comunidad Valenciana*

II CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

- Bloque I -

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

*Catedrático de Educación para la Salud. Universidad Complutense de Madrid.
Experto en Comunicación.*

“EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO”

“Los profesionales sanitarios curamos a veces, aliviarnos a menudo y debemos consolar siempre”

Se ha dicho muchas veces que la medicina no es una ciencia, sino que se trata de un verdadero arte que en no pocas ocasiones se adereza con la impotencia que todos sentimos a la hora de determinar un diagnóstico de una enfermedad irreversible y para la que de lo único que disponemos es de nuestra capacidad de comunicación afectiva, nuestra personal capacidad de humanización, tratando de ofrecer ese consuelo que tanto necesitan los pacientes y sus familiares y al que nunca hemos de despreciar porque simplemente no venga incluido en el Vademécum. En estas ocasiones, demasiado frecuentes por otra parte, “las medicinas” poco pueden ayudar, mientras que “la medicina” resulta fundamental e imprescindible; es lo que podríamos denominar como “tratamiento” y “trato”.

Hace pocos días, como tantas veces ocurre en el noble arte de la práctica de los profesionales sanitarios, tuve que cumplir la desagradable misión de comunicar a una paciente y su esposo el diagnóstico definitivo de su enfermedad, para la que la medicina no tiene más solución que ayudarles a vivir lo mejor que puedan en compañía de sus hijos, familiares y amigos. Y aquí también tenemos una gran responsabilidad todos los profesionales sanitarios, a pesar de la impotencia que podamos sentir en nuestro interior.

Llama la atención que este tipo de formación brille por su ausencia en la formación de médicos y enfermeros, que en definitiva somos los que tenemos la obligación de acompañar a los pacientes y a su familia en este duro trance de la vida. Poco somos formados en la salud, mucho en la enfermedad y nada para ayudar a afrontar el proceso de la muerte como una de las etapas de la vida, la última, pero una etapa vital al fin y al cabo.

Son varias las fases que los expertos incluyen en el desarrollo de esta dura etapa de la vida, pero de forma resumida los clínicos sabemos por experiencia que las que nunca faltan son las de negación, aceptación, resignación, y resolución. Cada una de estas fases se acompaña de la siguiente, y en todas ellas el profesional sanitario debe estar presente y cercano a las personas que las sufren, que no son otras que los propios pacientes y sus familiares más directos.

Se hace por tanto necesario a todas luces que en el currículum de pregrado, y por supuesto también en el de postgrado y el doctorado, se incluyan las asignaturas de "Comunicación" y "Humanización" en las que se aprenda no solo a dar información a los pacientes, sino a comunicar con ellos y sus familiares, tanto para ayudarles a fomentar su grado de salud, y a mejorarlo y restituirlo ante la enfermedad, como también en los momentos difíciles en los que tienen todo el derecho a conocer la verdad de ese diagnóstico en el que "la medicina" es mucho más importante que todas "las medicinas" del mundo. Pero la verdad tiene muchas caras y se puede ofrecer de muy diferentes maneras, y eso no se aprende sólo por intuición, sino que es necesaria la formación en manos de los expertos en comunicación humana y en humanización. Si realmente queremos "humanizar la asistencia sanitaria", deberemos formar a los profesionales sanitarios en esta importante materia, y especialmente a los profesionales de la enfermería, que desde siempre han demostrado ser el verdadero motor de arranque y empuje del sistema sanitario.

De todos modos, siempre conviene tener presente la máxima inmarcesible de Bérard y Gubler, que recoge los objetivos de los profesionales sanitarios: "curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre", y que el Profesor Laín Entralgo modificara en su día con la siguiente expresión: "curar con frecuencia; aliviar siempre; consolar aliviando, no pocas veces; consolar acompañando, en todo caso".

Tampoco debemos olvidar que los grandes problemas de salud que la especie humana ha tenido que afrontar a lo largo de su historia, han condicionado la sucesión de avances insustituibles en el campo del conocimiento y la tecnología en relación con la enfermedad y la salud del hombre, y sobretodo con el propio proceso de Salud-Enfermedad. Precisamente este acontecer en el tiempo, ha sido la principal razón de que actualmente estén ampliamente desarrollados tanto procedimientos como disciplinas, que aseguran en estos primeros años del siglo XXI una "cantidad de vida" inimaginable hace tan solo cuarenta o cincuenta años. De igual modo disponemos de instrumentos que nos permiten medir y

objetivar esta cantidad de vida, como son los indicadores de la “esperanza de vida al nacer” y las “tasas de morbilidad y mortalidad”.

La ciencia, no cabe duda, ha sido capaz poco a poco de dotar de más años a la vida y así la esperanza de vida está siendo cada vez mayor, a la vez que disminuye la mortalidad general y en innumerables ocasiones hasta la morbilidad. Sin embargo la medicina, entendida en términos generales como la “ciencia” que engloba a los distintos profesionales del Equipo de Salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, podólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc.), se enfrenta cada vez más a la necesidad de contemplar al hombre en sus esferas no sólo biológica sino, y fundamentalmente en este momento, psicológica y social.

Ciertamente los grandes avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud y la enfermedad, unidos a los logros conseguidos en el terreno de las comunicaciones, han tenido repercusiones difíciles de cuantificar en el nivel de vida y bienestar. Pero no es menos cierto el hecho de que paralelamente esto ha conllevado el descuido y el deterioro de las insustituibles relaciones humanas.

Nos hallamos en la “era de la comunicación y la tecnificación” y paradójicamente nos caracteriza la falta de “comunicación interhumana”; somos capaces de acceder a una amplia gama de información en cualquier momento y en un tiempo mínimo y sin embargo la individualización, el aislamiento y la despersonalización forman parte de nuestra vida y de nuestra cultura como tributo a pagar por nuestro cada vez más elevado nivel de vida. En definitiva, mucha tecnificación y poca humanización.

Sin embargo, si reflexionamos acerca de nuestra “calidad de vida” podríamos encontrar acertadas las palabras del Profesor Gracia Guillén, cuando plantea que un indio del Amazonas con su escasa renta per cápita (con todo lo que esto conlleva) o quizá por esto, tiene la posibilidad de vivir su vida con una plenitud y una calidad distinta y probablemente mejor, que un ejecutivo del mundo desarrollado, y lo que es más importante, él puede sentirlo así.

No se trata en absoluto de limitar las fronteras del conocimiento tecnológico y científico, sino de acompañar éste de aquellos aspectos de los que adolece, básicamente la humanización de las relaciones en base a la insustituible comunicación interhumana. Si existe alguna situación en la vida del hombre en la que la humanización (entendida como una especial sensibilidad ante el individuo y sus circunstancias) emerge como una necesidad básica, ésta está sin duda relacionada con el proceso de Salud-Enfermedad.

La dignificación de la relación entre los profesionales sanitarios y el individuo y su entorno familiar constituye una necesidad de primer orden y tan importante como la restauración de la Salud. Continuamente tenemos la oportunidad de comprobar la inseguridad, la angustia y la ansiedad que provoca en el hombre la pérdida de salud; situaciones producidas en los últimos años como los brotes de meningitis C, de hepatitis C, las vacas locas, la gripe aviar y ahora la gripe "A" o la muerte televisada de Ramón Sampredo, entendida por los medios de comunicación social como eutanasia, han puesto de manifiesto que los aspectos relacionados con la salud movilizan continuamente al hombre y cómo la deshumanización y la información impersonal establecida a través de los medios de comunicación no han hecho sino generar una importante alarma social.

Cabría preguntarse a este respecto y a modo de ejemplo, si la emisión televisiva de la muerte de Ramón Sampredo o las muertes también mediáticas de Terry Schiavo, de Eulana Englando o la de Inmaculada Echevarría contribuyeron realmente a humanizar el proceso de la muerte, o incluso si ese era el real objetivo del tratamiento ofrecido por los medios de comunicación a la población general.

Ciertamente la sociedad suele adelantarse al establecimiento de la normativa jurídica pero, ¿hacer pública la intimidad de la muerte es la forma más idónea de humanizar esta última fase del ciclo vital natural? ¿Tiene la población general la información suficiente para asumir ética y razonablemente la información con este tratamiento? ¿Tiene la sociedad derecho a conocer todos los detalles de los momentos más íntimos de la muerte de un ser humano?

Sin duda, cuando reflexionamos acerca de la humanización en la prestación de asistencia sanitaria, nos referimos fundamentalmente a la relación interhumana, basada en la ausencia de elementos mediadores y caracterizada por la comunicación, con sus componentes verbal y no verbal, y por el cuidado del contexto en el que ésta se desarrolla, tema que se abordó en profundidad en la primera conferencia sobre "habilidades de comunicación" y que también está recogida en esta publicación.

Los profesionales sanitarios mantenemos una marcada actitud clínica en nuestro desarrollo profesional, asumimos la eficacia y la competencia como un deber en nuestra profesión, pero con frecuencia solemos descuidar aspectos como la empatía, la cercanía, la amabilidad, la paciencia, el diálogo o la comprensión y por qué no, el cariño. Los currícula de las profesiones sanitarias adolecen precisamente de estos elementos en la formación básica, siendo el profesional autodidacta en lo que respecta a la relación con el individuo y su entorno sociofamiliar.

Humanizar la atención sanitaria y por extensión “el sistema sanitario”, tanto público como privado, consiste en “ponerse en el lugar del otro” para analizar cuales son nuestras expectativas desde esta posición. ¿Qué profesional no ha tenido la vivencia de ser “usuario”, “cliente” o “paciente” en alguna ocasión? ¿Quién no ha tenido a alguna persona de su entorno en esta situación? ¿Quién no ha “sentido” ansiedad, miedo, abandono, prisas, desinterés, impotencia ante la avalancha de problemas de los que nadie parece hacerse responsable?

A buen seguro que los profesionales que nos han rodeado en estas situaciones no han tenido la intención directa de abandonarnos, de tratarnos superficialmente o de generar situaciones que violen nuestra intimidad. Pero lo importante es que así lo hemos percibido y así lo hemos sentido.

La experiencia constituye una fuente de aprendizaje importante en el ámbito de la humanización de la atención sanitaria, aspecto que recoge oportunamente la más importante máxima del “aprendizaje eficaz”: “Se aprende lo que se hace”.

Uno de los aspectos más importantes y de los que más humanizan la atención sanitaria lo constituye la consideración del núcleo familiar del individuo, sano o enfermo. Clásicamente la familia ha sido la gran olvidada en nuestra labor profesional en cualquiera de los niveles asistenciales de nuestro Sistema Sanitario, cuando la experiencia de los años nos demuestra que es nuestra “gran aliada” y especialmente ante las enfermedades crónicas, que en definitiva son las que caracterizan el nuevo modelo de sanidad en España.

Cuando se produce un ingreso en el hospital, la unidad familiar cambia su “hogar” por los interminables, complicados y fríos pasillos de una institución que no conoce y que nadie suele detenerse a explicarle. Su rol social de padre, madre, hermano o hijo se torna en el de “familiar” que interrumpe, molesta y pregunta a los profesionales que trabajan “por” y “para” el bienestar del enfermo. Y todas estas sensaciones concurren con el desconcierto, la ansiedad y la expectación propia de la resolución del proceso.

Sin duda que el profesional es experto en el proceso de Salud-Enfermedad gracias a su formación, pero deberíamos reflexionar sobre el hecho de que la unidad familiar lo es en cuanto a la convivencia con el enfermo y éste, el enfermo, es el mayor experto en convivir con la enfermedad, aunque ninguno de los dos haya recibido formación alguna para desempeñar esta función que desde luego le viene impuesta y nunca es voluntaria.

Probablemente esta falta de conocimiento científico-técnico del enfermo y de la familia es el factor que más debiera hacernos reflexionar a los profesionales

acerca de la necesidad de humanizar el proceso asistencial. En este sentido, el diálogo con el paciente y la familia se convierte en el mejor instrumento de comunicación, dado que nos permite explorar sus sentimientos, experiencias, sensaciones, opiniones y sobre todo sus expectativas, siempre que esté impregnado de la flexibilidad adecuada para ir adaptando el código de comunicación, el canal e incluso la información a las características, necesidades e idiosincrasia concreta de cada paciente y cada contexto sociofamiliar en cada momento.

Por otra parte la retroalimentación o feedback que se establece así entre el profesional y la unidad paciente-familia, es el elemento que caracteriza el proceso de comunicación interhumana, diferenciándolo de la simple transmisión de información, fría e impersonal. (Figura 1).

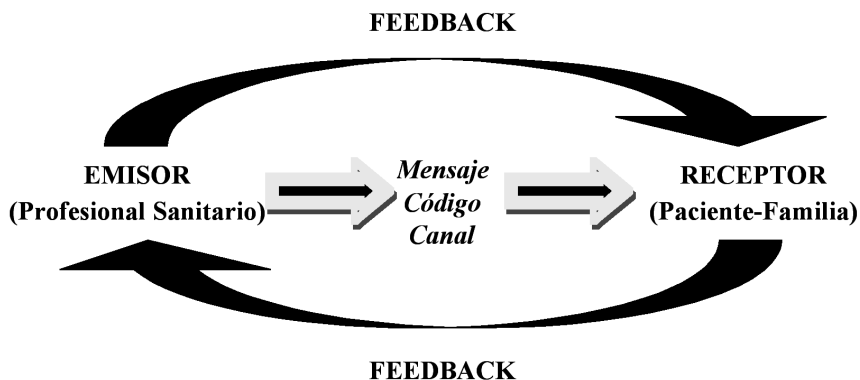


Figura 1.- Elementos del Proceso de Comunicación Interhumana

En el esquema anterior, tanto el profesional como el paciente y la familia intercambian continuamente su posición como emisores y receptores en el proceso de comunicación, alternando la transmisión de información a través del proceso de la escucha activa, facilitando de este modo el verdadero proceso de "humanización".

No obstante este proceso de comunicación dinámico puede verse alterado por distintos factores, siendo la "percepción" el que aparece con más frecuencia y muchas veces sin darle la importancia que realmente merece. No debemos olvidar que se trata de un proceso de comunicación interhumana, es decir, entre personas distintas, individuales e irrepetibles que percibimos lo que vemos y escuchamos de acuerdo a factores de tipo individual, como son nuestras propias

experiencias, nuestra información previa, nuestro nivel cultural, nuestras creencias, nuestros valores, etc.

Bien podríamos denominar a la percepción como el “virus de la comunicación” que contamina el proceso de comunicación y que no es posible eliminar pero que, afortunadamente podemos detectar gracias a la retroalimentación o feed-back, y que podemos también controlar a través de la escucha activa y en base a la reflexión frente al hecho de que “lo verdadero no es lo que dice el emisor, sino lo que ha entendido el receptor”.

Por otra parte no cabe duda de que la comunicación interhumana no se produce solamente a expensas de la comunicación verbal, sino que el componente de comunicación no verbal con su gran fuerza expresiva hace “que no sólo hablen las palabras”. Ciertamente nuestro aspecto personal, los gestos, la expresión del rostro, la mirada, la sonrisa, el tacto, el tono de voz o la postura que adoptamos son elementos capaces de dar fuerza a nuestras palabras o de restarles credibilidad, de reforzar o de robarnos la confianza del paciente y la familia. En definitiva, de humanizar y dignificar el proceso asistencial o convertirlo en una simple relación entre quién presta un servicio y quién lo recibe.

También el entorno que nos rodea forma parte de nosotros, es un espejo que muestra quienes y cómo somos; el espacio en el que realizamos nuestra actividad asistencial debe ser considerado como parte de nuestra comunicación no verbal y como elemento integrado en el proceso de comunicación interhumana, y por tanto como elemento decisivo en la dignificación de nuestra relación con el paciente y la familia. Toda la pericia comunicativa de un profesional, se reduce a nada cuando comunica la muerte de un paciente a su familia en la puerta de calle del servicio de urgencias o mientras caminan por un pasillo. La ira, el llanto, la desesperación o la impotencia son reacciones humanas ante la muerte de un familiar pero, ¿es humano el contexto en el que la familia toma conciencia de la muerte de su hermano, o de su hijo, o de su padre...?

Nos resulta difícil humanizar la asistencia sanitaria, y sin embargo es importante recordar que es uno de los factores más valorados por el usuario en general a la hora de expresar su grado de satisfacción frente a la atención recibida, así como el hecho de que no requiere de gasto económico alguno, algo que siempre resulta importante para los gestores de nuestro sistema sanitario público.

Podríamos hacer una reflexión autocrítica y un esfuerzo por “ponernos en el lugar del otro”. ¿Cuánto cuesta, por poner un ejemplo, levantarnos a saludar y estrechar la mano de un paciente cuando entra en la consulta? Económicamente

no supone ningún coste y sin embargo su rentabilidad desde el punto de vista de la atención de calidad es incalculable, proyectándose sus beneficios incluso a aspectos tan importantes como la credibilidad en el profesional o la adhesión al tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico; en definitiva contribuye a mejorar el cumplimiento terapéutico.

Deberíamos también plantearnos por qué no son dos las sillas al “otro lado de la mesa” en todas las consultas, una para el paciente y otra para el acompañante, y en el mismo sentido por qué “el otro lado de la mesa” no es también nuestro propio lado de la mesa, sobre todo en ocasiones en las que la humanización es tan necesaria por requerida, aunque sin palabras generalmente. La personalización es una de las claves de la humanización; nada hay tan personal para una persona como su propio nombre, y nada hay tan sencillo como leer este dato y alguno más antes de recibir a un paciente. Todos recibimos con agrado que los demás se interesen por “nuestras cosas”: que se interesen por la salud de los nuestros o que nos feliciten por algún éxito o acontecimiento reciente; en definitiva nos gusta que se nos tenga en cuenta y que se personalice en el trato con nosotros. Todos necesitamos fortalecer, de algún modo, la “autoestima”.

Si el nombre es estigma positivo de personalización para un individuo, podríamos decir que el pijama y las batas de exploración que habitualmente se utilizan en nuestros hospitales es la antítesis de la personalización, de la humanización y de la dignidad para cualquier persona que se haya visto en la necesidad de tener que “vestirse” con ellos. A buen seguro que el responsable de que esta reliquia ancestral permanezca en nuestra sanidad actual no ha probado nunca a utilizarlo. Si lo hubiera hecho, incluso en la intimidad de su hogar, los pijamas de los hospitales no serían tan humillantes y contribuirían a dignificar la situación de enfermedad tanto para el paciente como para su entorno sociofamiliar.

