



Persona y Bioética  
ISSN: 0123-3122  
Universidad de la Sabana

Rosas-Jiménez, Carlos Alberto; Díaz-Díaz, Álvaro  
La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo  
Persona y Bioética, vol. 21, núm. 2, 2017, Julio-Diciembre, pp. 280-291  
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.8>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83257154007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# LA ESCUCHA: ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL CUIDADO PALIATIVO

*LISTENING: A FUNDAMENTAL ELEMENT IN THE SPIRITUAL CARE OF PALLIATIVE CARE*

*A ESCUTA: ELEMENTO FUNDAMENTAL NO ATENDIMENTO ESPIRITUAL DO CUIDADO PALIATIVO*

Carlos Alberto Rosas-Jiménez\*

Álvaro Díaz-Díaz\*\*

## RESUMEN

Los cuidados paliativos buscan ofrecer una atención holística para brindar una mejor calidad de vida a los enfermos, especialmente cuando se aproximan al fin de su existencia. Profundizar en la dimensión espiritual de la persona humana resulta atractivo puesto que ofrece respuestas al sentido de la vida. Se ha constatado que la atención espiritual aporta grandes beneficios para el paciente. Por eso, en este trabajo hemos querido profundizar en la importancia de la dimensión espiritual en los cuidados paliativos; se destaca la actitud de la escucha como pieza clave de dicha atención espiritual, lo que evidencia que el *burnout* de los médicos es el principal obstáculo para potenciar la escucha como una adecuada disposición que resulte consoladora y sanadora.

**PALABRAS CLAVE:** cuidados paliativos; espiritualidad; escucha; bioética, burnout (Fuente: DeCS).

DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.8

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Rosas-Jiménez CA, Díaz-Díaz A. La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. *pers.bioét.* 2017; 21(2): 280-291. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.8

\* orcid.org/0000-0003-1529-3785. Grupo Kheirón Bioética UniSabana, Colombia. carlosrosas@uniandes.edu.co

\*\* orcid.org/0000-0002-8555-8243. Universidad CES, Colombia.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2017-05-29

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2017-05-31

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2017-09-01

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2017-09-04

**ABSTRACT**

Palliative care seeks to offer holistic care in order to provide a better quality of life for the sick, particularly when they are nearing the end of their existence. Delving into the spiritual dimension of the human person is attractive, since it offers answers to the meaning of life. It has been found that spiritual care brings great benefits to patients. That is why in this paper we wish to delve into the importance of the spiritual dimension in palliative care; we highlight the act of listening as a key piece of spiritual care, which shows that the doctors' burnout is the main obstacle to enhance listening as a suitable provision that is both comforting and healing.

**KEYWORDS:** Palliative care; spirituality; listening; bioethics, burnout (Source: DeCS).

**RESUMO**

Os cuidados paliativos buscam oferecer uma atenção holística para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes, especialmente quando se aproximam ao fim de sua existência. Aprofundar na dimensão espiritual da pessoa humana acaba sendo atrativo, posto que oferece respostas ao sentido da vida. Foi constatado que o atendimento espiritual traz grandes benefícios para o paciente. É por isso que neste trabalho quisemos nos aprofundar na importância da dimensão espiritual nos cuidados paliativos; a atitude da escuta se destaca como peça-chave de tal atendimento espiritual, o que evidencia que o burnout dos médicos é o principal obstáculo para potencializar a escuta como uma disposição adequada que resulte consoladora e sanadora.

**PALAVRAS-CHAVE:** bioética; burnout; cuidados paliativos; escuta; espiritualidade (Fonte: DeCS, Bireme).

## INTRODUCCIÓN

Experimentamos hoy una aproximación doble frente a la muerte, unos quieren acabar de raíz el problema del dolor acortando la vida, mientras que otros buscan prolongarla el mayor tiempo que se pueda. Ambas posturas evidencian un temor a la muerte. Podríamos preguntarnos ¿no habrá un equilibrio entre estas dos posturas? ¿Será que no tenemos los lentes, o que los tenemos mal puestos, para ver mejor la realidad de la muerte y el dolor?