El tiempo que dedicamos a cada paciente es otro elemento básico que contribuye a la humanización en la atención sanitaria. Como casi siempre que reflexionamos en torno a la humanización, no existe un estándar válido capaz de responder a todas las situaciones asistenciales. Sin embargo el conocimiento y la relación continua con nuestros pacientes, sí nos dan una pauta fiable del tiempo necesario en cada caso: las personas son distintas y el tiempo que necesitamos dedicar a cada una, también lo ha de ser.

En este sentido la consulta programada debería favorecer esta necesidad, pero sin embargo la burocracia y la deshumanización marcan estándares idénticos, sin valorar el tipo ni el motivo de la consulta. Esta es la razón por la que,

en muchas ocasiones, el profesional se ve obligado a finalizar la consulta educadamente mirando insistentemente su reloj o poniéndose en pié, aún a sabiendas de que el paciente reclama más tiempo, aunque de nuevo sin palabras.

En este círculo cerrado, la atención al resto de pacientes con consulta programada se ve retrasada, a veces más de 30 minutos, con la consiguiente insatisfacción de quién no sólo espera, sino que lo hace en unas condiciones que en nada contribuyen a hacer esa espera más llevadera y agradable.

Ciertamente las salas de espera muestran una absoluta ausencia de elementos y detalles que favorezcan la comprensión y la flexibilidad ante lo que hacemos en ellas: esperar. La incomodidad de los asientos, las paredes desnudas, o en el mejor de los casos, con algún cartel que avisa, advierte o prohíbe, la estrechez de la sala, el sonido que quiere sustituir a una amable voz humana que diga "pase el siguiente, por favor" y la falta de alternativas con las que ocupar el tiempo, no constituyen realmente un entorno adecuado para quien pretende resolver un problema de Salud, con el componente psicoafectivo que esto implica, y para quien percibe además que no se le dedica el tiempo que esperaba, que no se le escucha adecuadamente, que prácticamente no se le ha mirado a los ojos; sin embargo de lo que sí ha estado muy pendiente el profesional ha sido de atender el teléfono tantas veces como ha sonado, de las interrupciones en la consulta para dar algún recado, del número de pacientes que aún esperan en la sala y del reloj que marca el consumo de tiempo.

Humanizar la atención sanitaria y favorecer la vivencia saludable de la enfermedad implica demostrar al paciente y su familia que se comprende su situación, no solo desde un punto de vista científico-técnico, sino también humano; implica favorecer que esta situación no resulte más gravosa por el contacto con la institución sanitaria y sus profesionales.

Disponer en las salas de espera y al servicio de todos de guías, libros o folletos con ánimo educativo, en los que se aborden temas de interés general relacionados con la Educación para la Salud, o instalar un monitor de televisión donde se pasen vídeos con el mismo ánimo educativo, o actualizar los carteles informativos, o cambiar las advertencias y prohibiciones por un "Agradecemos su colaboración", o llamar al paciente por su nombre y saludarle estrechándole la mano, o asegurar la privacidad para darle cualquier tipo de noticia, o incluso ofrecerle un vaso de agua y tiempo para que se reponga y pueda salir con dignidad de la consulta, o utilizar un lenguaje asequible y favorecer la expresión de todas sus dudas y opiniones, son solo algunas alternativas que ayudan a lograr

una vivencia más positiva y saludable de la enfermedad. ¿Cómo nos gustaría ser tratados en situaciones similares?

Son aspectos, los analizados hasta el momento, que constituyen esos “pequeños detalles” tan importantes para dar respuestas humanas ante la enfermedad. Un colega médico, reflexionando al respecto en uno de nuestros cursos de Comunicación y Humanización, nos hacía partícipes de su reflexión personal: “a partir de mañana y gracias a lo que hemos aprendido, cada paciente será para mí como si fuera mi padre”.

Realmente humanizar la atención sanitaria no es otra cosa que responder y actuar como nos gustaría que hicieran con nosotros mismos, evitando cualquier “pequeño” detalle que pudiera herir nuestra autoestima, nuestra dignidad, nuestro derecho y, en definitiva, nuestra condición inexpugnable de “humanos”.

No cabe duda de que la falta de entrenamiento en comunicación verbal y no verbal es un handicap común a la mayoría de las profesiones sanitarias, razón por la que entendemos urgente y necesario que los distintos programas de formación básica, de postgrado y doctorado aborden este ámbito, tanto desde la Universidad como desde el Sistema Sanitario a través de los Servicios de Formación Continuada de la Atención Primaria de Salud y de la Atención Especializada. Con profesionales debidamente entrenados en Comunicación Eficaz Interhumana, se hará mucho más fácil conseguir el objetivo de “humanizar nuestro sistema sanitario”, al que todos pertenecemos y al que todos debemos proteger y enriquecer.

Y no se entienda que solo he tratado el tema en relación a nuestro Sistema Sanitario Público, especialmente porque la Sanidad y la Salud en definitiva se construyen también desde la esfera del ámbito privado y trabajando conjuntamente, al menos en cuanto a nuestro objetivo de “humanización”. Pero en este sentido cabe recordar que cuando acudimos a los barómetros del CIS, mientras que la calidad científico-técnica, es decir, la tecnificación, siempre está muy bien valorada por los ciudadanos y a veces sin grandes diferencias entre “la privada” y “la pública”, no sucede lo mismo cuando se pregunta sobre la “humanización”, mucho mejor valorada en el Sistema Sanitario Privado, donde el objetivo fundamental es “conseguir nuevos clientes y fidelizar los existentes”. ¿Sabemos los profesionales sanitarios “vender” nuestra formación, nuestra experiencia, nuestra calidad y en definitiva nuestros valores profesionales?

Y sobre todo convendría reflexionar, ahora que todo el mundo habla de la crisis económica, sobre el hecho de que la “humanización” del Sistema Sanitario,

público y privado, no necesita de grandes recursos económicos, sino que se trata de una verdadera inversión en formación de valores y sobre todo de "actitudes" de todos los que formamos ese gran "equipo de salud y enfermedad", en el que los profesionales de la enfermería debemos seguir jugando un papel esencial.

“HABILIDADES DE COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE ÉXITO PERSONAL”

“Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces, entonces estás peor que antes”

Milagros, 79 años, diagnosticada de hipertensión arterial, artrosis, degeneración macular asociada a la edad, macroglobulinemia de Valdenström y obesidad, acude a la consulta por padecer disnea de grandes esfuerzos y es enviada al especialista de aparato digestivo y al de cardiología. La cardióloga, profesional de vasta experiencia la dice textualmente y sin mirarla mientras escribe en su ordenador de bolsillo: “Señora lo que le pasa a usted es que está demasiado gorda y tiene que adelgazar rápidamente porque de lo contrario puede usted empeorar y poco podemos hacer. Cuando llegue usted a su casa se mira al espejo y verá lo gorda que está. Tiene que adelgazar 20 kilos en tres meses”. Milagros fue acompañada de su esposo Francisco, al que desde luego la cardióloga ni miró durante los 5 minutos que duró esa “entrañable consulta”.

Hombre de 81 años que acude a la consulta de enfermería a realizarse un electrocardiograma. Además de su hipertensión arterial y su diabetes, lo que le pasa a Andrés es que está un poco torpe y que le cuesta muchísimo hacer determinados ejercicios como el que requiere subir a una camilla que está demasiado alta para él. Mientras lo intenta, la enfermera sigue escribiendo en el ordenador y finalmente cuando se da la vuelta y ve a Andrés casi de rodillas en la camilla le dice: “Pero hombre, que hace usted, que se tiene que tumbar boca arriba y no ponerse de rodillas. Esa postura es para el urólogo cuando le tenga que explorar la próstata pero aquí le vamos a hacer un electrocardiograma”. Andrés no acudió solo a la consulta. Le acompañaban su esposa Ana y su hija Feli, pero la enfermera les dijo que no era necesario que entraran porque ya había demasiada gente dentro. Claro que la misma enfermera se encargaba de dos camillas, eso sí separadas por un minúsculo biombo de tela.

Cinco y media de la madrugada. Victoria esperaba la visita de la matrona mientras le acompañaba en la sala de dilatación su esposo Mario. Era su primer hijo y estaban especialmente ilusionados; conocían al dedillo todo lo que sucedía en cada momento porque habían acudido y con mucho interés a todo el curso de parto que le ofrecieron en la aseguradora privada a la que estaban asociados. Ahora se encontraban en un gran hospital privado de la compañía. Acude la matrona y le dice a Victoria que está de parto y que se la llevan al paritorio. Mario se levanta de la silla para acompañarla, pero la matrona le dice que no puede pasar todavía y que de momento se ponga una bata, un gorro y unos calzos que encontrará fuera de la sala y que espere a que le avisen. Pasan 30 minutos y Mario solo escucha los gritos de dolor de Victoria, a pesar de que les explicaron que le aplicaban anestesia epidural. De pronto sale un celador del paritorio y gritando le dice a Mario que pase rápidamente si quiere ver nacer a su primer hijo. Cuando Mario llega al paritorio solo puede asistir al periodo de expulsión.

Raquel de 65 años acude, acompañada de su marido, al Servicio de Urgencias de un gran hospital tras haber sufrido una caída al ir a cruzar la calle. Alguien vestido de blanco, que desde luego no se identifica, le pregunta que la sucede y le dice: "Pase al segundo box de la izquierda y quítese toda la ropa y luego se tapa con la sábana y espera que la vea el médico". Mientras tanto al marido le pide que identifique a su esposa con la correspondiente tarjeta sanitaria en el mostrador de recepción de urgencias. Tras dos horas de larga espera en la camilla, acude una mujer joven que viste pijama azul y que tampoco se identifica y le pregunta de nuevo por lo que la sucede. Mientras Raquel intenta explicarse, la "profesional" comienza a explorarla y muy sorprendida dice: ¡¡¡¿Pero señora, no le han dicho que se tenía que quitar toda la ropa?!!! ¡¡¡Haga el favor de quitarse las bragas y el sujetador también!!! Raquel la dice que lo único que le duele es la rodilla que es donde se ha hecho una herida al caer. Mientras, su esposo Eduardo sigue esperando en la sala de espera sin que nadie le haya dicho otra cosa que no sea pedirle la tarjeta sanitaria.

Se trata solo de cuatro casos aislados pero que como todos, tienen un nombre propio y corresponden a una historia personal. ¿Qué opinión tendrán después de ser atendidos Milagros, Andrés, Victoria y Raquel?, ¿cuál será su opinión del Centro, público o privado, de atención primaria o especializada?, ¿qué pensarán de la profesionalidad de aquellos que les han atendido, sean celadores, médicos o enfermeros?. Pero sobre todo, ¿qué pensaríamos nosotros de estas

cuatro situaciones si no fuéramos profesionales sanitarios?; o ¿por qué no?, ¿qué pensaríamos si nosotros fuéramos los socios capitalistas de la empresa que atiende de este modo a sus potenciales clientes?; ¿qué decisión tomaríamos si tuviéramos la responsabilidad directa de cuanto ha sucedido en estos cuatro ejemplos?

Y como digo, al menos desde mi experiencia profesional como enfermero y como médico, aunque también como usuario, se trata solo de cuatro ejemplos, pero totalmente ciertos y por desgracia demasiado frecuentes. Casos como los de Milagros, Andrés, Victoria y Raquel como usuarios, clientes o pacientes se dan todos los días con nombres y apellidos, aunque casi siempre queden en el anonimato de un “libro de reclamaciones”, que cuando existe pocas veces es atendido como se merece. Pero también se dan con frecuencia casos como los de Francisco, Ana y Feli, Mario y Eduardo, que aunque olvidados por el propio Sistema, tanto público como privado, son los que comparten sus vidas con los primeros y que como “familia” también deberían ser entendidos como “clientes”. Al menos, seguro que estas premisas se tienen y se respetan totalmente en cualquier ámbito social y comercial de la vida, que no tenga nada que ver con la salud y la enfermedad.

¿Tendrá éxito una empresa que permite estas situaciones? Pues parece que sí, a pesar de la crisis económica, sencillamente porque son empresas que trabajan con algo tan preciado para todos como es nuestra propia salud. Pero, ¿tendrán éxito los profesionales protagonistas de estas historias? Pues también parece que sí, por la misma razón y sobre todo porque adolecen de la formación suficiente para reflexionar en otro sentido que no sea el del “deber cumplido”. Entonces, deberíamos reflexionar sobre qué tenemos que entender por “deber cumplido” y seguro que habrá opiniones para todos los gustos.

¿Dónde queda entonces la vocación y la entrega que, en mi opinión, se debe exigir a cualquier persona que “libremente” haya decidido dedicar su vida a una noble profesión como la de salud y la enfermedad?

Si hiciéramos un análisis, que bien pudiéramos haber encargado a cualquier empresa de consulting o de auditoría externa, seguro que acabaríamos concluyendo que los cuatro ejemplos tienen, además de un desarrollo similar, un denominador común en cuanto a su origen: una falta de vocación profesional, pero sobre todo un claro déficit de formación tanto en comunicación eficaz interhumana como en humanización. Son éstos, dos aspectos que tienen presente tanto El Corte Inglés como cualquier otra empresa por pequeña que sea, con el fin de conseguir su éxito empresarial y el personal de su plantilla. Claro, que el éxito

personal de sus trabajadores se verá impregnado del éxito empresarial y viceversa, y de darse esta situación, el más beneficiado será “el cliente” que en definitiva es quién decide donde comprar en cada momento. ¿Podemos nosotros, como titulares de la tarjeta sanitaria, elegir? Bueno, ahora nos dicen los políticos que sí, que podremos elegir, pero ni ellos mismos saben muy bien como lo vamos a poder hacer.

En definitiva, se trata de una clara falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios, y especialmente en nuestro caso los de enfermería, tanto en comunicación como en humanización, los dos aspectos que el Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, me ha pedido que desarrolle en esta II Convención de Enfermería en Alta Mar. En este caso, me centraré en la necesidad de desarrollar unas adecuadas “habilidades de comunicación como herramienta de éxito personal” y cómo hacerlo, pero sin olvidar que la comunicación y la humanización no pueden ser nunca entendidas como dos áreas estancas, y no solo en la sanidad.

Lo mejor para poder aprender con eficacia cualquier cosa en la vida, es tratar de reflejarse en la experiencia de quienes son expertos en la materia que deseamos practicar. En este caso, en el de la “comunicación”, mi larga experiencia cerca de grandes profesionales de los medios de comunicación social, me ha ayudado y mucho, a reflexionar ya no sólo en la forma de practicar, sino en algo mucho más importante como es la importancia de los valores y los principios éticos de la comunicación eficaz interhumana.

Independencia, pluralidad y rigor, son las tres claves esenciales que cualquier medio de comunicación debería defender en aras al derecho que todos tenemos y que nos garantiza nuestra Constitución, de recibir una información adecuada y real en cada momento. También son los valores que deben garantizar que esa información sea veraz y que no esté impregnada de oscuros intereses comerciales, profesionales o personales. Y sin duda son los tres principios a los que cualquier profesional responsable de un “medio” hace gala para defender la “libertad de expresión”. Por supuesto que han de ser estos mismos principios los que deben marcar la relación de comunicación entre los profesionales sanitarios y la población, y los que deben garantizar el derecho a la información oportuna y puntual en relación con la salud y la enfermedad. Y entre otras cosas, este objetivo puede ser alcanzado gracias al trabajo, el tesón, el esfuerzo y la honestidad, valores por otra parte, bien pudieran estar en crisis entre nuestros jóvenes, algunos de ellos futuros profesionales sanitarios.

Doy por hecho que cualquier persona que desee obtener “un éxito personal y profesional” trabajará duro, con gran esfuerzo y con tesón y sobre todo con honestidad. Pero para conseguir comunicar con independencia, con pluralidad y con rigor, es necesario un entrenamiento adecuado en habilidades de comunicación. Y como decíamos ya en la I Convención de 2008, en comunicación no hay trucos ni milagros; el comunicador “no nace”, sino que “se hace” gracias al entrenamiento en habilidades de comunicación social, una de las grandes asignaturas pendientes del sistema sanitario, unida a la de “humanización”, que trataremos en la segunda conferencia.

Ahora que por fin Enfermería pasa de ser un “diploma universitario” a ser un “grado universitario” con la posibilidad de alcanzar el doctorado, continúan los expertos del “proceso de Bolonia”, sin entender que la formación en comunicación y humanización deberían no sólo ser obligatorias sino troncales en todas las Universidades, si realmente queremos unos profesionales de enfermería que sepan de Anatomía, de Fisiología, de Farmacología, de Patología... y que desde luego sepan aplicar cuanto saben a los destinatarios finales que son “personas humanas”, es decir, son individuos personalizados que objetivan la salud y la enfermedad de forma diferente en cada caso.

Debería tratarse de un entrenamiento en “habilidades de comunicación social” con el fin de alcanzar el éxito como profesionales de enfermería que debería estar centrado tanto en la comunicación verbal, como la no verbal y la escrita a todos los niveles. Una formación con una sólida base teórica por supuesto, pero centrada especialmente en el entrenamiento práctico de las habilidades personales de cada uno de nosotros como potenciales comunicadores. En grupos pequeños, no más de 10-12 personas, en los que todos sin excepción podamos tener un acceso, libre por supuesto, a los ejercicios necesarios para potenciar nuestras personales habilidades en comunicación.

Pero... ¿en qué se diferencian las habilidades en comunicación para un profesional de enfermería, de las de un profesional de los medios de comunicación social, de las de un abogado, un economista, un ingeniero informático, o un padre o una madre de familia? En mi modesta opinión, basada desde luego en la experiencia y la evidencia, en nada en absoluto, porque una cosa son las habilidades para comunicar y otra muy diferente es como aplicarlas en cada contexto de la vida.

Quién aprende a comunicar con un “código” adecuado para que sus pacientes puedan entenderle, seguro que será capaz de hacerse entender luego con sus

hijos o sus amigos o cuando vaya a pedir la carta en un restaurante. Quién aprenda la importancia que cobra el “feedback” en el proceso de comunicación eficaz, seguro que no se olvidará de escuchar a sus pacientes y a sus familiares, y también tendrá presente la importancia de la escucha activa luego en casa con sus hijos. Quién acepte que la “percepción” es el verdadero virus del proceso de comunicación y que puede ser la causa de los “malos entendidos”, conseguirá muchos más éxitos en su trabajo como profesional de enfermería, pero también cosechará innumerables beneficios en su vida personal y familiar. Y en definitiva, el profesional de enfermería que sea capaz de aprender a valorar la necesidad de comunicación de cada uno de sus pacientes, tanto en la salud como en la enfermedad, también lo hará cada día con sus amigos o su familia y en definitiva contribuirá no sólo a su éxito como profesional, sino como persona.

Dicho de otro modo, lo que procede hacer en mi opinión, tanto en este caso de entrenamiento en comunicación como en el de la humanización, es formar a “personas” en estas materias olvidadas tanto por la Universidad como por la Sanidad, pública y privada. Si conseguimos “personas” entrenadas en comunicación y humanización, seguro que serán buenos periodistas, buenos economistas, buenos abogados, buenos informáticos y excelentes padres y madres de familia. Y si además estudian Enfermería por y con vocación, y cuentan con profesores debidamente entrenados, seguro que serán los mejores profesionales de enfermería: “independientes”, “plurales” y “rigurosos”, aunque para ello habrán tenido que trabajar con tesón, esfuerzo y honestidad.

Un profesional de enfermería deberá estar adecuadamente formado por tanto, en habilidades de comunicación eficaz para poder beneficiarse de este entrenamiento en los distintos ámbitos de aplicación de su profesión. Reflexiones sobre algunos ejemplos en este sentido:

- En la consulta de Atención Primaria, donde gracias a la “entrevista clínica” debe aplicar su conocimiento y habilidades para conseguir convencer a la población general de lo importante que es proteger la salud, sobre todo cuando el “receptor” de su “mensaje” no está motivado sencillamente porque no se encuentra enfermo o incluso porque no lo está. Se trata de desarrollar verdaderos programas de Educación para la Salud para “personas sanas” o “presumiblemente sanos”.
- En el Centro de Salud, donde tiene entre sus objetivos el hecho de conseguir aumentar el índice de población protegida por las vacunas y especialmente en el caso de la Gripe y en breve frente a la Gripe “A”.

- En la consulta de Atención Primaria, cuando se enfrente a la necesidad de mejorar el “cumplimiento terapéutico” sobre todo en las personas que padecen una enfermedad crónica, donde como hemos dicho en otras ocasiones, la familia de los pacientes juega un papel esencial a pesar de seguir siendo olvidada.
- En las salas de hospitalización, donde las personas que están ingresadas necesitan una cercanía de quién les atiende, igual que cuando se encuentran en cualquier otra situación de peligro e incertidumbre ante lo desconocido.
- En el Servicio de Urgencias, en la sala de exploración, donde sigo sin entender desde hace muchos años la razón, científica o de logística, para que no pueda acompañar al paciente alguna persona de su entorno.
- En el Servicio de Urgencias, en la sala de espera donde la incertidumbre y el miedo de los acompañantes de los pacientes, se acrecienta por minutos y se “contagia” como consecuencia de la falta de profesionales debidamente entrenados en habilidades de comunicación, pero que ante todo sean profesionales sanitarios que “saben de qué hablan y comunican”. Lo demás, no dejan de ser experiencias basadas en una gestión economicista, que a pesar de obtener resultados a corto plazo, no consiguen en definitiva mejorar el grado de satisfacción de los usuarios del Sistema.
- Cuando el profesional sanitario habla por teléfono, sin tener en cuenta que también puede “comunicar” a través de este medio siempre que esté debidamente entrenado. El teléfono no sólo es un avance que nos facilita ponernos en contacto, sino que en muchas ocasiones puede resultar nuestro aliado. Pocas son las personas que a priori aceptarían que es posible percibir una sonrisa cálida o un momento de tristeza a través del teléfono.
- O bien cuando desde su responsabilidad como miembro de un equipo de gestión o dirección toma la decisión de incorporar a la plantilla de “telefonistas” a personas que descuelgan el teléfono y a veces atienden las llamadas mientras suena una música de fondo o una disco con diversas voces grabadas, en lugar de verdaderos profesionales entrenados en la comunicación telefónica, al no tener presente que muchas veces es la primera y la mejor tarjeta de presentación del Sistema Sanitario, tanto público como privado, o de nuestra imagen personal y profesional.
- En cualquier ámbito de su profesión, donde debería recordar en cada momento que la personalización y la individualización en la comunicación

hace que ésta se convierta precisamente en “eficaz”: llamar al paciente por su nombre, recibirle en la puerta de la consulta, despedirle de igual manera. Por cierto, ¿cómo recibimos nosotros en casa a una persona y cómo le despedimos? ¿De verdad es necesario recibir un entrenamiento para ser educados socialmente hablando?

- En el momento en el que como profesor se ha de dirigir a sus alumnos, potenciales profesionales de enfermería, trasmitiéndoles el rigor de su experiencia y de la evidencia clínica, pero con un gran entrenamiento en habilidades de la comunicación en el ámbito de la docencia. De igual modo, cuando se trata de una tutoría en la Universidad o bien en la formación práctica en el hospital o el centro de salud.
- Cuando trata de conseguir una información rigurosa a través de Internet. Porque “no todo lo que reluce es oro” y por supuesto no todo lo que aparece en Internet tiene por qué ser riguroso. Por eso un entrenamiento en este sentido hace que el profesional esté al día en cuanto a la utilización del “Hon Code” como código internacional que nos ayuda a filtrar las noticias científicas en Internet.
- En los Congresos, Jornadas, Cursos, en definitiva en cualquier evento científico donde el profesional de enfermería, además de saber, debe saber comunicar lo que sabe. Y no sólo se trata de preparar un “buen power point” sino de que sea tan bueno que sirva realmente como “ayuda y no como sustituto” de quién está en el uso de la palabra. La experiencia práctica en el tema es fundamental, pero también resulta imprescindible si queremos cosechar un nuevo éxito profesional y personal, el tono de voz, el ritmo de nuestra exposición, los silencios, la invitación a la reflexión, el buen uso de los medios audiovisuales y el control de los micrófonos, además de ofrecer la imagen que cada uno hayamos decidido transmitir. Pero cuando alguien habla en público, al igual que cuando le habla a un hijo o a un amigo, o incluso al jefe cuando quiere pedirle más vacaciones o un aumento de sueldo, debe saber “cómo empezar”, “tener argumentos suficientes” y “saber acabar”. Tres elementos esenciales en el entrenamiento de un buen comunicador.
- En el medio escolar, donde cada vez se hace más necesaria la presencia de los profesionales de enfermería, pero debidamente entrenados tanto en los problemas cotidianos de los escolares, como en la forma de comunicar no solo con ellos, sino también con los profesores, los tutores y los padres de

los niños. En este caso, nuestra población diana serán los niños, mientras que los padres, los maestros y los tutores, configurarán nuestra “población de influencia” que nunca olvidaremos si queremos conseguir el éxito en nuestros objetivos.

- En las conferencias o charlas de divulgación hacia el público en general, en las que primará el objetivo que se pretende cubrir con una población diana en particular. Y es que a veces no resulta fácil explicar por ejemplo, las razones que pueden existir para que las personas mayores de 65 años no estén dentro de las poblaciones que se han de vacunar contra la Gripe A. Y si nos preguntan al final de la conferencia: ¿Cambiarán sus argumentos si aparecen casos de muertes entre los mayores de 65 años? No se trata sólo de estar bien entrenados en comunicación, sino que además tendremos que saber qué decir, a quién, cómo, donde, cuando y sobre todo por qué decirlo.
- En una “mesa redonda”, cuando el profesional de enfermería es requerido para que haga de “moderador”. Si un moderador solo debiera preocuparse de “dar y quitar” la palabra a sus invitados-expertos a la mesa redonda y “controlar el tiempo” de cada exposición, cualquiera de mis hijos, uno economista y el otro informático, también podrían “moderar” la mesa y seguro que mejor que yo, entre otras cosas porque son mucho más “moderados”. Un buen moderador, y siempre en mi modesta opinión, debe estar entrenado en las habilidades de comunicación específicas en este ámbito para que sea capaz de demostrar que además de ser un gran experto en la materia que ha de moderar, lo es también a la hora de presentar a sus invitados, dar paso a sus exposiciones, retomar el tema cuando hayan terminado y garantizar la participación de las personas que forman parte del auditorio, en definitiva los “oyentes” y “escuchantes activos” de esa mesa redonda. Y sirva este ejemplo también para Paneles de Expertos, Seminarios, Talleres, Jornadas, etc.
- Cuando tengamos la responsabilidad de presentar un acto oficial. Ni siquiera en estas circunstancias debemos dejar las cosas al azar, sencillamente porque “hasta las improvisaciones deben ser previamente preparadas”. Prepararemos a conciencia el discurso, nuestras palabras, nuestros argumentos y en definitiva nuestros objetivos. Y trataremos de conocer todo lo que sea posible acerca de los componentes de la mesa de inauguración, así como todo lo relacionado con el protocolo oficial. No sería la primera

vez que un acto oficial se viene al traste por un error de protocolo, a pesar de haberle dedicado un sinfín de horas a su organización.

- Cuando hemos de presentar a un conferenciante, nuestro invitado de honor en todo caso. Tan malo es ser demasiado breve, como explayarse leyendo prácticamente la totalidad de su currículum. Hay personas que creen que lo mejor es decir: “Bueno, nuestro invitado de hoy no necesita presentación”. ¿Cómo que no la necesita? ¿No le gustaría a usted que le presentaran después de haber dedicado tanto tiempo a su conferencia y su viaje? Otras personas prefieren leer renglón por renglón el currículum que previamente han solicitado al conferenciante, cuando lo ideal y lo recomendable es presentarle como si fuera alguien de la familia; experto, investigador, excepcional, pero familiar. Y para ello no es necesario leer, pero sí que es imprescindible dedicarle tiempo y cariño. Y esto también debe formar parte del entrenamiento en habilidades de comunicación.
- En un programa de radio o de televisión, donde será el protagonista de la noticia en un momento dado. Una situación en la que deberá ser entrenado para fomentar la “alerta”, pero no la “alarma social”, como sucede en tantas ocasiones cuando de la enfermedad se trata. Es conveniente tener presente cuando participemos en cualquier medio de comunicación que nuestro objetivo debe ser claro: “hacer fácil a los demás lo que para nosotros fue realmente difícil”. Se trata por tanto de destacar como profesionales, pero no porque nuestro “código” sea inalcanzable para la gran mayoría de la población, sino por todo lo contrario aún a riesgo de llegar a ser criticados por nuestros compañeros de profesión.
- Cuando se hacen unas declaraciones para un “medio escrito”, periódico, revista o página de Internet, siempre deberemos tener presente “la población diana” a quién en definitiva va dirigido nuestro “mensaje” para establecer el “código” de comunicación más acertado en cada momento.
- A la hora de diseñar una “rueda de prensa”, una “nota de prensa” o un “comunicado de prensa”. Cada uno de estos aspectos siendo distintos en cuanto a su formato, también lo son en cuanto a los objetivos que pretendemos alcanzar y en muchas ocasiones conforman lo que se puede denominar como “plan estratégico de comunicación” que forma parte como es lógico de la “Comunicación Externa” de la institución que representamos en ese momento.
- En el desarrollo de su profesión como miembro de un equipo de gestión o dirección, donde ha de poner en marcha su capacidad de liderazgo al

tiempo que formar parte de la estrategia de “Comunicación Interna”. La comunicación resulta del todo esencial e imprescindible en un programa de formación de líderes en cualquier aspecto de la vida y en la sanidad y en particular en la profesión de enfermería, también.

- O Sencillamente cuando nos encontramos en cualquiera de los ámbitos sociales de nuestra vida personal, con la familia o con los amigos, para los que seguimos siendo “profesionales de enfermería” que sin duda podremos influir de distintas formas en su concepto de salud o enfermedad. Se trata de la “influencia informal” que todos ejercemos como profesionales sanitarios en la población general cuando no estamos desarrollando realmente nuestra profesión, pero que muchos olvidan o no tienen en cuenta, por falta de entrenamiento en este importante aspecto de la comunicación eficaz interhumana.

Hemos pasado, aunque muy de puntillas, por algunos de los aspectos que me parecen fundamentales y que siempre deberían estar presentes en cualquier programa de “entrenamiento en habilidades de comunicación” para un profesional de enfermería. Veamos ahora, aunque también de forma resumida los puntos esenciales que a mi juicio, siempre se dan en cualquiera de los procesos de comunicación como los mencionados en este trabajo.

- *El contenido:* se trata realmente de “nuestro guión”, que debe estar apoyado en una serie de argumentos que son los que dan solidez a nuestra exposición. Esto sin duda se consigue con el esfuerzo, el trabajo, el tesón y especialmente con el estudio y el entrenamiento de nuestra profesión. El contenido siempre debe ajustarse a las necesidades de quienes nos invitan y a las de la población diana de nuestro proceso de comunicación y como es lógico debe siempre ajustarse al tiempo que nos hayan ofrecido para la exposición.
- *La puesta en escena:* Como si de una obra de teatro se tratara, hemos de aceptar que un buen comunicador debe hacer las veces de intérprete. Así pues debe decidir, no sólo que ropa vestirá y por qué, sino que formato es el que cree más adecuado para cada ocasión: diapositivas en power point, retroproyector con transparencias, pizarra, atril o bien únicamente con su expresión corporal y su comunicación verbal y no verbal. Pero sea como fuere, también ha de decidir si hablará desde el atril, desde la tribuna, desde la mesa o si prefiere bajar al salón y estar más cerca de sus espec-

tadores. Y esto no significa que solo una forma es la más acertada. Cada una estará indicada en determinadas ocasiones, pero para acertar, lo mejor es estar adecuadamente entrenados en la materia.

- *La imagen personal y profesional:* Sí ya sé que de esto quien más entiende es la propia persona. Pero le aseguro que si piensa así, está equivocado. No sería la primera vez que asisto a una conferencia o una exposición, sea cual sea, en la que el comunicador, que puede saber mucho de lo que desea hablar, no transmite lo que desea, sencillamente por estar masticando un chicle o chupando un caramelo; elementos ambos, que forman parte de lo que conocemos como “ruidos de la comunicación” como el sonar de un teléfono móvil y que desde luego se interponen de forma clara entre el comunicador y su población diana. Tengamos presente que la primera imagen es la que vale y me refiero a la imagen que de nosotros mismos ofrecemos al auditorio. Y nuestra imagen tiene que ver con la forma en que vayamos vestidos, las joyas, las gafas de sol cuando estamos en una sala cerrada, pero también con nuestro tono de voz, las inflexiones, el ritmo, los silencios, las reflexiones en voz alta, y sobre todo en nuestra capacidad personal para salir del “bunker de la comunicación”, que a veces es una tribuna, otras un atril o con más frecuencia una mesa al uso en una sala de conferencias.
- *Los micrófonos:* Que si de mesa, que si el del atril o uno de solapa, otro de corbata o bien uno inalámbrico que con demasiada frecuencia se acopla con aquél que está destinado para facilitar las preguntas del auditorio. Rara es la vez en mi experiencia como comunicador, en la que los micrófonos hayan funcionado a la perfección. Y cuando funcionan, el que no lo hace adecuadamente es el “comunicador” porque no está suficientemente entrenado en el manejo de cada uno de esos micrófonos. Por ejemplo, si es de solapa y el técnico lo pone en la parte derecha, cuando vaya a dirigirse a la parte izquierda del auditorio, la voz del comunicador se irá apagando poco a poco hasta hacerse inaudible con lo que se pierde la atención y el feedback de la población diana.
- *El puntero:* Si lo llevamos es para utilizarlo y si lo vamos a utilizar lo mejor será conocerlo y haber practicado antes de nuestra exposición. El puntero, que ahora es de láser, no se debe utilizar para incomodar a nuestro auditorio cegándoles con su luz. Debemos utilizarlo para ayudar en el seguimiento de nuestra exposición.

- *El agua:* en botella o en vaso. Igual da, si lo tenemos pensado y estamos adecuadamente entrenados. Si es en botella, ¿por qué hacer publicidad gratuita de la marca, no solo para quienes nos escuchan sino para quienes luego nos verán en la fotografía del periódico, la revista o incluso en el informativo de televisión? Mi recomendación de todos modos es que un buen profesional, si es riguroso en su trabajo también lo ha de ser en la comunicación, por lo que la publicidad nunca ha de estar presente aunque estuviera bien remunerada. En relación al agua, también deberíamos entrenarnos en cuándo, cómo y por qué beberla, ya que a veces puede convertirse en una mala compañera a la hora de comunicar: la cantidad aconsejada, fresquita o demasiado fría, con gas o sin gas, etc.
- *El comienzo:* Hay quien con frecuencia recuerda que los comienzos siempre son difíciles, pero en este caso lo serán si no estamos entrenados en este punto. Veamos un ejemplo que por habitual podría ser la norma de quienes no se han formado en comunicación y no saben realmente como empezar: “La verdad es que no soy yo el más indicado para dar esta conferencia porque hay mucha gente mucho más preparada que yo”. Si no es el más indicado ¿por qué nos hace perder el tiempo?, podría preguntarse alguien desde el auditorio. Toda exposición debe contener, como cualquier obra de teatro que se precie de serlo, al menos tres “actos”. El comienzo, el desarrollo y el final o despedida.
- *El desarrollo:* Será nuestra exposición de motivos y argumentos en definitiva, sobre el tema en el que según la organización somos expertos. En este punto, a no ser que sea un verdadero experto como los profesionales de los medios que leen mirando a la cámara en un informativo, no es recomendable leer la conferencia porque puede contribuir a la pérdida de atención de nuestros espectadores. En esta cuestión, como en tantas otras, deberíamos aceptar que para “leer con eficacia” también se ha de estar adecuadamente entrenado.
- *El final:* Es éste otro de los aspectos al que hemos de dar una especial importancia porque como bien sabemos, “lo último es lo que queda”. ¿Y también hemos de entrenarnos en la forma de terminar un discurso, una clase o una conferencia? Pues juzgue usted mismo ante el siguiente ejemplo que desde luego no es una excepción por desgracia. Cuando todavía queda media hora de exposición el conferenciante dice: “Para terminar me gustaría aclarar...”, pero continúa y cuando quedan 15 minutos repite “Y

ya para concluir vemos los aspectos más relevantes...”, y así en varias ocasiones, sencillamente porque no sabe como terminar y desde luego lo que quiere es “terminar como sea”. O aquél otro “comunicador” que termina su exposición diciendo simplemente un “y ya está” o “y esto es todo”. Pues la verdad es que sí, que siendo fieles a nuestro compromiso, tengo que afirmar que también para saber terminar hemos de estar adecuadamente entrenados.