Estos interrogantes pueden ser abordados desde muchas perspectivas. En medicina, la práctica y la reflexión en torno a los cuidados paliativos proporcionan luces para responder a estos y otros interrogantes relacionados con el dolor humano y la muerte. Desde mediados del siglo pasado se han propuesto diversas iniciativas que promueven que las personas que se encuentran en los momentos finales de la vida sean atendidas con mayor respeto de su dignidad. Así, los cuidados paliativos han surgido ante la posible despersonalización que la tecnificación puede implicar, especialmente en las enfermedades avanzadas ante las cuales la ciencia no halla una solución definitiva (1).

Para comprender mejor la relevancia de esta disciplina nos ayuda volver al significado del concepto. El término paliar (del latín *palliare*) quiere decir tapar o cubrir; está relacionado además con *pallium*, que es manto o abrigo; ambos términos hacen referencia a los peregrinos que se cubrían con mantas para protegerlos del frío. El significado que se le otorga a la acción de paliar es el de *mitigar, suavizar, atenuar una pena o disgusto* (2); si lo trasladamos al contexto de la salud y la enfermedad, se refiere a la orientación terapéutica que busca aminorar

el sufrimiento y la pena, al reconocer que hay enfermedades o condiciones de salud que no pueden curarse o resolverse; sin embargo, no quiere decir que no pueda hacerse algo por ayudar a quien las sufre. Esta perspectiva llama a no abandonar al enfermo a su suerte, a no ser indiferentes y a ofrecerle los cuidados que son necesarios para brindar alivio y consuelo en medio de su fragilidad. Este es el objetivo que inspiró, hacia la década de los sesenta, a Cicely Saunders, una médica británica que lideró algunas de las primeras experiencias en cuidado paliativo. Para ella, la persona con enfermedad avanzada, no solo representaba un cuerpo enfermo, sino un ser humano que experimentaba un dolor total (3), por tanto, el principal objetivo que se plantea es cuidar de la “persona” y no de la “enfermedad” (4).

El cuidado paliativo, como su definición señala, es una disciplina que propone un enfoque terapéutico que tiene como objetivo brindar una mejor calidad de vida a la persona que tiene una enfermedad avanzada grave, así como a su familia; que involucra intervenciones para prevenir y mitigar el dolor y otros síntomas físicos, en donde el apoyo psicológico y espiritual cobran una mayor importancia (5-7). En la naturaleza de estos cuidados se considera la muerte como una etapa natural de la vida, por tanto, sus prácticas ni la aceleran ni la retrasan (6). Este abordaje idealmente ha de hacerse desde el diagnóstico de la enfermedad potencialmente grave, hasta una etapa posterior de la muerte del enfermo, momento en el que se acompaña a la familia en la elaboración del duelo. Al considerar al hombre como una unidad bio-psico-espiritual y social, los cuidados paliativos toman distancia de los enfoques reduccionistas, en los cuales el paciente es identificado con el órgano enfermo o con los requerimientos biológicos que su patología implique (1, 8).

EL CUIDADO PALIATIVO, COMO SU DEFINICIÓN SEÑALA, ES UNA DISCIPLINA QUE PROPONE UN ENFOQUE TERAPÉUTICO QUE TIENE COMO OBJETIVO BRINDAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA A LA PERSONA QUE TIENE UNA ENFERMEDAD AVANZADA GRAVE, ASÍ COMO A SU FAMILIA; QUE INVOLUCRA INTERVENCIONES PARA PREVENIR Y MITIGAR EL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS FÍSICOS, EN DONDE EL APOYO PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL COBRAN UNA MAYOR IMPORTANCIA.