- *Los aplausos*: Cualquier auditorio respetuoso, siempre que antes lo haya sido con él el comunicador, aplaudirá agradeciendo su esfuerzo, su ciencia y su experiencia. Y muchas veces nos sonrojamos al recibir este agradecimiento y actuamos como “huyendo” de ese saludo afectuoso: nos damos la vuelta dirigiéndonos a la mesa, hacemos como si estuviéramos recogiendo, cualquier cosa con tal de no dar la cara. Decía yo que el comunicador es como un intérprete, un buen actor y también en este caso se ha de comportar como tal, dando la cara hasta el final y saludando y agradeciendo al mismo tiempo. De lo contrario, quien ha estado “soportando” nuestra “charleta” durante el tiempo que haya durado, se sentirá desairado y contrariado, algo que desde luego nunca debe suceder ante una comunicación eficaz interhumana
- *Las preguntas en el debate*: Resulta fundamental acudir a nuestra exposición con el adecuado entrenamiento en la forma de recibir una pregunta y en el modo de responderla adecuadamente. Mientras la recibimos nuestra comunicación no verbal es quien nos puede delatar en cualquier momento, mientras que la verbal se hace protagonista en el momento de responder, pero siempre con la complicidad de nuestra expresión corporal. Y si no se sabe la respuesta, lo mejor será la sinceridad, pero para ser sinceros también deberíamos estar suficientemente entrenados.

Y si necesitamos más argumentos para defender la necesidad de un entrenamiento adecuado en “habilidades de comunicación como herramienta del éxito personal”, solo es necesario acercarse a algunos de los titulares de los medios de comunicación:

- Severiano Ballesteros ha sido el paciente perfecto. El Doctor Belda cree que el éxito de Ballesteros “es el éxito de la cirugía, de los anestesiistas, de los intensivistas y de su buen estado físico”.

¿Y los profesionales de enfermería donde quedamos? ¿no hemos tenido nada que ver en el proceso de recuperación de Ballesteros? ¿o fue un olvido del Dr. Belda? ¿o bien es que no cayó en la cuenta el periodista que maquetó la noticia?. Sea como fuere, el resultado es el mismo: No existen los profesionales de enfermería en la noticia.

- 28 personas han sido ingresadas durante este fin de semana como consecuencia de una intoxicación alimentaria.

Y siempre se echa de menos la inclusión, aunque solo sea en un par de renglones de los consejos para evitar una intoxicación y el teléfono de ayuda en estos casos.

- Inglaterra tiene ya 100.000 casos de afectados por la Gripe A.

Solo tenemos que hacer un pequeño pero riguroso ejercicio de hemeroteca para darnos cuenta de lo fácil que es fomentar la alarma social entre la población general. ¿No sería mejor contar con profesionales sanitarios entrenados para evitar estas lamentables y frecuentes situaciones?

- Las autoridades británicas, con el objetivo de disminuir la presión asistencial, ponen en marcha una línea telefónica para atender las consultas sobre Gripe A y una página Web con el mismo objetivo.

¿Se puede llegar a creer tanto en la tecnificación de la comunicación como para aceptar que un profesional sanitario puede llegar a diagnosticar una Gripe A por teléfono o a través de Internet y ofrecer el adecuado tratamiento?

- El 14% de los españoles ha sufrido alguna negligencia médica.

Noticia apoyada en varios informes que salen a la luz como consecuencia de la muerte de Rayan, hijo de la primera víctima mortal en España por Gripe "A", en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Y además, incluso los profesionales sanitarios y por supuesto que los periodistas, como consecuencia de la falta de entrenamiento en comunicación confunden la Asociación Defensor del Paciente que preside Carmen Flores y que es una asociación civil y privada, con la Oficina del Defensor del Madrid que preside Juan Ignacio Barrero y que es una institución pública. La diferencia y las consecuencias de estas equivocaciones además de resultar notables son prevenibles siempre.

Y refiriéndonos concretamente al caso de Rayán podríamos reflexionar: ¿Cuál ha sido la imagen real que los medios de comunicación han reflejado de nuestra profesión de enfermería? ¿es bueno y positivo para nuestra imagen social “salir” en los medios de comunicación en la puerta de un hospital con determinadas pancartas y lanzando gritos e improperios contra las autoridades? Si manifestarse es bueno, que yo creo que lo es, ¿no sería mejor organizar una manifestación cuya responsabilidad recayera en verdaderos profesionales entrenados en habilidades en comunicación social? La verdad es que a tenor de lo visto y escuchado en diversos medios de comunicación, quizá esta “campaña de imagen profesional” haya estado en “manos expertas”, pero con fines muy diferentes a los que yo he tratado de exponer en este trabajo. Sí, se han manifestado las necesidades de formación “especializada” de la enfermería, pero... ¿dónde ha quedado reflejada la calidad y la excelencia de nuestro trabajo diario como profesionales sanitarios?

Desarrollar lo que se entiende, o al menos lo que yo entiendo como “habilidades de comunicación” necesitaría de una gran extensión especializada en la materia y este no es objetivo de este artículo, que solo trata de ayudar a analizar la situación personal de cada lector a través de la reflexión íntima, personal e individual. Si se ha conseguido este objetivo, yo como comunicador me daré por satisfecho. De lo contrario tendré que seguir entrenándome en habilidades de comunicación, pero de forma práctica como haremos en el Taller “Cómo aprender a hablar en público y no morir en el intento” en el que trataremos de poner en práctica algunos de los elementos teóricos que hemos desarrollado en el artículo. Les esperamos a todos en el Taller, pero recuerden que “solo se aprende de lo que se hace” y que “no hay mayor error que no hacer nada porque solo se pueda hacer un poco”.

A modo de “epílogo”:

Sinceramente creo que los profesionales sanitarios tendríamos que tener presente que “la comunicación también puede ser terapéutica”. Hace poco tiempo tuve la suerte de leer con detenimiento una novela, escrita por un periodista experto en comunicación y que utiliza su voz como herramienta de trabajo en la radio, que me sirvió como punto de partida para que de nuevo pudiera seguir reflexionando en la posibilidad, cierta pero poco demostrada, de que la mente y la comunicación puede jugar un papel fundamental en la curación de muchas enfermedades.

¿No será que los casos de “remisión espontánea” de muchas enfermedades, incluido el cáncer, no se investigan suficientemente, precisamente por estar en proceso de remisión? ¿no será que las mal denominadas, en mi opinión, como “medicinas alternativas” pueden jugar un papel “complementario” a la conocida como “medicina tradicional o convencional”? ¿no será que a veces olvidamos los principios de la “medicina basada en la evidencia”? ¿o no es una evidencia el hecho de que algunos pacientes hayan mejorado e incluso se hayan curado en contra de las predicciones de su médico y la estadística de esperanza de vida?

Estas y otras muchas preguntas todavía sin respuesta, son las que se hace Gaspar Hernández en su novela “El Silencio” publicada por El Aleph Editores, en la que Umiko con solo 28 años es diagnosticada de un Glioblastoma Multiforme y tiene que enfrentarse no solo al diagnóstico de su enfermedad, sino al pronóstico de su médico cuando la confirma que su esperanza de vida no superará en el mejor de los casos los seis meses, tal y como marcan los cánones de la medicina basada más que en la evidencia, en la pura y fría estadística. Y es en ese momento en el que Umiko abandona la medicina convencional y se ampara en las enseñanzas y experiencias del poder curativo de la mente y la comunicación, pidiendo ayuda a un periodista experto en el uso de la palabra para que pase toda una noche a su lado hablándola de forma pausada, suave, lenta, pero a la vez intensa.

La experiencia clínica, que también está basada en la ciencia y la evidencia nos demuestra que en algunas ocasiones, desde luego no tantas como desearíamos, las estadísticas no se cumplen, por lo que nunca está demás utilizar el poder de la mente y de la comunicación, que como la “estimulina” de la que tanto hablo a mis pacientes, son medicamentos genéricos, sin complicaciones ni efectos adversos y en los que resulta saludablemente recomendable tanto la “automedicación” como la “sobredosis”.

Pero al final, todo es cuestión de tiempo, ese poco tiempo del que disponemos y que con frecuencia no sabemos optimizar adecuadamente con la calidad que nos asegura un adecuado entrenamiento en habilidades en comunicación.

II CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

- Bloque II -

IGNACIO CASTILLO

Consultor y formador. Profesor de la UNED, de la Universidad de Cantabria y del Círculo de Empresarios. Licenciado en Marketing internacional.

“COACHING: CREER EN TI MISMO. EL MÉTODO PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO DE LAS PERSONAS”

“La diferencia entre lo que hacemos y lo que somos capaces de hacer resolvería la mayoría de problemas del mundo”

Mahatma Gandhi

Me encontré con el Coaching hace ocho años a través de la lectura. El verano y un entorno adecuado como el Cabo de Gata (Almería), permite tener la tranquilidad necesaria para acometer nuevos libros, e interiorizar nuevas ideas.

El libro era: “Coaching, el método para mejorar el rendimiento de las personas”. John Whitmore. (Él cual les recomiendo encarecidamente).

Whitmore llevaba entonces más de veinte años como pionero del entrenamiento y es la máxima expresión de coaching: piloto de automóviles en los años sesenta y ganador de campeonatos británicos; fundó junto con Timothy y Gallewey el Inner Game Ltd. Una firma que tuvo una enorme influencia en la introducción de un nuevo enfoque del entrenamiento en el deporte y en la empresa.

Desde ese momento comprendí la importancia que podría tener el coaching para una empresa como la nuestra que se considera una compañía de personas.

¿Qué es el Coaching?

En una pasada reunión con diferentes coachees de toda España, se nos pidió definir la esencia del coaching en una sola palabra. Éstas fueron las aportaciones: Alquimia, Potencial, Presencia, Conciencia, Auto-Motivación, ¡Aha!, Acompañamiento, Corazón, Coachee...

El coaching es un término que está de moda desde hace ya algún tiempo en los círculos empresariales. Asista a cualquier reunión de ejecutivos, directores de

personal, expertos en recursos humanos, empresarios o formadores y escuchara esta palabra a menudo.

El Coaching da resultados a causa de la relación de apoyo entre el Coach y la otra persona. La persona toma conciencia de los hechos, no a través del Coach sino de sí misma, estimulada por aquél. El objetivo de mejorar el desempeño es fundamental, pero de lo que se trata, es de averiguar la mejor manera de conseguirlo.

Estoy seguro de que más de uno está acostumbrado a oír el término Coach en el mundo del deporte; los atletas disponen de entrenadores para mejorar sus marcas, resultados y grandes eventos; por lo tanto podemos hablar de un origen deportivo del Coaching.

Todos recordamos el triunfo del equipo de baloncesto español en el pasado mundial de Japón, donde los jugadores y el entrenador, Pepu Hernández, nos dieron un ejemplo de trabajo en equipo, Coaching y Liderazgo.

Me voy a permitir otra recomendación, la Federación Española de Baloncesto editó un libro en formato de comic, que relata el éxito de nuestros deportistas en Japón; "Big in Japan", libro recomendable para todos aquellos que tengan responsabilidades en el gobierno de personas. Talento, valores, compañerismo y coaching para transformar situaciones comprometidas en oportunidades.

Desarrollar la conciencia y la responsabilidad es la esencia del buen coaching.

- El liderazgo consiste en comunicar a la gente su valor y potencial de manera tan clara que puedan llegar a reconocerlos como propios. Esa comunicación no debe "personalizarse" en cabeza de un individuo. La cultura, la organización en sí misma, su estructura, los sistemas, el esquema de compensaciones, el proceso de selección, los planes de capacitación y desarrollo constantemente comunican. Stephen Covey

¿Qué aplicaciones tiene el Coaching en el gobierno de personas?

Lo primero una advertencia: El Coaching es una conducta empresarial que está en el extremo opuesto del "orden y mando" tan apegado a nuestra cultura española. La estrategia del palo y la zanahoria en la que algunas personas se sienten tan cómodas es, un motivador persuasivo, pero si uno trata a las personas como borricos... ellas actuarán como tales.

Éstas son algunas de las aplicaciones del coaching en la empresa, grupos, equipos:

Motivación de personas, delegación, resolución de problemas, creación de equipos, desempeño en las tareas y planificación y revisión.

Para poder introducirse en este apasionado y complicado mundo del coaching debemos creer en las personas, formarnos, practicar y debemos ver a las personas en términos de su potencial futuro y no de su desempeño pasado.

El coaching se enfoca en la solución, nunca el problema.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| • ¿Cuál es tu problema? | • ¿Qué es lo que quiero? |
| • ¿Por cuánto tiempo has estado así? | • ¿Cómo reconoceré lo que quiero? |
| • ¿De quien es la culpa? | • ¿Qué otras cosas mejoran en la vida? |
| • ¿Cuál ha sido la peor experiencia? | • ¿Piensa en una situación similar y te salio bien? |
| • ¿Por qué no lo has resuelto aún? | • ¿Cuál es el próximo paso para resolver la situación? |
| | • ¿Cómo? ¿Cuándo? |

Se aprecia diferencia de enfoque en la formulación de las preguntas entre las 2 dos columnas.

En el primer bloque se siente mal.

- La parte izquierda es la que escuchamos
- No hay nada productivo en esta parte
- Está planteada en términos de desafío.

En la segundo bloque se convierte el problema en desafío.

- Confronta con algo para lo que es útil.
- Parte del siguiente posicionamiento:

No es lógico perder en tiempo en localizar el problema sino en localizar su solución.

- En este modelo de encuadre, frente al anterior que está trillado, el segundo me pone en la acción.
- Análisis = parálisis
- La segunda aporta incluso ilusión.
- En el primer bloque no hay responsabilidad, pueden aparecer las excusas.

Una buena formula es la técnica de preguntas abiertas, formular o hacer preguntas cerradas libera a las personas de tener que pensar. Hacer preguntas

abiertas les obliga a pensar por sí mismas: Qué, Cómo, Cuándo, Dónde, Con Quién.

Preguntas básicas y efectivas:

- ¿Qué es lo que vas a hacer? Provoca: concienciación, acción y reflexión.
- ¿Cómo lo vas a hacer? Provoca: Acción y clarificación
- ¿Cuándo lo vas a hacer? Provoca: compromiso.
- Preguntas abiertas: ¿qué?, ¿cómo? ¿Cuándo? ¿dónde? ¿quién?

No, preguntar: ¿por qué? Pues es inquisitivo, sustituir por ¿cómo? O de ¿qué manera? El porqué parece que está pidiendo responsabilidades, tienen un nivel acusativo que conviene suprimir para no levantar defensas a través del lenguaje. Se cae en la justificación y en la victimización.

Preguntas cerradas: evitarlas casi siempre

Nos concentramos en lo que hay, no en lo que hace falta (si sólo sirve para eludir la realidad).

Se cuenta un caso (yo lo título, las notas, los niños y el metro) que en cierto sitio, a través de la normativa correspondiente, prohibieron la música en el metro, el resultado es que la gente lo demandaba después de quitarlo, y hubo protestas, ¿por qué lo quitaron? Si hubieran escuchado a la gente, si los conocieran no se hubiera quitado. Hay que escuchar a la gente, hay que hacer más que legislar aisladamente, pues se le quita la importancia a la persona.

RAPPORT:

Qué significa rapport: Conexión, sintonía, simpatía

¿Cómo noto yo lo que es importante para la otra persona?

No basta con decir te escucho, hay que dar señales.

Y se dan en sentido contrario, con la atención al teléfono como una dependencia, o cuando hablamos por teléfono y se escucha el techado del ordenador, ya nos damos cuenta que no nos escuchan o nos quedamos al menos con esa sensación de cierto desasosiego.

El impacto que causamos al otro cuando nuestras señales no muestran atención es muy negativo. Hay que concentrarse solo en ello.

Si no podemos concentrarnos, sino podemos atendernos: ¿qué hacemos nosotros?

- Tomar responsabilidad de cómo nos sentimos y comunicación.
- Podemos que nos caiga mal o pasar
- Tenemos que consensuar

¿Cómo?:

Nos miramos a los ojos.

Decimos: necesitas mi concentración y no puedo, y le puedo decir, te importa si sigo...

El mensaje corporal es no te estoy escuchando.

He de tomar conciencia y responsabilidad de mi comunicación.

¿Te puedo hablar?

Te escucho, pero tengo que seguir con esto.

Apertura de los dos lados y poner límites.

No hemos comunicado qué necesitamos, ver o qué necesitamos del otro, por lo tanto no exigimos

Tenemos que educarnos en la comunicación:

Lo dicho	Lo dicho y mostrado	Lo dicho, mostrado y experimentado
70%	72%	85%
10%	32%	65%

Los sabios coinciden:

- Conócete a ti mismos...
- Y luego marca las pautas.

Si hay trasgresión constante: hay que saber ponerle los límites:

- Que identifique los límites marcados.
- Los límites son distintos según las personas, cada uno tiene lo suyo.

Hay vendedores que venden hielo en Alaska:

- Es el buen profesional: Crean buena relación.

El rapport es tan importante para crearlo y para romperlo.

- Si conocer los límites das las señales pertinentes.
- Yo me conozco y pongo mis límites.

¿Para qué sirve el Coaching?:

- Para concretar, poner límites
- Para transmitir
- Para ayudar
- Para conocer al otro interlocutor.
- Para aprender, para enseñar, para el que aprende enseñe.
- Para solucionar problemas
- Para planificar, para delegar, para la constitución y funcionamiento de equipos.

Les puedo asegurar que desde nuestra Asociación, hemos observado y experimentado un crecimiento como formadores y hemos visto una evolución de muchos de nuestros Brokers y personas a través de la introducción de programas formativos de Coaching y Mentoring.

El Coaching desarrolla la habilidad de saber preguntar y puede ser de enorme utilidad para todos aquellas personas y Directivos que quieren mejorar su desempeño comercial.

Para sacar lo mejor de la gente debemos creer que lo mejor está ahí. Pero ¿cómo sabemos que está, cuánto hay y de qué modo se puede liberar.

Observando cómo la gente sobrepasa todas sus expectativas y las de los demás en una situación de crisis. Por ejemplo, ¿quién no desarrollaría una fuerza y un valor sobrehumanos para salvar a su hijo?

Las Cualidades de un Coach.

CUIDA...

- Cuida tus Pensamientos...
- Porque se volverán Palabras.
- Cuida tus Palabras...
- Porque se volverán Actos.
- Cuida tus Actos...
- Porque se harán Costumbre.
- Cuida tus Costumbres...

- Porque forjarán tu Carácter.
- Cuida tu Carácter...
- Porque formará tu Destino,
- Y tu Destino, será tu Vida.

Gandhi

Cuáles son las cualidades de un Coach ideal:

- Observación.
- Escucha activa.
- Paciencia.
- Cree en las personas.
- Imparcialidad.
- Interés por su gente.
- Credibilidad.
- Conocimiento
- Respalda.
- Consciencia.

Ser un buen Coach es difícil para todos nosotros, pero de ningún modo imposible para cualquier directivo, trabajador o profesional que tenga inquietudes en la dirección de personas o en aprender a convivir.

Mi opinión es que el talento y el desarrollo de capacidades y habilidades de nuestros equipos son posibles gracias al Coaching.

Cómo cambiar las Creencias que nos Limitan.

- Sustituye el "no puedo" por el "sí puedo" y cambia tu vida
- Prepárate para conseguir los Objetivos que anhelas
- Conoce cómo tus Creencias y Valores influyen en tu comportamiento y en los resultados que consigues
- Descubre las Creencias que te llevarán a tener una Vida Extraordinaria

Quiero terminar invitándoles a viajar primero al futuro para desde allí regresar al presente. Un ejercicio de Coaching de Marshall Goldsmith uno de los Coach ejecutivos más prominente de los Estados Unidos.

Imagina que tienes 95 años. Antes de que des el último suspiro, se te ofrece un gran don: la capacidad de viajar hacia atrás en el tiempo, la posibilidad de

hablar con la persona que está leyendo este artículo; la de ayudarle para que sea un buen profesional y tenga una vida mejor.

Con tus 95 años sabes lo que fue realmente importante y lo que no lo fue, lo que importó y lo que no.

¿Qué consejos daría este "anciano tú" al tú que está leyendo estas líneas?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

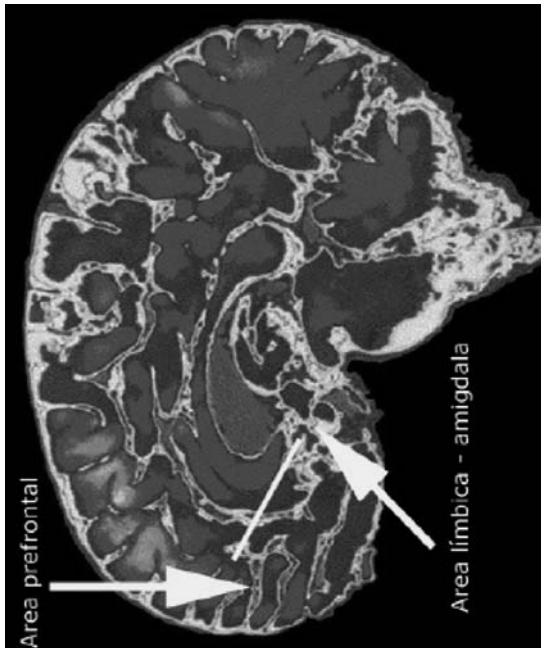
Tómate unos segundos y después responde a la pregunta en dos niveles personal y profesional.

Mi consejo es sencillo: Haz exactamente lo que has escrito. Que se convierta en tu propósito para este año y para el próximo.

Para resolver lo que importa, no mires hacia delante sino hacia atrás.

“INTELIGENCIA EMOCIONAL: APRENDER A VIVIR Y CONVIVIR”

La zona prefrontal del cerebro, el lugar donde tiene lugar el pensamiento más avanzado, donde se inventa nuestro futuro, donde valoramos alternativas y estrategias para solucionar los problemas y tomar nuestras decisiones, está tremendamente influido por el sistema límbico, que es nuestro cerebro emocional.



Sentimos antes de pensar

La inteligencia emocional es una actitud una forma de ser, El Coaching es una conducta, la practica de la Inteligencia Emocional.

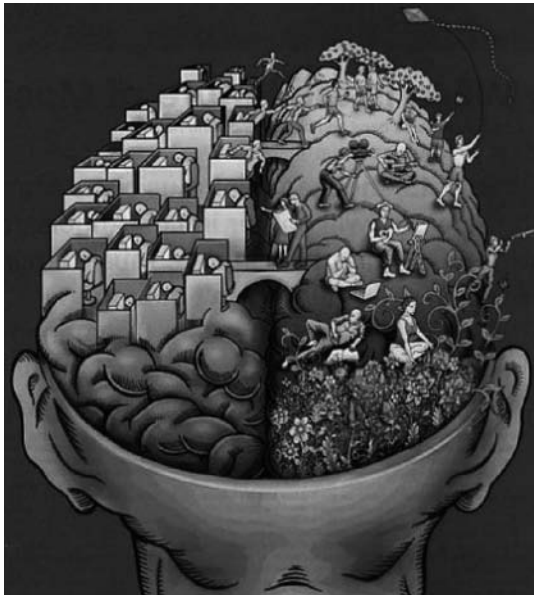
Ambas son habilidades para la vida de gran valor que se pueden desarrollar.

Un medio una forma de ayudar a las personas a descubrir y sacar a la luz lo mejor:

- De ellos mismos
- Su gente
- El equipo con quienes trabaja.

Inteligencia Emocional:

- Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar en cinco capacidades:
 - Conocer las emociones y sentimientos propios.
 - Manejarlos.
 - Reconocerlos,
 - Crear la propia motivación.
 - Manejar las relaciones.



Todos sabemos que nuestros geniales cerebros se dividen en dos lados, hemisferio izquierdo y hemisferio derecho los cuales son asimétricos e inversos.

Al hablar del hemisferio izquierdo hacemos referencia a lo lógico, lo relacionado con la habilidad para desarrollar el habla, la escritura, la numeración, las matemáticas y la lógica.

El hemisferio derecho está especializado en desarrollar sentimientos, habilidades espaciales, visuales, creativas y sonoras, no del lenguaje como las artísticas y musicales. Concibe las situaciones y las estrategias del pensamiento de una forma total. Integra varios tipos de información (sonidos, imágenes, olores, sensaciones) y los transmite como un todo.

El pensamiento creativo necesita de la utilización sistemática de los dos hemisferios, especializados pero conectados. Si del derecho surge la invención, del izquierdo surge la innovación fruto de un razonamiento estructurado y lógico, encaminado a satisfacer una necesidad.

Las personas convivimos. Y esta relación es fuente de posibilidades y fuente de conflictos. Debemos aprender a convivir, es decir aumentar las posibilidades y disminuir los conflictos.

El asunto es complicado, en las escuelas nos enseñan algebra, literatura, matemáticas, arte, pero no nos enseñan Inteligencia Emocional.

Hasta el 50% de la jornada laboral puede perderse debido a sentimientos de desconfianza.

Hasta el 70% de las relaciones se complican debido a sentimientos de desconfianza.

J.O. Whitney "The Economics of Trust" (New York, McGraw Hill 1999)

¿Por qué nos resulta tan difícil convivir, si somos fundamentalmente sociales? Las parejas se separan, en los trabajos surgen conflictos, los hermanos discuten, los vecinos no se hablan.

El deseo individual nos separa, los proyectos comunes nos unen. Saint-Exupéry escribe en una de sus obras "Haz que edifiquen juntos una torre, y les convertirás en hermanos". Pero si quieres que se odien, arrójalas comida.

Una organización inteligente es aquella que consigue que un grupo de personas, tal vez no extraordinarias pueda hacer cosas extraordinarias por el modo en que se relacionan entre sí. Ese plus es la inteligencia emergente. La inteligencia compartida, según José Antonio Marina.

Una de las maneras más efectivas de generar cambios en la conducta es conocer las consecuencias de no hacerlo.

El mundo de la incertidumbre

Debemos establecer un sistema en el que la gente no tenga miedo a equivocarse y en el que las malas ideas se detecten rápidamente para poder ser extirpadas del proceso. Cada error contiene una novedad de la que se puede aprender, si bien error no es sinónimo de coste en este caso. Dar cabida al error no implica dar cabida al coste sin sentido. Por otro lado, el error debe ser admitido jerárquicamente desde arriba hacia abajo para que los subordinados se sientan respaldados y seguros.

Uno de los problemas que más aparecen en las empresas, grupos o colectivos con los que trabajo es el conocido estrés:

Por eso vamos a exponer los efectos de una gestión inadecuada del estrés.

Hace años, Erich Fromm publicó un curioso artículo titulado. Es el hombre perezoso por naturaleza? Respondía tajantemente que no. El hombre disfruta con la acción. Hay sin embargo, una holgazanería aprendida, que se suscita cuando se reciben premios sin necesidad de esforzarse.

Si el niño se le da premios al azar y sin correspondencia alguna con su conducta entonces puede dejar de esforzarse. Las personas muy atractivas reciben la atención y alabanzas continuamente con independencia de cualquier esfuerzo que puedan poner de su parte. Se habla mucho de motivación intrínseca y extrínseca, la primera impulsa a la acción por el mero placer de la acción, la extrínseca, esta dirigida a una recompensa externa.

Todos los seres humanos conviven dos grandes motivaciones. Una tiende al bienestar, a la comodidad, seguridad. Otra a la creación, a la expansión. La felicidad consiste en la armoniosa satisfacción de ambas.

La salud se basa en un cierto grado de tensión, la tensión existente entre lo que ya se ha logrado y lo que todavía no se ha conseguido; o el vacío entre lo que se es y lo que se debería ser. Esta tensión es inherente al ser humano y por consiguiente es indispensable al bienestar mental. Lo que el hombre necesita no es vivir sin tensiones, sino esforzarse y luchar por una meta que le merezca la pena.

Lo que precisa no es eliminar la tensión a toda costa, sino sentir la llamada de un sentido potencial que está esperando a que él lo cumpla. El hastío es hoy causa de más problemas que la tensión y, desde luego, lleva más casos a la consulta de psiquiatra. Viktor Frankl.

Existe el estrés positivo o eustrés. Nuestra sangre tiene una curiosa mezcla de hormonas entre ellas la adrenalina y la noradrenalina. También dopamina.

Necesitamos cierto grado de Tensión.

Sin estrés no podríamos sobrevivir durante mucho tiempo.

El estrés en el momento de territorio desconocido:

- Positivo EUSTRÉS.
- Negativo DISTRÉS

Sin embargo, han pasado noventa minutos con nuestro motor encendido y se pone en funcionamiento nuestro estrés negativo, no hemos parado unos minutos a recuperarnos, a mover nuestro cuerpo, a hacer un sencillo ejercicio de relajación o escuchar un poco de música agradable. Nuestra sangre se ha llenado de cortisol. Por eso nos sentimos agotados, empezamos a irritarnos a perder concentración y memoria.

Orígenes de nuestro distrés

- Incapacidad para decir <no> sin sentirnos culpables.
- No tenemos claras nuestras prioridades.
- Falta de coraje para dar la cara por nuestros valores.
- Nos cuesta hablar con honestidad de nuestro sentir.

Administración del Estrés

- Ser menos perfeccionista, menos impaciente.
- Administrar nuestro tiempo. Hallar un equilibrio entre trabajo y el ocio, planificar para cumplir objetivos y las prioridades, Aprender a decir No.
- Ser positivo.
- Buscar apoyo. Buscar apoyo entre los compañeros y amigos.
- Esto es justo lo que me pasa a mí. Lenguaje
- Aprender a relajarse. Escuchando una música...

Existe la salida del túnel, pero hay que cambiar el estado mental para verla.

El lenguaje no sólo describe la realidad sino que además es capaz de crearla. Nuestra forma de hablarnos. Cambiar el verbo tener en vez de usar el ser.

En los momentos que no podamos razonar, no pensar, dar un paso adelante:

- Demos un paso adelante, aunque sea muy pequeño.
- Una pequeña decisión.
- El distrés nos paraliza, moverse. Impacto a nuestro cerebro. ¡Yo puedo!

Por qué todo es relativo, incluso cuando no debería serlo

Siempre comparamos y esto nos ayuda a tomar decisiones en la vida. Pero también puede hacernos completamente desgraciados.

¿Y por qué? Pues porque comparar nuestra suerte en la vida con la de otros genera celos y envidia,

Desde que nacemos, estamos predispuestos a comparar:

Unos trabajos con otros, unas vacaciones, unos vinos...

Es una lección que todos podemos aprender: cuanto más tenemos, más queremos. Y el único remedio para ello, es no comparar tanto.

La Adversidad ayuda al aprendizaje debemos salir del área de confort. No es que nos atrevemos al ser las cosas difíciles. Las hacemos difíciles cuando no nos atrevemos.

Cuando nos sentimos capaces ante el desafío, el organismo empieza a producir: Neuropeptidos: analgésicos. Anulan el distrés.

La importancia de la Escucha y el tono de voz a la hora de convivir.

En una conversación difícil, no pongamos el peso en argumentar, sino en preguntar. Cuando uno pregunta y escucha, la otra persona se siente valorada, se siente respetada y puede empezar a confiar.

El vínculo más importante que debemos crear es la confianza.

El tono de voz puede tener más impacto en nuestros destinatarios que las palabras que usamos.

Necesitamos ser escuchados y reconocidos. "CARICIAS", verbales y no verbales.

¿Qué tanto por ciento de importancia crees que tiene el vocabulario con respecto al lenguaje del cuerpo y al tono de voz?

- 55% Lenguaje corporal.
- 38% Tonalidad de la voz cuando hablamos.

- 7% vocabulario que utilizamos
- En los primeros diez segundos nuestro cerebro saca conclusiones. Prestar atención a la otra persona y estar en rapport con su cuerpo.

Entendimiento Emocional.

Cada vez que tengas un conflicto por falta de comunicación, observa cuál es el efecto emocional que ese conflicto, (palabras o situaciones) te produce para entender el grado de efecto que la susodicha situación o palabras te causa antes de tratar con ello.

Realidad.

Mira, escucha y percibe la realidad de la otra persona, no la tuya propia.

Averigua cuál es su realidad sobre la situación de conflicto y asegúrate de que su realidad es negociable con tu propia realidad.

Si no hay manera de un acercamiento en la realidad de ambos interlocutores, entendimiento – o acuerdo dentro la comunicación – no será posible.

Responsabilidad.

Toma responsabilidad del efecto que tu propia comunicación produce al otro extremo de la comunicación (o sea a la otra persona). Y cuando observes que no produce el resultado esperado, entonces analiza qué puedes hacer tú mismo para afectar en dicho resultado de la comunicación, para al menos producir un efecto diferente hasta que des con un resultado aceptable.

Es primordial que tú tomes responsabilidad del efecto que produces en lo que expresas (de manera visual, corporal, escrita o hablada) para que puedas influenciar de manera positiva en la otra persona.



	Necesidad psicología de base	Canal de Comunicación a utilizar
SOCIABLE	La estimulación sensorial. El reconocimiento como persona	Autnivo, caluroso, con presivo, benevolente
METODIA	La estructura. El reconocimiento por su trabajo	Interrogativo, reconociendo su saber y sus competencias.
CREATIVA	El contacto, la estimulación	Judico, humorístico, bromista
LÍDER	La excitación	Directivo, con retos, desafíos riesgos.
MEDITATIVA	La estructura, la soledad, el tiempo.	Directivo, poniendo énfasis en el comportamiento
PERSISTENTE	El reconocimiento sus convicciones, sus valores. El reconocimiento por su trabajo	Interrogativo, poniendo énfasis en los aspectos positivos

NECESIDAD PSICOLÓGICA DE BASE CANAL DE COMUNICACIÓN A UTILIZAR: CADA PERSONA UNA PUERTA DE ENTRADA

6 condiciones para la felicidad

- Elegir las metas adecuadas.
- Resolver los problemas.
- Soportar el esfuerzo y recuperarse de los fracasos.
- Valorar las cosas adecuadamente y disfrutar de las buenas.
- Tender lazos afectivos cordiales con los demás.
- Mantener la autonomía correcta respecto de la situación.

Y UNO APRENDE..

Os invito que al final de nuestros días podemos decir: Confieso que he vivido.

II CONVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTA MAR

- Bloque III -

RAMÓN SÁNCHEZ OCAÑA

Periodista especializado en temas de salud

“SALUD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN”

Buenos días. Quiero agradecer en primer lugar que hayan pensado en mí para ocupar esta ilustre tribuna. Es un orgullo ocuparla, y desde luego, es también una osadía por mi parte ya que mi currículum es más largo por edad que por cualquier otra circunstancia.

En fin, que ustedes lo han querido y cumplo con satisfacción mi cometido.

En primer lugar, me siento en el deber de pedir perdón. Y ya verán a lo largo de esta charla, por qué.

Primera cuestión que me he planteado: ¿Es posible el entendimiento entre medios de comunicación y salud? O dicho de otra forma, cómo puede converger esta extraña pareja que es el título de este curso?

Y no encuentro más que una respuesta: No sólo es posible el entendimiento, sino que habría que decir que la comunicación y la salud están obligados, condenados a entenderse. El problema es encontrar el punto de encuentro.

Inicialmente, y con el corazón en la mano, pido el primer perdón a mi profesión a la que como parte interesada, no voy a tratar excesivamente bien. Y perdón a también a los profesionales sanitarios que quizá puedan ver en estas palabras más también un punto de crítica.