Esta práctica ha venido, entonces, a rescatar en el área de la salud la visión integral del ser humano, con sus dimensiones física, psíquica, social y espiritual (4), y enfatiza que hay dimensiones interiores que también merecen ser atendidas (9), pues como menciona Bermejo, el profesional capacitado para ejercer esta labor “no es el que tiene muchos conocimientos, el que sabe mucho, ni siquiera el que posee muchas técnicas o habilidades para poner en práctica, sino el que sabe ser, es decir, el que ha interiorizado las actitudes propias de una relación auténtica” (10). Pero es la dimensión espiritual la que de alguna manera destaca un enfoque particular de los cuidados paliativos. En efecto, son varios los autores que explicitan la existencia de un componente espiritual en el cuidado de la salud (11).

En este trabajo queremos resaltar la importancia de la aproximación espiritual dentro del cuidado paliativo, y destacamos la actitud de escucha como un componente clave en la relación paciente-médico. Presentamos el *burnout* de los profesionales de la salud como uno de los principales obstáculos para una atención que integre la dimensión espiritual del enfermo en el cuidado paliativo.

#### LA ESPIRITUALIDAD EN EL CUIDADO PALIATIVO

El término espiritualidad (del latín *spiritualitas*) está relacionado con espíritu o *spiritus*, que significa aliento o respiro, sinónimo de una vida que trasciende lo corpóreo (2). Para comprender la importancia de la espiritualidad en el cuidado de la salud, el doctor Swinton, de la Universidad de Aberdeen, nos plantea lo siguiente: imagínese que camina a través de un denso bosque con un bello follaje, inundado por una variedad de aromas de todo tipo de plantas. En medio de ese bosque se encuentra una cascada por la que cae abundante agua cristalina, cuya caída genera un ruido fuerte por la cantidad de agua, pero apacible, constante y tranquilizador. En un momento usted toma un balde y lo llena con el agua que cae de la cascada, ¿qué diferencia hay entre el agua de la cascada y el agua del balde? ¿Cuál es más real? El agua es la misma en los dos casos. Tanto la cascada como el agua del balde son verdaderas. Lo que sucede es que existe una realidad de misterio y asombro en la cascada que hace que exista una diferencia con el agua del balde. Todo el contexto de la cascada hace que esa agua sea percibida de manera diferente a la que está quieta en el balde. Lo que se argumenta es que el cuidado de la

salud tiene una tendencia a enfocarse en los baldes y no en las cascadas, y es la espiritualidad la que hace de puente y llena la brecha entre estos dos elementos para ofrecer algo nuevo y afirmar la necesidad de las dos. La espiritualidad rescata el misterio que está de alguna manera presente en la realidad que nos rodea, incluidas las otras personas, y, en nuestro caso, los pacientes (12). La Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, señala que al evaluar la calidad de vida de las personas deben integrarse la espiritualidad, las creencias personales y la religión (13).

¿Qué sería entonces la espiritualidad en el cuidado de la salud? Por un lado, en el mundo académico y profesional hay cierta ignorancia acerca de la naturaleza de la espiritualidad y su papel en la vida de las personas; y es por eso que se da una frecuente diferenciación y separación entre lo material tangible y lo trascendental, con lo que se dicotomiza al ser humano y se reduce en su comprensión (4). Por otro lado, no hay un consenso real sobre lo que es o lo que se supone se debe hacer (12, 14). Parte de la confusión está relacionada con la separación de espiritualidad y religión, ya que para muchos de los que trabajan en el campo del cuidado de la salud, los dos términos —“religión” y “espiritualidad”— se consideran separados, aunque como entidades conectadas (12, 15). La espiritualidad es percibida entonces como una experiencia subjetiva que existe dentro y fuera de los sistemas religiosos tradicionales; incluye la necesidad de encontrar respuestas satisfactorias a las preguntas

últimas sobre el significado de la vida, la enfermedad y la muerte; y puede comprender los elementos de significado, propósito, valor, esperanza, relaciones, amor, y, para algunos, una conexión con un poder superior o algo más grande que ellos mismos (6, 12). En esta línea, Victor Frankl lo plantea como la finalidad o razón de ser de la existencia (16). La espiritualidad también puede entenderse a partir de la capacidad del ser humano de relacionarse con el momento presente, con él mismo, con otras personas, con la naturaleza y con la realidad divina o sagrada (17, 18). Por su parte, la OMS identifica

lo espiritual como aquellos aspectos de la vida humana que trascienden los fenómenos sensoriales; y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores esenciales (19).