En la comunicación están los medios, los profesionales que trabajan en esos medios, y las empresas que los sustentan. Y cuando hablamos de salud están no sólo ese interés general, sino unos profesionales de la salud, unos médicos, unos farmacéuticos, unos sanitarios y un enorme cúmulo de intereses que no podemos soslayar. En uno y otro lado hay grandes intereses. No siempre tienen que estar contrapuestos, pero bueno es partir de la base de que ni unos –los de la comunicación– ni otros –los de la salud– son ángeles puros que sólo trabajan, los primeros por y para informar, y los segundos por y para lograr una población más sana. Creo que si partimos de esas bases nos podemos entender mucho mejor.

Desde el punto de vista de los sanitarios yo comprendo perfectamente la dificultad inicial de acercarse a los medios de comunicación. Primero hay un recelo claro, hay desconfianza y una duda –certificada muchas veces– acerca de la capacidad del informador. Además, es una dificultad que parte un hecho evidente: el desconocimiento de cómo se mueven los hilos de la información, creyendo que se conocen.

El problema de los profesionales de la salud es claro. Un buen día, ante un hecho importante –o que se cree importante– se prepara una rueda de prensa. Se medita, se estudia. Se atan todos los cabos. El protagonista de esa rueda se prepara y prepara posibles cuestiones, incluso lo que va a decir cuando le hagan tal pregunta un poco escabrosa o dura. La rueda sale más o menos bien; luego se toma una copa con los periodistas. Imagínenselo.

Supongamos que se celebra la conferencia inaugural este curso, por poner un ejemplo. Rueda de prensa. Hay preguntas y preguntas. Y ya relajado, cree que todo ha salido de perlas. La decepción llega al día siguiente, cuando se comprueba que en la mayor parte de los casos, sólo se refleja la anécdota sin importancia y se dejan las ideas con mas entidad. Quizá se enuncien, pero sólo de pasada.

Pero claro, imaginen que ayer se hubiera publicado algo sobre el escándalo de una denuncia falsa en periódico... Surge entonces la pregunta recabando la opinión. .. y se desvía toda la atención de la rueda de prensa... Ya no se habla de la conferencia, ni de la importancia de la comunicación, ni de las campañas de promoción de la salud. Sino de los escándalos y las denuncias ¿A que sí?

Lo mismo puede ocurrir cuando la conversación es mas distendida. No digo que siempre pase esto, sino que simplemente, que puede pasar. Una entrevista larga, pausada, serena con un periodista. Cuando se lee la entrevista, el entrevistado se sonroja... ¿Pero cómo voy a decir yo esto...? protesta. Se conforma pensando en que sus colegas amigos ya entenderán que él no es capaz de decir una cosa así... Y prefiere ignorar lo que dirán sus colegas enemigos. Y ve también con decepción, que el resumen que el periodista hizo de aquella conversación, se ajusta mas bien poco al interés inicial. Y que el título, a fuerza de llamar la atención, desvirtúa realmente el sentido que se le quería dar...

Es cuando dicen que no van a permitir una entrevista salvo que le enseñen previamente lo que van a publicar.

No se preocupen. Le dirán que se lo enseñan, pero luego, la prisa lo impedirá y volverá a ocurrir lo mismo.

Y eso, de verdad, contando siempre con la mejor voluntad de todos los protagonistas.

En alguna ocasión, la benevolencia apelará a que la rapidez del trabajo del periodista, no permite hacerlo mejor o también a comprender que el periodista no puede estar especializado en todo. Y tiene razón.

Desde este punto de vista, yo creo que los periodistas debemos entonar un “mea culpa” solemne. Y hacer –lo suelo decir en todos los foros profesionales– una autorreflexión profunda.

Los periodistas tenemos la responsabilidad de llevar hasta los ciudadanos la información para que ellos tengan opinión, y no podemos permitirnos el lujo –ni la sociedad debe tolerarlo– de ser permanentes aficionados de todo. Podemos, sí, ser aprendices; pero entonces, reconocerlo. El problema empieza cuando además, nos creemos maestros.

Por eso, para entendernos, creo que habría que partir de la base de conocer primero los medios. Y después de que se plantee qué se quiere de ellos.

Lo primero que debemos de reconocer es que el concepto de salud tiene ahora unos matices muy distintos. Ya no es una realidad pasiva e inerte, sino que forma la esencia del concepto actual de bienestar, transformándose en un valor social. Además, por vez primera la sanidad forma parte de las agendas políticas y los políticos son conscientes de que la gestión de la sanidad no da votos, pero sí los quita.

Pero vamos a analizar un poco los medios. Es verdad que pueden ser magníficos agentes de promoción de la salud. Pero esa no es su misión fundamental. Hay que tenerlo claro. Por que si no, empiezan enseguida los problemas. Además, –y si antes la crítica fue para los periodistas, ahora va hacia los sanitarios–, muchos profesionales de la salud no tratan solo de que esos mensajes de promoción sanitaria lleguen a la población; sino que tratan de que a través de los medios, se pueda influir en las tomas de decisión que podrían ser interesantes para la población. Obsérvese que digo que podrían ser interesantes. Parto de esa base. Porque hay, ciertamente, muchas ocasiones en que se trata de influir en decisiones políticas sobre salud que no van directamente a mejorar la salud de la población, sino a satisfacer otros intereses... Es eso que en el argot de la comunicación se llama utilizar los medios de comunicación hacia arriba. Crear un estado de opinión... Intervenir en la configuración de la opinión pública, en una palabra. Ejemplos hay muchos y seguro que ustedes conocen alguno.

Otro detalle a considerar. Como leí en algún sitio, el hecho de la dependencia de los medios de comunicación de la publicidad es algo que no niegan más que los hipócritas. Que dependan más o menos, es algo que va de acuerdo con su potencia y con sus ventas. A más ventas, más influencia y a más influencia menos dependencia, porque diversifica sus ingresos. Pero si eso podemos verlo a escala nacional, se transforma si hablamos a escala local. Eso sí, siempre hay clases y hay maneras de ejercer esa influencia... Hay elegancia o no la hay, eso depende. Pero por poner un ejemplo: un periodista asturiano escribió un libro sobre la génesis de unos grandes almacenes. El libro se pagó, se editó, se publicó... pero no se distribuyó... Es decir, todo su contenido quedó en secreto. Pero es que ese periodista trabaja en un importante periódico asturiano y es corresponsal de un importantísimo periódico nacional. El silencio ha sido la norma. Y otro ejemplo acabamos de vivir. Una biografía del ex presidente de la Generalitat catalana, Pascual Maragall. Diez mil ejemplares editados que, por exigencias ajenas a los autores, han sido destruidos y cuyo texto habrá que amputar.

Más claro. Había programas de radio en los que no se criticaba el consumo de tabaco, porque había llegado el patrocinio de Tabacalera a alguna de sus secciones.

Pero ocurre en todas las profesiones. Siempre es más libre un pluriempleado que el asalariado de un solo sitio. La facultad de poder dejar un empleo, siempre garantiza una cierta independencia. Cuando tienes más de dos jefes, siempre puedes rebelarte contra uno de ellos.

Por eso, si analizamos cuál es la imagen real que la sociedad tiene de nosotros (no la que dicen, porque suelen temernos), sino la real, nos encontramos con que unos la idealizan, y otros nos ponen verdes. La idealizan los que piensan que todos los periodistas están en el África del hambre, en cualquier ciudad de Irak, o cubriendo las elecciones americanas. O creen que el periodista es un individuo que pone firme al presidente del gobierno con un editorial. Pero también está esa otra imagen de quien apuesta por el morbo lacrimógeno, o de quien con grandes teleobjetivos de pasa horas y horas esperando la foto de la Pantoja con Julián Muñoz, o las declaraciones más descaradas de Belén Esteban.

La realidad es muy distinta. La realidad es que los periodistas, la mayoría de los periodistas, somos gente absolutamente normal, que trabajamos más de lo quisiéramos, y que a veces, sí, conocemos a gente interesante o se nos invita a reuniones de cierta reserva. Pero en la mayoría de los casos, y en la mayoría de los días, nos ponen multas por aparcar mal, dormimos poco, tenemos que hacer

un suceso, asistir a una rueda de prensa, a la presentación de un libro o al acto de entrega de un premio a un amigo.

Y suele ignorarse que la gran mayoría de periodistas tiene su cultura, tiene algún conocimiento general del mundo en que vive y sobre todo, tiene una perspectiva de todo lo que le rodea. Por su profesión, por todo lo que esta obligado a leer –aunque no sea más que las noticias que llegan de agencia– tiene una visión de la actualidad y del mundo que relaciona sin querer. Eso es lo que le da esa visión, quizá un tanto extraña ,de todo lo que ocurre. Y de ahí, esa valoración de las cosas que muchas veces no se entiende.

De ignorar todo eso surge que muchas veces los profesionales de la salud, a veces con la mejor intención, se sitúan ante el periodista con la idea de que a partir de ese momento, el va a ser una víctima intencionada de cierto rencor y de ciertos resabios. O si no, va a llegar con el paternalismo de decirle qué tiene que decir, cómo, con qué adjetivos, a cuántas columnas y casi, casi en qué pagina.

Poco a poco, como se ve, vamos configurando una idea clave: como estamos condenados a entendernos, lo mejor será que empecemos por conocernos. Y esa es la gran cuestión.

Lo primero que debemos reconocer es que los medios de comunicación son medios, se colocan en el medio entre lo que ocurre y el público, precisamente, porque no hay una comunicación real. En un pueblo pequeño no hace falta periódico. Si la señora Paca se cae por la escalera, inmediatamente lo sabe todo el mundo. En cuanto la comunicación deja de existir –fíjense qué ironía–, surge el medio de comunicación. Y surge, dejémonos de idioteces, no con objetividad. Hay que reconocerlo: la comunicación no es objetiva. Está hecha por sujetos, y por tanto, la objetividad es imposible. Otra cosa es, al hilo de lo que hablamos, que se le exija imparcialidad. Ése es otro asunto. Pero el medio de comunicación no puede ser objetivo, porque, con sus técnicas, recoge la realidad. Pero no es toda la realidad. Es la que quiere, la que selecciona, la que cree que debe decir. Y la trata, en el mejor de los casos con imparcialidad, la resume, la transforma, la titula. Como decía alguien, los medios reescriben la realidad. Vamos a suponer que con la mejor voluntad, pero la reescriben, la manipulan. Pero ojo, que no se vea en el verbo, ninguna intención aviesa.

Desde el punto de vista sanitario, pocas cosas puede haber mas importantes que buscar la forma de que los mensajes de salud lleguen a la población. Pero un periódico es un periódico y entre sus misiones básicas no esta inicialmente ser el formador de poblaciones.

Eso debe tenerlo muy en cuenta el sanitario. Que esa información que puede ser importantísima tiene que pelear en un periódico por hacerse su hueco. Hay que desterrar esa idea que existe en muchos lugares de que no sabemos cómo llenar los periódicos.

Otra de las cosas que el sanitario debe tener en cuenta para ir conociéndonos, es la forma de dar esa información. Cuando no se ocurre nada, se hace una rueda de prensa. Y en cuanto pueden, nos la endosan. La rueda de prensa es comprensible en algunos casos. En casi todos, ni es rueda, ni es de prensa. Es simplemente un pequeño alegato, una serie de preguntas sin mayor interés, y una carpeta con los datos mas sobresalientes.

Y digo preguntas sin interés no para atacar en este caso ,a mis colegas. Sino para aplaudirles. Si un periodista tiene alguna pregunta interesante que hacer –y es periodista de verdad– nunca la hará en una rueda de prensa, sino en un aparte. En la rueda de prensa, preguntan dos o tres y sin embargo las respuestas son para todos.

Se ha abusado de la rueda de prensa de tal manera que los periodistas solemos ir por compromiso. Se corre el riesgo de que cuando el tema a tratar en una rueda sea importante, no vaya nadie.

No es broma. Pero si cualquiera de nosotros asistiéramos a todas las ruedas de prensa que convocan, tendríamos que ir a cinco o seis, sólo sanitarias, sólo por la mañana.

Otro asunto que, en este ánimo de conocernos, hay que poner sobre la mesa. Nadie –y menos los periodistas– tiene tiempo para escuchar largas disertaciones, aunque sean importantísimas. Así que lo que haya que decir, cuanto más breve, mejor. Y cuanto más claro, también. Y a ser posible con comparaciones y datos cercanos. En la sanidad se cae con demasiada frecuencia en la estadística. Y salvo unos datos brutales, la estadística es un numero frío. Los porcentajes casi nunca convencen a nadie. Si se quiere enfatizar en la mortalidad que causa el tabaco mejor que hablar del porcentaje de cánceres de pulmón y cosas de esas es decir que todos los años en España se mueren, por culpa directa del tabaco, una población como la de Soria, o la de Teruel.

He aquí otro truco. Si en la rueda de prensa se busca la información escueta, clara y concisa, se puede después adornar con datos y se puede claramente, brindar el titular a los oyentes.

Me gustaría llamar la atención sobre los cambios que se están experimentando. Hace muy poco tiempo el acceso a la información exigía una cultura previa.

Hoy no. Hay que tenerlo en cuenta, porque la radio y la tele han puesto la información al alcance de todos. Y el problema además, es que cuando se habla de salud, estamos ante un público permanentemente sensible. Es un público muy receptivo y en la mayoría de los casos, médicamente ignorante. Identifica, padece lo que se dice, de manera que el mensaje de salud tiene uno sobreañadido que es el de la ansiedad de quien escucha. Es un receptor excesivo, podríamos decir, Y de ahí que se puedan producir perjuicios o beneficios dependiendo de qué se dice, cuándo se dice y sobre todo, cómo se dice.

Otro tema que esta siempre en el centro de la polémica ¿se debe divulgar la medicina? Yo prefiero hablar de divulgación, que de vulgarización. Los médicos no tiene un criterio muy acorde en esto. Hay quien defiende esta divulgación y quien la ataca frontalmente. Una mayoría de médicos, según encuestas, la acepta como buena por principio, aunque un 38 por ciento la rechaza. Sin embargo, la forma en que se hace, es rechazada por la mayoría. También piensan que la cantidad de divulgación es excesiva. Y sobre el contenido, la gran mayoría piensa que debe limitarse, entendiendo que no todos los temas médicos son aptos para ser divulgados.

Sin embargo, la divulgación médica y sanitaria es imparable. Discutir sobre si se debe o no se debe hacer, ya no conduce a nada. Se hace. Y además, todos estamos convencidos de que puede ser muy útil, sobre todo, porque un paciente informado es mejor paciente. Así que habrá que buscar que se haga cuando se debe y como se debe. Y para eso, como decíamos antes sólo cabe una postura: mantener contactos serios, frecuentes, que sirvan de mutuo conocimiento para transmitir el mensaje adecuado y para que sepamos recogerlo cuándo y cómo se debe.

El problema que también se plantea es quién debe hacer esa divulgación. ¿El periodista que se informa de los aspectos que va a tocar, o el médico, que es el que sabe de medicina, pero que no siempre esta capacitado para extraer y para divulgar?

En este sentido, yo creo que no se deben hacer distinciones a priori, porque la práctica ira decantando la situación. El médico que sepa mucho de medicina, pero no la sepa explicar aparecerá un día en la radio o en la tele. Pero no le llamaran la segunda vez. Y el periodista que escriba de estomatología creyendo que se trata del estómago, no deberá volver a escribir de ese tema...

Otro tema complejo en relación a los medios y la salud es el acceso a los avances.

Éste es un tema difícil, porque depende de donde se ejerza la profesión. Los avances médicos no son algo diario y no se producen en todos los sitios. En la prensa local suelen llegar por agencia y la discriminación de la propia agencia es ya difícil. Hay ejemplos muy claros.

Recuérdese la campaña contra la sacarina... y el ciclamato

En la mayoría de los casos los grandes periódicos y revistas acuden a fuentes internacionales. Y procuran contrastar y sobre todo valorar con asesoría. Un descubrimiento, una técnica periodísticamente atractiva, no representa muchas veces mas que una novedad parcial. Y debe saberse.

Y saber que detrás de muchos progresos médicos hay importantes intereses económicos, de mercado y de prestigio personal que pueden ser elementos distorsionados en los que los periodistas nos vemos involucrados y tenemos que actuar como moderadores.

Por eso, el único consejo válido es que cada uno de los informadores que se dedica a esta especialización, tenga "SUS" consultores. Ese médico amigo que sabe mucho, y que tiene criterio. Porque uno, periodista, no puede evaluar muchas veces la trascendencia o la importancia que puede tener por ejemplo un corazón artificial permanente, o como se puede valorar que se cure un infarto con una inyección de células madre. No puede discernir entre el avance científico y el interés del hospital por ocupar una página del periódico.

El problema serio es que la información sanitaria suele decir mas de lo que narra. Y además, el nivel científico de las informaciones en los medios no puede ser muy alto y el riesgo de inexactitudes y de levantar falsas esperanzas aumenta. Desde mi punto de vista, compartido con muchos colegas, es menos arriesgado y mucho mas seguro para el destinatario de la información, pecar por defecto que por exceso. En este caso, la cantidad de información está, muchas veces reñida con la calidad. Y ser conscientes de que nuestra información debe ir orientada a que se haga una vida mas sana, y no a que el paciente sepa hacerse un diagnóstico.

Dicho esto, creo que podemos ir por otros derroteros.

Y es el papel que los medios pueden desempeñar en la promoción de la salud. Entre otras cosas como un derecho informativo que el ciudadano tiene.

Yo prefiero hablar siempre de información sanitaria y no de información médica. Son dos conceptos que pueden parecer similares, pero que no lo son. Y que, si analizamos, tienen unos matices diferenciales importantes. Sanidad es

cosa de todos. Es radicalmente falso que la sanidad sea cuestión de los médicos; en sus manos está la medicina; nada menos. Pero la sanidad, así, en general, creo que es cosa nuestra. De la escuela, del Ayuntamiento, de la Comunidad, del Estado. Pero sobre todo, y fundamentalmente, de todos y cada uno de nosotros.

La sanidad es ya cuestión de los maestros. En vez de aprender las hermosas inutilidades de lo que dicen que es cultura, no sabemos lo más elemental de nosotros mismos. Puede que ya sepamos localizar Afganistán, aunque no sepamos lo que hace el hígado. Y es posible que sepamos muy bien que el Miño nace en Fuentemiña, pero ignoremos qué es la próstata. Si nosotros desde pequeñitos supiéramos este tipo de cosas es posible que nuestra sanidad fuera mucho mejor. Si desde pequeñitos nos enseñaran bien a lavarnos los dientes y las normas de higiene más elementales, es posible que muchas caries y muchas infecciones no existieran. Y no estaríamos hoy ostentando el vergonzoso récord de tener las peores bocas de Europa.

Es así de sencillo. Hay que aprender desde la escuela que sanidad empieza por el agua corriente y por la higiene; y no por los estrógenos y los trasplantes. Que eso es medicina, no sanidad. Hay que tener el concepto claro –y es quizá uno de los aspectos más positivos– de que sanidad es hablar de salud y no de enfermedad. Que es hablar de ocio y de bienestar; y no de hospitales. Sanidad no es medicina, insisto. Por eso quería distinguir también entre información médica e información sanitaria.

La médica es la que puede hacerse desde una publicación profesional, por ejemplo. Es profesional y para profesionales. Pero la información sanitaria no tiene nada que ver con eso. La médica, parte de considerar al hombre enfermo. La sanitaria, debe partir de considerarlo sano y contrastar lo que debe de saber para seguir estando sano.

La información sanitaria no tiene nada que ver –que eso es negativo– con esas noticias sensacionales de una nueva droga contra el cáncer. No tiene nada que ver con los recuadros en los periódicos diciendo que los americanos acaban de conseguir un nuevo fármaco contra la leucemia. O como vimos hace unos días de un nuevo medicamento que cura la esclerosis lateral amiotrófica... Ésa es una vulgarización abusando de la buena fe de los lectores y que crea unas ideas infundadas y unas crueles esperanzas. Nadie cree en ellas hasta que surge un problema cercano. Y es cuando empieza a aparecer ese “por si acaso”, una vez agotadas todas las demás vías. Y ese “por si acaso” el que hace que este tipo de noticias deban de ser absolutamente filtradas por la responsabilidad de todos.

Porque además, y también la experiencia va informando, detrás de casi todas las apariciones de este tipo, hay que sospechar algún interés comercial.

De verdad. También existe el derecho a saberlo .

Esas noticias no aparecen por casualidad y están movidas por hilos extraños y muy potentes. Podríamos poner una serie de ejemplos que son, desde luego, un aspecto bien negativo de esa información. Recuerden, por ejemplo, que hace unos años se planteó en Estados Unidos una gran polémica porque decían que la aspirina podía producir algún caso de encefalitis grave en los niños. El síndrome de Reye. Fue un gran escándalo. El porcentaje de posibilidades de que eso ocurra es mínimo, pero... Se publicó en todos los periódicos. Lógicamente, y como consecuencia directa, la venta de aspirina descendió. Al poco tiempo –¿será casualidad?– salió al mercado otro analgésico. Y en cualquier caso, no hubo que esperar mucho para que apareciera en lugares destacadísimos de toda la prensa una noticia compensatoria: una aspirina diaria previene contra el infarto. Noticia que de nueva no tenía nada, pero, qué curioso, apareció entonces.

En definitiva, me parece que el papel de los medios de comunicación en relación a la salud tiene una gran importancia. Y debe contar, desde el principio, con una gran delicadeza. En todas las reuniones nacionales o internacionales para abordar este tema, suele apelarse siempre a la enorme responsabilidad que tenemos. La verdad: suelo decir que la misma que tienen los informadores de otras áreas. Porque es responsabilidad inherente a la profesión que vocacionalmente hemos elegido.

Pero ante las noticias espectaculares, creo que habría que insistir en algo importante: Los medios caemos muchas veces en la espectacularidad para presentar un avance. Y habría que recordar en letras bien grandes que una célula no es un tejido, que un tubo de ensayo no es un órgano y que un ratón no es un ser humano. Porque muchas veces, de un experimento inicial sacamos conclusiones excesivamente optimistas.

Es cierto que tenemos responsabilidad, y mucha. Y así como en otras áreas del periodismo podríamos discutirlo, en el área sanitaria y de salud pienso que los medios –y por tanto los profesionales que en ellos trabajamos– deberíamos preguntarnos cuáles son los objetivos de nuestra información, el por qué de esa información. En un plano exclusivamente periodístico esto que acabo de decir es una herejía. La información es, y no se puede pretender nada con ella, porque entonces estamos ante la definición exacta de la demagogia. Sin embargo, el hecho de que yo pueda seleccionar la información y que tenga que decidir entre

una y otra, ya nos pone en otra tesitura. Implica una decisión de acuerdo con un criterio.

Y ahí debajo es donde late esa gran pregunta:

¿Los medios se ocupan de lo que realmente preocupa al ciudadano? ¿O es que el ciudadano acaba interesándose por lo que continuamente publican los medios?

Yo creo que la respuesta debe darla cada uno.

Hace tiempo que con mis colegas vengo hablando de la necesidad de una autorreflexión profesional, precisamente en ese sentido. Y todo fue a raíz del doloroso asunto de la colza. Creo que los medios –todos– no hemos estado a la altura de las circunstancias. Casi todos los periódicos se contentaron con ir publicando una sangría inútil de casos y más casos cuya misión no podía ser otra que la de acongojar más a los miles de personas que padecían la enfermedad. ¿Cuál era el objetivo de aquella información? Nadie puede responder. ¿Añadía algo al problema? ¿Aportaba algún elemento de juicio? ¿Justificaba el derecho del usuario? O en el caso del Sida. Que hablamos de la enfermedad de las cuatro haches –homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos– ¿Que tenían que ver los haitianos en todo esto? Luego lo llamamos cáncer rosa... luego hablamos de grupos de riesgo... Para acabar dándonos cuenta de que no hay grupos de riesgo, sino prácticas de riesgo. Pero ya es un poco tarde... Mucha gente joven piensa que como no es haitiano, ni homosexual, ni se pincha, esta libre del VIH.

Y la culpa es nuestra.

Y otra de las cuestiones a tener en cuenta es que no todos los medios son iguales.

La televisión por su propia esencia es la superficialidad hecha imagen. Tiene la ventaja de que cubre mucha mas audiencia, pero nunca se puede tratar de profundizar en televisión. No es que no se pueda. Es que el medio en sí, no lo permite.

La radio es rápida, es mas cómoda, no exige tanta técnica. Tampoco permite un mensaje largo. Y hay que saber dosificar las cosas. En la radio es donde mejor encaja eso de poco y claro. Muy claro y reiterado.

En la prensa es distinto. Es la única actividad informativa que no se puede compartir. Cuando se ve la tele, siempre hay alguien que habla, que interrumpe

en el momento oportuno. La imagen, incluso distrae. La corbata torcida, un pelo fuera de sitio ya es suficiente para que el mensaje se distorsione.

Mientras se oye la radio, se está haciendo otra cosa. Pero la prensa sin embargo, no. Hay que leerla. Y además, hay que comprarla. Por eso, cada medio tiene su lenguaje.

Pero bien, centrémonos en televisión. Supongamos que información es todo, independientemente de que se emita en un telediario o en un programa especializado, como era Mas vale prevenir. Primera realidad que se constata: el inmenso poder multiplicador que la televisión tiene. Por eso hay que medir muy bien las consecuencias de las palabras. Como los programas se anuncian con antelación, debemos ser conscientes de que entre los espectadores de ese día están fundamentalmente los interesados por esa enfermedad, porque es propia o por lo menos cercana.

La primera experiencia adquirida es que la gente de televisión ve y oye lo que quiere ver y oír.

Se habla de Parkinson y se dice que es una enfermedad crónica, irreversible, pero que se puede paliar. Al día siguiente, se reciben cientos de cartas diciendo que le des la dirección del médico que cura el parkinson. "Como dijo usted el otro día –decía otra carta– que había solución para la calvicie...". Nunca se dijo tal cosa. Es más se dijo que, de momento, no la había. Por favor que me dé la dirección del doctor que curaba el vitiligo. Nada más erróneo. Ningún doctor lo dijo.

La televisión tiene esa particularidad. Que ni se lee, ni se oye. La televisión se VE, pero mientras se habla.

Les pongo un ejemplo. Imagínense ustedes, en su casa, viendo el telediario. Pues bien, cuando hay una noticia de interés, usted siempre tiene que mandar callar a alguien. ¿A que sí? Y normalmente llega tarde.

– Calla, calla. A ver quién murió...

Luego, por la biografía lo deduce... Eso, usted, y teniendo interés. ¿Se imagina qué información puede recibir alguien que no presta atención más que al final...?

De la televisión se aprehende lo que se quiere. Quizá no sea intencionadamente, pero si en un programa sobre las varices se habla de que se pueden resolver sin cirugía, muchas espectadoras van a empezar a pensar en algo mágico y acabarán escribiendo al programa pidiendo información.

Otro aspecto que sería importante, es el de evitar las angustias. Esa angustia con sangre o imágenes tétricas no conduce a nada, salvo al sensacionalismo. Recuerdo alguno de los programas de TV que hemos hecho, en donde se sacrificaron imágenes de gran espectacularidad, precisamente por eso. Por ejemplo, cuando hablamos de quemaduras. Es evidente que podríamos haber retratado un centro de quemados, planos verdaderamente impresionantes. Pero nosotros no queríamos impresionar a nadie, sino dar la información de cómo se puede prevenir la quemadura.

Hablando de hemorragias, podíamos haber teñido de sangre la pantalla, pero no hacía ninguna falta. Todo el mundo sabe que la sangre es roja, y todo el mundo sabe lo que es una hemorragia, así que lo pasamos por alto.

En el fondo, puede que la base esté en la necesidad que tenemos de adquirir una conciencia muy clara de que las informaciones sobre cuestiones sanitarias se reciben siempre con una especial sensibilidad. Y por eso hay que evaluar muy bien eso que antes decía del poder multiplicador del medio, y la forma en que el espectador recibe ese mensaje.

Y ser conscientes, desde luego, de que los medios de comunicación pueden hacer mucho por lograr que los factores culturales y los hábitos de vida cambien, mejorando así la situación sanitaria del país.

Si nuestros hijos crecieran en esa prevención, tendrían mejor salud.

En un informativo, la salud es distinta. Ocupa menos sitio; pero se destaca mucho más.

Yo tengo la percepción de que los agentes de relaciones públicas de los laboratorios, prefieren los fines de semana para que sus noticias salgan en los telediarios. Y no porque el fin de semana tenga mas audiencia, sino porque en el fin de semana, suele haber menos noticias y como los profesionales que los hacen son distintos, tienen menos control sobre los contenidos. Así se explica, por ejemplo, que se hable de nuevos medicamentos y nuevos tratamientos en un telediario, cosa inusual. Porque como decía antes ,para dar esa noticia de que se cura la esclerosis lateral, habría que sopesarla mucho y llegaría, pues al telediario mas tarde que todas las demás publicaciones.

En fin, podríamos hablar mucho mas de los medios de comunicación en relación con la salud.

Muchas de estas cosas ya las conocían ustedes. Pero agradezco de verdad que me hayan escuchado con tanta atención. Y si quieren, y se responder, estoy a su disposición.

ANEXO 1.-

R.J. Claudín.- El secretario general adjunto de la Federación Internacional de Periodistas (FIP), Paco Audije, ha señalado hoy que la crisis de los medios de comunicación está relacionada con la crisis económica y con la universalización de las nuevas tecnologías, pero el mayor peligro para los periodistas es que el periodismo se considera prescindible porque la información puede llegar directamente a los ciudadanos.

Paco Audije ha planteado en el II Congreso de la Federación de Sindicatos de Periodistas (FeSP) que se celebra en Espartinas (Sevilla) que hay que ser capaces de analizar datos complejos de distinto origen social, económico, político o tecnológico que confluyen en los problemas actuales de la información, y que no son positivos o negativos por si mismos, sino en función del contexto en el que se analicen.

Así, citó que cada vez hay más lectores aunque cada vez se venden menos periódicos, que en la información prima lo irrelevante sobre el análisis, que se está produciendo un relevo no generacional en las redacciones que influye en la calidad de la información, que los empresarios no quieren hablar de calidad ni de relevo porque están en la concentración de cabeceros.

Los periodistas tenemos que reflexionar sobre todo ello, dijo Audije, pero no admitir sin análisis las soluciones que pretenden los empresarios, porque las soluciones no son las que apuntan, ya que las encuestas señalan que los ciudadanos son conscientes de la utilización política de la información, de que prevalece la opinión sobre la información y de que las noticias cada vez sirven más de percha para columnistas al margen del interés general.

Paco Audije llamó a los delegados al congreso de la FeSP a huir del periodismo uniforme y del pesimismo sobre la evolución de la crisis, porque la información seguirá siendo una necesidad fundamental de las democracias con independencia del soporte en que la reciban, y los lectores acaban diferenciando la información de la basura.

“LA IMAGEN DE LA ENFERMERÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN”

Sugerente es el tema que me han propuesto para que yo me presente hoy ante ustedes: la enfermería y los medios de comunicación. O si lo prefieren, la percepción que se tiene de la enfermería.

La verdad es que yo no me creo capacitado para hacer un análisis serio en este sentido. Lo único que puedo hacer –y a ello les invito– es una reflexión personal sobre ambas cosas, es decir, sobre los medios de comunicación y sobre la enfermería. Y ojalá, al final lleguemos a una síntesis correcta.

Los periodistas solemos decir que los periódicos son un reflejo de la sociedad en que se editan. Bueno, lo decimos; pero me da la impresión de que estamos muy poco convencidos de ello.

He aquí un primer punto de posible discusión. Porque la pregunta es inevitable: ¿los medios de comunicación reflejan lo que la sociedad piensa, o son los responsables de que la sociedad piense lo que piensa...?

No es un juego de palabras.

Me parece que el tema es muy complejo y que merecería, como hace tiempo vengo diciendo a mis compañeros y colegas, un autoexamen profundo. Creo sinceramente, que necesitamos una autorreflexión que reoriente nuestro porqué social. Que nos preguntemos con sinceridad si es verdad que publicamos aquello que la sociedad necesita saber, o que si publicamos sólo aquello que queremos que se sepa...

Sirva como primer punto de pensamiento.

Como es otro asunto, partamos de la base convencional de que la prensa recoge lo que ocurre en su sector social y lo que presume que puede tener un interés para su público lector.

(Quede claro que cuando hablo de prensa y público lector es como si hablara de televisión y público televidente o de radio y público oyente, o de cine y público espectador).

Me voy a permitir un análisis de nuestra sanidad. Creo que la conozco bien, y conozco también muy bien al que fue vicepresidente de la Comisión Abril, con el que he reflexionado sobre este tema. Veán en síntesis este análisis que merece discusión:

La sanidad pública es invisible para la sociedad, que en la práctica está integrada por ciudadanos sanos (han sido o serán enfermos, pero entonces la “baja médica” los desgaja de la sociedad), ciudadanos que no requieren asistencia sanitaria. La sanidad pública no es, pues, un problema de la sociedad, sino de aquellos que están enfermos y segregados, y cuando el problema es de otro no se mira, deja de verse; únicamente para los enfermos es visible la sanidad pública (por eso es secuestrada cómodamente por los políticos y no ha sido nunca un tema relevante del debate social, como son a menudo la educación, la vivienda, la administración de justicia, el paro, la seguridad, el precio del dinero o los accidentes de automóvil);

La enfermedad es un episodio individual, íntimo, que cada persona siente a su modo, distinto y separado al de los demás; los enfermos no constituyen un grupo social que pudiera ejercer alguna influencia (las escasas asociaciones de enfermos y de familiares de enfermos son formas de ayuda mutua);

la baja calidad de la asistencia no puede ser percibida por el enfermo: nota, sí, el confort o la incomodidad, la diligencia o la desgana con que es atendido, pero su desconocimiento de la medicina no le permite distinguir la calidad de la asistencia, ¿cómo podrían los ciudadanos indignarse por los fallos de calidad y exigir que el Sistema los corrija cuando no pueden saber si hay fallos?;

Los políticos no esperan: en los sistemas de salud públicos de libre acceso universal y gratuitos en el momento de la asistencia, la “cola”, el tiempo de espera, es el mecanismo económico de asignación de los servicios médicos (escasos por naturaleza) entre la multitud de demandantes. Suprimido el precio, el enfermo ha de pagar con tiempo (o sea, con la prolongación de su incertidumbre y su dolor); la espera forma parte esencial de dichos sistemas, sin la espera no podrían funcionar. Pero los políticos y las personas influyentes no esperan: son atendidos en el acto por la sanidad pública que ellos gobiernan, como lo son los acomodados

por la sanidad privada; sólo los menos favorecidos sufren la espera. “Si los miembros del Congreso y los poderosos tuvieran que esperar para recibir asistencia médica como cualquier otro, ese Sistema no duraría un minuto”, dijo John Godman, un liberal norteamericano;

La asistencia médica es un servicio local: se asiste al enfermo allí donde cae enfermo, generalmente en el lugar de residencia; para los ciudadanos la asistencia pública próxima, la de su barrio o su localidad, es el Sistema entero. No pueden ver la de más allá, no pueden comparar ni enjuiciar. En esta disgregación de opiniones difícilmente puede llegar a formarse una opinión pública enterada y activa.