En relación con la poca claridad de lo que es la espiritualidad en el cuidado de la salud, Viser *et al.* encontraron un problema al revisar 27 artículos científicos en los que se demostraba una correlación positiva entre la espiritualidad y el bienestar debido a que los autores no trabajan

con una definición común de espiritualidad (12). Esta falta de claridad es significativa, porque debilita la habilidad de aquellos que abogan por la espiritualidad para convencer de que constituye un aspecto importante en la práctica del cuidado de la salud.

El estudio de la espiritualidad se hace difícil porque involucra temas como el significado de la vida, el propósito, la esperanza, el amor, la trascendencia y las

LA ESPIRITUALIDAD  
RESCATA EL MISTERIO QUE  
ESTÁ DE ALGUNA MANERA  
PRESENTE EN LA REALIDAD  
QUE NOS RODEA,  
INCLUIDAS LAS OTRAS  
PERSONAS, Y, EN NUESTRO  
CASO, LOS PACIENTES.

LA ESPIRITUALIDAD NOS AYUDA A DAR  
NOMBRE A EXPERIENCIAS QUE LA CIENCIA  
NO PUEDE NOMBRAR O EXPLICAR, QUE  
SON ESENCIALES PARA EL SER HUMANO.

LA ESPIRITUALIDAD COMPRENDE UNAS  
DIMENSIONES ESCONDIDAS QUE SOLO UNA  
VISIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD CENTRADO  
EN LA PERSONA HUMANA PUEDE RESCATAR.

relaciones. Lo que le da sentido a la vida de alguno no es necesariamente lo que le da sentido a la vida de otro. La comprensión de esperanza para uno puede ser muy diferente de la de los demás. A pesar de ello, se puede afirmar que la espiritualidad es un componente central para el bienestar emocional de los pacientes, especialmente al final de la vida, cuando requieren una atención particular para mejorar la calidad de vida y de muerte (20).

La espiritualidad comienza a aflorar entonces en la medida en que se da proximidad entre las personas, en que el trato con los demás es personalizado, cuando la persona con la que uno se encuentra ocupa el centro de la realidad en la que se está presente, pues lo eminentemente espiritual proviene de las personas no de las cosas, idea que desarrollaremos más adelante.

Por otra parte, el lenguaje de lo espiritual nos ayuda a llenar vacíos, como los que plantean las preguntas por el significado de la vida, la esperanza y el amor, por ejemplo. A pesar de que su lenguaje pueda ser un poco vago y aparentemente con poco asidero en la realidad, no quiere

decir que tenga que ser despreciada. La espiritualidad nos ayuda a dar nombre a experiencias que la ciencia no puede nombrar o explicar, que son esenciales para el ser humano. La espiritualidad comprende unas dimensiones escondidas que solo una visión del cuidado de la salud centrado en la persona humana puede rescatar.

### LA ATENCIÓN ESPIRITUAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Cuando una persona está enferma tiene contacto con la experiencia de la fragilidad y se siente vulnerable, especialmente cuando la patología pone límites a la vida. En este contexto surgen comprensiblemente interrogantes acerca del sentido de la vida, el significado del dolor, las certezas en el porvenir; inquietudes que son universales, inherentes al ser humano (21). Estas interrogantes manifiestan que el hombre es un ser espiritual, que tiende a ir más allá de lo sensible y tangible. Pero esta dimensión no es tan evidente para algunos, pues la cultura en la que vivimos, impregnada de una ideología hedonista, influencia la manera como algunas personas se aproximan a las realidades del dolor y de la enfermedad, con un acento en el aspecto negativo, y experimentan con ello un sufrimiento mayor (21).

De la misma manera que la dimensión biológica y psicológica, la dimensión espiritual expresa necesidades (22) que piden ser satisfechas, pues su no atención genera mayor sufrimiento o frustración (10). Es indispensable, por ello, que el profesional de la salud, o quien acompañe al enfermo, sea consciente de estas inquietudes y pueda acompañar y ofrecer una ayuda integral (21). Es importante también comprender que las personas, al ser únicas, necesitan una atención individualizada, porque se puede correr el riesgo de ofrecer satisfactorios



universales que pueden no colmar las necesidades del enfermo en ese momento (23).

En algunos estudios, se ha observado que la mayoría de los enfermos en cuidados paliativos quisieran conversar acerca de su espiritualidad con sus médicos y compartir con ellos sus creencias (7, 24, 25). A pesar de esto, menos del 50 % de los médicos creen que les corresponde atender estas inquietudes, y solo una minoría de los pacientes reportan haber sido correspondidos en sus necesidades espirituales (25, 26). Por otro lado, las guías y los protocolos de cuidados paliativos, proponen que esta atención debe ser una preocupación de capellanes o representantes religiosos, pero en realidad el número de estos en los servicios de salud son insuficientes. Es por eso que la mayoría de los enfermos terminales dependen de los profesionales de la salud para encontrar apoyo en sus necesidades espirituales (25).

Varios estudios resaltan, además, la importancia de la espiritualidad y la práctica religiosa con respecto a los desenlaces positivos de los enfermos; por ejemplo, se ha encontrado que la atención, ya sea por parte de capellanes o de profesionales médicos en los asuntos espirituales representa una mejoría en los índices de calidad de vida de los pacientes (27). Se ha visto, por otro lado, que pacientes con cáncer avanzado que no satisfacen sus preocupaciones espirituales son más propensos a una peor calidad de vida (25, 28, 29).

Este cuidado y atención espiritual ofrecida a los pacientes no difiere del rigor científico o médico, como algunos pueden pensar; más bien es un complemento, parte de un abordaje holístico de la vida y de los valores para un mejor cuidado de los enfermos (30). Tampoco el hecho de que la persona no exprese una religión o creencia particular la excluye de la necesidad de un acompaña-

miento espiritual; lo que se busca con esta aproximación es ayudar a las personas a sentirse respetadas en su condición de seres humanos integrales (21).

La atención espiritual en el cuidado paliativo tiene entonces dos objetivos por cumplir: en primer lugar, orientar al enfermo en medio de la sensación de aislamiento que conlleva la enfermedad; así como ayudar a este y sus seres más cercanos a encontrar consuelo, alivio y fortaleza en la situación de sufrimiento que viven (21).

Para llevar a cabo este cuidado espiritual, pueden encontrarse algunas dificultades, pues para algunos profesionales de la salud este es un aspecto que pasa a un segundo plano, ya que están acostumbrados al paradigma científico, es decir a trabajar con lo tangible, con lo que se puede evidenciar y demostrar; adicionalmente, poco saben en su formación acerca de los aspectos más trascendentes de sus pacientes y de cómo satisfacer este tipo de inquietudes. Estas labores, con frecuencia, se relegan a los representantes religiosos, como capellanes, pastores, rabinos, etc.; sin embargo, el abordaje espiritual como parte del cuidado paliativo no es únicamente tarea de ellos, es una labor que puede realizar cualquiera de los profesionales que buscan el bienestar y la salud integral de los enfermos; entre ellos, el personal médico, de enfermería, psicología, etc. (23).

Por otro lado, pueden tenerse prevenciones al abordar aspectos más propios de la dimensión interior, al considerarse que este acompañamiento es una intrusión a la intimidad, en especial cuando entran en juego las necesidades espirituales. Pero no habría que tener reservas de explorar estos aspectos, siempre y cuando se respete la libertad de la persona y su deseo de compartir y manifestar sus inquietudes (25). Las intervenciones



LA MEJOR MANERA DE EVITAR EL *BURNOUT* ES PROMOVER UN BIENESTAR PERSONAL Y PROFESIONAL EN TODOS LOS NIVELES: FÍSICO, EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL; Y EVITARLO ES UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS MÉDICOS Y DE LOS SISTEMAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y DE LAS ORGANIZACIONES DONDE ELLOS TRABAJAN.

espirituales son escasas y marginales, al no ser respaldadas o validadas por los sistemas de salud. Por tanto, al no ser remuneradas ni tampoco promovidas como un aspecto importante en la salud y el bienestar, se les resta importancia y se dejan de realizar (30).