A DÓNDE NOS HA LLEVADO LA SITUACIÓN

Por todo lo dicho anteriormente, como señala Enrique Costas en un artículo titulado “La necesaria rebelión de los médicos”: “La sanidad pública sufre desde hace algunos años un proceso de progresivo deterioro que, por lo visto, los políticos quieren ignorar, seguramente porque temen afrontarlo. “Nuestro sistema de salud es uno de los mejores y más baratos del mundo” –dicen y repiten con entusiasmo–, así que sus eventuales fallos sólo pueden ser leves, de fácil arreglo; no hay por qué inquietarse. Lo cierto, sin embargo, es que esa negada erosión ya daña el funcionamiento y la ordenación de nuestro ensalzado Sistema Nacional de Salud e incluso debilita el pacto social y los principios morales que lo sostienen: la equidad está hendida, si no rota, por las desigualdades de recursos y de prestaciones de los servicios de salud autonómicos; la solidaridad ha desaparecido en la desunión de dichos servicios, cada uno de ellos ensimismado en sus intereses y divorciado y hasta desconocido de los demás; un torpe igualitarismo y los bajos salarios desaniman el esfuerzo y el mérito y fomentan la mediocridad del personal sanitario; las listas de espera, aflicción mayor del Sistema, son falseadas por los políticos a su conveniencia; no ha cesado, a pesar de los solemnes acuerdos de financiación, el endeudamiento oculto de los servicios autonómicos (que en el momento propicio sabrán endosar al Estado, como de costumbre); la desinformación es casi absoluta: las autonomías, recelosas de posibles comparaciones entre ellas retrasan o esconden los datos reales de actividad y costes sanitarios, de forma que cualquier análisis estadístico es imposible (dicho de otro modo, los servicios autonómicos no soportan la transparencia y han convertido el Sistema Nacional de Salud en una mole de ignorancia que camina a ciegas); la gestión está sometida al partidismo, mucho más aplicado en colocar

a los fieles y obtener rentas políticas que en mejorar la eficiencia del gasto; las altas instituciones del Sistema son una ficción: el Consejo Interterritorial carece de capacidad para coordinar y menos cohesionar los servicios autonómicos (la ley de Cohesión, tan consensuada, nunca fue más que papel mojado) y el Ministerio de Sanidad, casi vacío de competencias, flota en el limbo; no hay en el Sistema afán alguno por la calidad clínica, ni siquiera se intenta medirla (algunas autonomías incluso menosprecian la confidencialidad de las historias clínicas); la atención al enfermo, razón de ser de la sanidad pública, es apresurada y rutinaria en medicina general, inoportuna (con largas esperas) en gran parte de la asistencia especializada, azarosa en urgencias (en manos de médicos en formación) y siempre masificada y de práctica dudosa, no evaluada; etcétera. Podría alargarse mucho esta muestra de serios desperfectos, todos ellos hechos ciertos, no simples opiniones ni resultados de encuestas.

¿Soluciones? Puede haber varias pero todas parten de que haya una voluntad de resolverlo. Y por tanto, primero hay que hacer visible esa sanidad. Se debería por ejemplo, abrir vías prácticas de información y participación efectiva de los ciudadanos. Por ejemplo.

**Crear una comisión nacional de vigilancia y mejora de la calidad asistencial constituida por personas independientes con ascendencia en la sociedad y prestigio en sus profesiones designadas por el Congreso de los Diputados.*

Instaurar una junta de gobierno en cada hospital público formada por médicos del mismo hospital y, en mayor número, ciudadanos elegidos por sorteo presididos por un notable nombrado por la autonomía correspondiente.

**Establecer el cargo de gerente de las listas de espera en cada uno de los servicios de salud autonómicos a desempeñar, también con independencia, por personas rigurosas y con crédito social.*

Es un tema que dejar marcado para meditarlo o para discutirlo, como ustedes quieran.

Bueno, ciñéndonos más a la percepción de la enfermería. Como ya cuando me invitaron a clausurar un Congreso de ustedes en Córdoba, rara vez aparece la enfermería en los medios de comunicación social... Rara vez, excepto cuando la noticia es que el personal de enfermería de tal o cual centro está en huelga...

Hasta ese momento, es como si la enfermería a escala de medio de comunicación social, no existiera.

¿Curioso, verdad?

Luego intentaremos ver no digo los porqués, sino alguna de las razones que se pueden aducir...

Otro hecho:

Incluso para los propios visitantes de un hospital, el personal de enfermería no existe más que como funcionario de información. Y se asiste al diálogo:

- Por favor, el doctor Tal?
- ¿Que deseaba? – dice la enfermera.
- No, no, nada. Venía a ver al doctor....

Hasta que no se le explica claramente que el doctor no va a venir y que su problema se puede resolver, el visitante no se da cuenta de quien le ha atendido.

Si hablamos del plano ambulatorio, el problema es más curioso aun. La enfermera o el enfermero se convierten en una especie de filtro que la organización propone.

Y el comentario surge inevitable:

- No, no. Si el doctor Perenganez es un bendito, es muy amable.

Encima es ella quien tiene la culpa.

Bueno: volvamos al principio.

Hablamos de reflexión, al margen de anécdotas.

Sobre los medios de comunicación creo que hay poco más que decir. Me parece más útil ahora pensar en la enfermería. Quizá muchas de estas cosas a ustedes les suenen a muy sabias. Lo siento... sé que es una osadía por mi parte opinar ante ustedes de enfermería, pero permítanme que sea esto como pensar en voz alta.

Si partimos de la pregunta de lo que hoy es la enfermería, es posible que nos encontremos ante muchas respuestas. Para la mayoría de la gente creo que, aunque sin razón, la respuesta mas abundante es que la enfermería es un sector subordinado al médico. Que es una especie de recadero del medico que hace lo que el médico dicta y que forma parte de "los otros".

Perdonen un inciso: cuando hablamos de "los otros" me refiero a todos aquellos que llaman paciente al enfermo. Bastante explicita es ya la palabra pacien-

te. Todos los que no son paciente son, pues, los otros, en esa especie de argot tan curioso como el que ustedes utilizan : eso de “hacer una hemorragia, o “hacer un edema”...

Para la gran mayoría los enfermeros o enfermeras son quienes llevan a cabo las ordenes del médico. Por si fuera poco, en muchos campos, todavía se le da a la profesión un carácter sacerdotal.

La enfermería se convierte así en una especie de dedicación sublime a la que se entrega un grupo de gentes que, en vez de profesión, tienen vocación. Como si fueran religiosos. Ellos, ellas atienden, curan, complacen no porque tengan una profesión sanitaria, sino porque son parte de una vocación religiosa que incluye entregarse a los demás de esa forma.

En este sentido me llama la atención, como al redactar estas líneas, surge espontáneamente hablar de “las enfermeras”, más que de la enfermería. Hasta ahora, me parece, la enfermería era cuestión de casi monjas. No tiene nada de peyorativo salvo la significación que puede tener ignorar que además de la vocación hay una profesión que nada tiene que ver con credos, con ideologías, con vocación o confesiones.

Casi me atrevería a asegurar que la enfermería hasta ahora ha sido considerada como una profesión femenina, casi religiosa, cuya función consistía en ser un minimédico.

Y en esta definición hay muchos factores sociológicos.

Pero vean qué curioso: ya hay por lo menos un 30% de varones enfermeros y el colectivo sigue hablando de enfermeras. Sin embargo, mas del 50 por ciento de pediatras son mujeres, y se sigue hablando de ir al pediatra o de los pediatras...

Sería interesante recordar una serie de cosas que ustedes conocen mejor que yo. Antes, lo importante, lo único importante, era la práctica. Señal de que había poco de otros conocimientos; porque me da la impresión de que allí donde lo importante es la práctica, es porque hay mas que otra cosa, un oficio que se aprende repitiendo. Sin embargo, en el ejercicio de esa práctica, hay dos conceptos que aguardan escondidos: la disciplina y la subordinación hacia el médico, especie de semidiós infalible al que se le debe respeto y admiración. De ahí, por si fuera poco partieron no pocas bromas que ha sido esas si -objeto de máxima atención. Todas la historias eran posibles, y todas giraban en torno al mismo

tema: medico joven se casa con enfermera de buen ver que en un momento de agotamiento supo secarle el sudor, o la lágrima....

Se presta a la novelería. Y lo triste es que aquí sí ha tenido amplio eco. Pero obsérvese que incluso aquí, se habla de novelería y no de literatura, lo cual también implica una valoración.

¿Y por qué todo esto?

Una razón básica puede estar en el comienzo. Es verdad que al principio la enfermería estuvo ligada a lo religioso. Aquella mujer de la lámpara, como llamaban a Florence Nigthingale, que pasaba con su linterna las noches recogiendo heridos en la batalla pertenecía a otra humanidad. En nuestro mundo, cuando alguien es solidario, cuando alguien ayuda a los demás, se le perdona si es por motivos religiosos. Si no, se le plantean alrededor siempre una serie de preguntas:

- ¿Y éste qué quiere? ¿Qué busca?

¿Como se puede concebir una ayuda a los demás sin pedir nada a cambio?

Habría que hacer toda una historia de las teorías de la enfermería, como ha hecho Rosette Poletti. Me voy a ahorrar todo eso que ustedes conocen mejor que yo. Voy a apelar a ejemplos.

Partamos de la base de que quien tiene trato con la enfermería o es un enfermo o es un familiar del enfermo.

Es un primer punto a tener en cuenta.

Fuera del círculo enfermeril –y perdónenme la expresión– sólo tiene trato con la enfermería o el propio enfermo o el familiar que le acompaña. Son, pues, quienes unen la profesión de ustedes con el mundo exterior....

Y tanto enfermo como familiar son elementos curiosos. El familiar que va -no quiere decir que sea el más próximo- es un individuo que se lo sabe casi todo. El enfermo acude a él porque tiene desparpajo. Si no, iría otro. Pero va él, porque se lo sabe casi todo. Es quien conoce los derechos, quien ha hablado ya en dos ocasiones con el inspector, etc... Suele ser un sujeto bajito, descarado y que se cree con derecho a todo sin conocer ni uno solo de sus deberes.

Suele, además, amenazar con conocimientos de superiores que nada tienen que ver con el problema real. Pero conoce al chofer de uno que fue ministro de no sé que. Todo falso. Pero le hace ilusión.

Bueno, ya saben ustedes.

Como, además, el familiar no tiene padecimiento alguno está muy ajeno a la situación real. Protesta, por ejemplo, porque tarda el ascensor. E incluso protesta en la cafetería porque tardan en servirle el café. Es típico que apele a que él tiene derecho y a que su dinero vale lo mismo que el de los demás.

Por si fuera poco, el enfermo que le acompaña, porque entonces se invierten los papeles, adquiere la idea de que hay que ser así. Que hay que hacer valer los derechos. Pero hay que ser de una manera especial. El primo tiene mucho carácter. Es que el primo estuvo muchos años en la gran ciudad, y claro, él sabe lo que es esto. Lo dice siempre: o pisas o te pisan.

Ni una cosa ni otra. Cuando el primo acabó con toda su parafernalia, cuando acabo con todo lo que tenía que hacer, realmente tú, enfermo, te vas a quedar solo en la habitación. Y aunque haya más gente, te vas a quedar solo.

—Hola— vas a decir.

Y hola te van a contestar los otros, pero nada más. Tú y tu problema os vais a quedar solos en esa habitación. Y el primo se va a ir a su casa a decir aquello de que si no es por mi le meten en una habitación de quince...

Es lo mismo. Ya sabes que no. Y nunca te vas a molestar en llevarle la contraria.

El estará en su casa. Y esa noche, la primera noche de tu ingreso, vas a saber de verdad lo que es la soledad. La vas a sentir. Vas a ver, más que a sentir, que sólo hay dos momentos en la vida en que la soledad es realmente soledad. El primero, ni te acuerdas. Es cuando te cortan el ombligo y estiras tus pulmones. Y después ese otro momento dramático e intenso que es la muerte. Solo ahí estás solo. Y cuando te quedas así aislado en un centro sanitario porque estás enfermo, es cuando imaginas ese momento último. Lo imaginas de formas muy distintas. Incluso dándole otros nombres...

Y justo cuando estás sumido en esos pensamientos, llega la enfermera o el enfermero. Y saluda. Y lo hace sin rutina, aunque lo parece. Si lo piensas bien, es la primera vez que la rutina te satisface. Porque es lo de siempre. Para él, para ella, es lo de siempre. No tiene nada de extraordinario, y eso empieza a ser una buena señal. Tú eres uno más, aunque tengas el apéndice inflamado. Para él, para ella, para la habitación, para la planta, para el hospital, tú eres uno más.

Y eso ya te integra en el grupo.

Luego te atreves. Y dices qué lejos está el primo:

- Por favor....

- ¿Si? – te contestan....

Preguntas y te contestan. Sin traumas. Bien. Y eso llega a sorprenderte. Porque empiezas a ver el mundo en otra dimensión. Ahora –y eso es lo importante– el mundo tiene muy poco que ver con el que aparece todos los días en la televisión. El mundo, ahora, sólo tiene dos o tres coordenadas que casi siempre pasan por ti. Y poco más. Sólo un par de cosas ves que son importantes. Lo demás es una pura anécdota. Te das cuenta de lo lejos que está Irak o lo poco que te importa ese señor llamado George Bush o lo que vaya a pasar en Mónaco. Es cuando empiezas a darte cuenta de lo que es la enfermedad. Cuando te hablaban de que la enfermedad te hacía crecer en madurez poco podías imaginar que era eso. Yo pienso que la madurez no se adquiere por estar enfermo. La madurez se adquiere sólo cuando uno habla consigo mismo. Cuando uno se quita la palabra a sí mismo y se dice esas cosas de los grandes por qué. Que qué hago yo aquí, que qué pinto yo aquí, que para qué y por qué estamos aquí... la respuesta de cada uno es la madurez de cada uno.

Empiezas en esa habitación individual y compartida a adquirir madurez. Tú, como individuo, eres un usuario que, bueno, a veces defendiste los derechos humanos. Y entonces sabes que tienes derecho a ellos como ser humano que eres. Piensas en ellos. Y entonces es cuando alguien con cabeza –y no tu primo– debe decirte que lo importante es que esos derechos humanos se puedan ejercer en un contexto en donde el ser humano es más humano y menos ser. Es decir, en un centro sanitario. Te das cuenta de que estás disminuido. Sí, que eres el de siempre, pero el hecho de estar enfermo te da una cualidad distinta de ser. No eres el mismo. O eres el mismo, pero enfermo. El mismo pero alterado por la enfermedad.

En ese estado de cosas, los derechos humanos no te los discute nadie. Tú mismo empiezas a cuestionártelos. Porque te ves envuelto en un fárrago de cosas que no entiendes. Te sientes pieza de un engranaje inmenso. Te empiezas a sentir disminuido. Y todas las teorías que estudia la enfermería son entonces válidas. Te sientes poca cosa. Le preguntas a la enfermera o al enfermero....

- Por favor... ¿A qué hora puedo llamar?

Y te lo dicen. E incluso te sorprendes de que haya respuesta. No habías pensado que allí, vestida de blanco hay una persona que tiene la misión de ayudar-

te, que tiene como misión estar contigo, cuidarte, ayudarte a ser tú, a sanar. Que no es ni recadero del médico ,ni vigía, ni guardián de la planta, sino un profesional que tiene como misión establecer ese puente entre la curación y tú y que pertenece a una hermosa profesión que es la enfermería.

Hace muy poco, y en un tiempo que no pude ni pensarlo, tuve que someterme a una intervención quirúrgica. Ingresé una noche en un gran hospital. O bueno, en un hospital grande. A última hora llegó el enfermero a afeitarme el abdomen. Hablamos, claro, de la tele. El afeitado es lento, y el abdomen está abultado por un quiste como un balón... La charla es distendida gracias a él.

Y entonces se establece una especie de transferencia, como dicen los psiquiatras, magnífica. Ya sé que ustedes deben estudiar eso. Y que deben conseguirlo. Pero eso no lo sabía yo entonces.

Vi entonces que ustedes tienen una misión que no aparece en los libros de texto. Quizá porque esos libros están escritos por profesionales. Su misión creo que es la de que no se note que estamos en un hospital. Y sobre todo –y ese es su gran sacrificio– QUE NO NOS ACORDEMOS.

He ahí la clave.

Lo hacen ustedes tan bien, que la vida del paciente se plantea entonces a base de una fecha: antes y después de haber estado en el hospital. En esa línea divisoria van a figurar, con letras grandes, el hospital, la enfermedad, el cirujano, la planta, el número de habitación, hasta el mismísimo vecino de habitación. Pero no va a figurar el personal de enfermería.

¿Por qué?

¿Por qué esa injusticia?

Piénsenlo.

No va a estar la enfermería.

Nos vamos a acordar de todo, nos vamos a acordar de detalles mínimos, imbéciles, incluso. Pero no de cómo se llamaba aquel hombre bueno, ni cual era el nombre de aquella chica que no había ni que decirle que tenías sed porque aparecía con su jarra de agua, siempre oportuna.

De ahí parte la inmensa injusticia que la sociedad tiene con ustedes.

De que no hay memoria.

De que nadie va a recordar lo que ocurrió tras aquellas paredes del centro sanitario.

Y eso habla bien de ustedes en dos sentidos. El primero: que ustedes han cumplido correctamente con su misión. Si se hubieran equivocado, se hubiera denun-

ciado, habría notoriedad y por tanto habrían salido de su anonimato.

No se les conoce porque cumplen. Y además, porque cumplen bien. Yo recuerdo de niño una frase que me llamó mucho la atención. Era como una norma de comportamiento. Decía: ser para los demás como un camino que se utiliza y se olvida.

Ustedes lo hacen.

La injusticia que los medios de comunicación cometen con ustedes es la misma que comete toda la sociedad.

Los medios aquí sólo reflejan la injusticia mayor de todo el grupo.

Se les olvida.

Y se me antoja que hay una razón. Ustedes no salen a la luz pública porque tienen el inmenso privilegio de ver al hombre en su debilidad. Ustedes saben de la debilidad de los demás. Del miedo. De la angustia. De cómo se desarma cada uno en el momento en que cada uno se desarma. Por eso no tienen audiencia. Porque lo que menos se perdona en este mundo no es el poder, ni el dinero, ni la inteligencia. Lo que no se perdona nunca es que alguien sepa, conozca, vea, nuestra debilidad.

Y ustedes tienen la enorme responsabilidad de conocernos como monos desnudos. Como animales enfermos. Como niños llorosos y débiles.

Es decir, como somos.

Como hombres.

¿Como pueden pretender que además se les perdone?

El silencio de los medios de comunicación es sólo eso: una contrapartida. Y, desde luego, una injusticia.

Quizá, para terminar, haya que decir que en ese silencio está el reconocimiento a su labor. Y que al margen de otras filosofías deberíamos exigirle a la sociedad que recapacitara. Que el hombre cuanto más solo, cuanto más débil, cuanto más doloroso, cuando se le escape una lágrima, no sólo no debe avergonzarse, sino que es ahí, en ese momento, sólo ahí, cuando es más hombre.

Solo para terminar quisiera decirles que muchas gracias.

Muchas gracias por haberme permitido conocer la enfermería. Muchas gracias por haberme dado la oportunidad de hablarles. Muchas gracias, en definitiva, por ser ustedes, por existir.

Se lo digo como hombre, como profesional y como paciente.

Gracias por ser enfermeros. Si no es ahora, ya se lo reconocerán. Es cuestión de tiempo. Gracias.