Existen otros obstáculos que impiden ahondar o promover la espiritualidad en el cuidado paliativo, por ejemplo, hay un estudio que demuestra las barreras que tienen los médicos para abordar la espiritualidad de sus pacientes, tales como, la falta de tiempo (71 %), la poca experiencia en este tema (59 %), la dificultad para identificar a los pacientes que necesitan conversar acerca de ello (56 %), y la concepción de que estos aspectos no son responsabilidad médica (31 %) (24, 31). Un obstáculo más es el *burnout*, que trataremos a continuación con más detalle.

#### **EL *BURNOUT*, OBSTÁCULO PARA VIVIR UNA ESCUCHA TERAPÉUTICA**

La actividad frenética de muchos profesionales de la salud se ha convertido en una de las causas principales del *burnout* o síndrome de desgaste. El *burnout* se caracteriza por un desgaste emocional, una despersonalización y un sentido disminuido de satisfacción personal (32). El impacto del estrés y de este síndrome en la salud física de los profesionales ha sido documentado en numerosos estudios (32). Por otro lado, se ha mostrado que el estrés disminuye significativamente la atención,

la concentración y la habilidad de tomar decisiones (33). Los síntomas pueden llevar al médico a cometer errores que a su vez contribuyen a que el *burnout* aumente; y dados los costos potenciales de estos errores médicos, su impacto emocional puede ser devastador para los profesionales de la salud (32).

Lo preocupante es que con el *burnout*

... se produce una falta de comunicación con el paciente, con la familia, y con los demás compañeros que produce un círculo vicioso difícil de cortar cuando está instaurado. Estas manifestaciones se asocian a “debilidad” y vulnerabilidad que hace perder confianza en sí mismo del profesional y perder espacio en el ámbito laboral es lo más cruel que puede pasar (34).

Por ello puede ser difícil que la escucha sea una pieza fundamental en los sistemas del cuidado de la salud actual, y mucho más difícil será promover que esa escucha sea una apertura a una dimensión espiritual.

La mejor manera de evitar el *burnout* es promover un bienestar personal y profesional en todos los niveles: físico, emocional, psicológico y espiritual; y evitarlo es una responsabilidad de todos los médicos y de los sistemas del cuidado de la salud y de las organizaciones donde ellos trabajan (32). El problema está en que,

como dice el doctor Paul Batalden (35), cada sistema está perfectamente diseñado para producir los resultados que genera, y muchos de los sistemas del cuidado de la salud han sido diseñados para producir *burnout*, porque se prioriza el resultado, el cumplimiento de metas y estándares de competencia, lo que lleva a que muchos de los profesionales se sientan sobrepasados y desgastados, y terminen restándole dedicación a los aspectos esenciales del cuidado y preocupación del enfermo en su totalidad.

#### **LA ESCUCHA, ASPECTO ESENCIAL EN EL CUIDADO ESPIRITUAL**

Para abordar las esferas más íntimas de la persona es importante reconocer que este ser humano que tiene una enfermedad que le ocasiona un dolor físico, también experimenta las resonancias de este sufrimiento en su dimensión espiritual y requiere de ayuda. Los médicos, por su manera de aproximarse a la realidad, están más acostumbrados a ser proactivos, a tener la solución ante los problemas que se les presentan. Pero no pasa lo mismo cuando perciben las necesidades del espíritu de sus pacientes; este tipo de soluciones no están escritas en protocolos, tampoco en guías; el tratamiento a estas inquietudes depende de las características que tiene esta persona enferma como un ser único e irrepetible.

Podríamos decir que algo esencial que el médico puede hacer es escuchar compasivamente y percibir qué es lo que este ser humano necesita, ser una especie de compañero de viaje que entiende los problemas que no son fáciles de solucionar o para los cuales no se tiene la solución inmediata; porque no es infrecuente encontrarse ante preguntas del paciente que no tienen respuesta. Es posible que el enfermo no espere todas

ES POSIBLE QUE EL ENFERMO NO ESPERE  
TODAS LAS RESPUESTAS, TAMPOCO  
EXPLICACIONES, PERO SÍ ESPERA TENER  
UNA PERSONA QUE PUEDA ESTAR A  
SU LADO Y LE OFREZCA SEGURIDAD,  
APOYO Y CONSUELO.

las respuestas, tampoco explicaciones, pero sí espera tener una persona que pueda estar a su lado y le ofrezca seguridad, apoyo y consuelo (30). Ofrecer esta presencia de manera compasiva, en la cual los enfermos no solo experimenten la compañía de un experto profesional, sino de un ser humano cercano, puede ser ocasionalmente la mejor terapia (7). Es decir, muchas veces la presencia y la escucha empática puede ser todo el apoyo que un paciente requiere (24); porque al sentir esa presencia que lo acompaña, que lo escucha, el enfermo tiene la esperanza de sentirse menos solo (21, 36).

“La escucha es un acto espiritual porque está impregnado de competencia interior”, dice Bermejo (37). Se han realizado estudios que concluyen que los médicos que manifiestan una escucha más atenta y respetuosa a sus pacientes tienen una influencia positiva en el proceso de curación de los mismos (38). Adicionalmente, se ha validado el impacto positivo en la satisfacción de los pacientes al ser escuchados acerca de sus problemas y sus emociones por parte de los profesionales de la salud (39). Otro hallazgo importante es que los pacientes hacen una fuerte asociación entre la escucha por parte de sus médicos y la percepción de que estos realmente se preocupan por ellos y por su bienestar (38). Los pacientes también identifican otros atributos médicos asociados

a la escucha como son la buena actitud a pie de cama, la amabilidad, la capacidad de alentar, y la franqueza y honestidad al hablar (38). Incluso si un enfermo no está consciente, puede acompañarse espiritualmente visitándolo al lado de la cama, para hablarle, hacer una pequeña meditación u oración, cantarle, sostener su mano. Además, la escucha no solamente trae un beneficio de consuelo al paciente, pues se ha demostrado que el número de diagnósticos basados en la escucha cuidadosa, en el modo de cuidar, fueron más precisos que los de colegas que centraron sus afirmaciones en varios tests pero que no establecieron ninguna conexión con los pacientes o no los escucharon (40).

Por otra parte, como mencionamos al inicio del artículo, la enfermedad y la muerte son tabúes y, como dicen de Melo y Ferreira, “estos tabúes acaban por conducir a la llamada ‘conspiración de silencio’, en la cual se evita hablar de las necesidades y angustias que involucran tales experiencias”. En este contexto, en que —salvo raras excepciones— no hay disponibilidad para la conversación abierta sobre la muerte que se aproxima, el malestar se instala debido al “juego de hacer de cuenta”, que pretende mantener la ilusión de que “todo está bien”. Este comportamiento es perjudicial, no solo para el paciente y sus familiares, sino también para todo el equipo profesional (36). Para romper con esa “conspiración del silencio” es necesario tener mucho más presente el valor de la atención espiritual en el cuidado de la salud. Las técnicas espirituales se pueden aprender, pero la espiritualidad no se aprende: “La espiritualidad no puede ser enseñada, tan solo puede ser descubierta” (15); por tanto, se deben cultivar actitudes que posibiliten una apertura a la trascendencia y la mejor manera de comenzar es adquirir el hábito de la escucha.

## CONCLUSIONES

Los enfermos que perciben que su vida se acerca a etapas finales comienzan a manifestar inquietudes relacionadas con el sentido de su existencia, del sufrimiento y del valor de sus vidas en las condiciones de enfermedad. Por ello se hace prioritario que los profesionales de la salud no solo sean capaces de hacer un diagnóstico fisiopatológico, sino que entiendan cómo la enfermedad también toca las dimensiones espirituales de sus pacientes; así se podrá orientar una terapia integral que involucre todas las esferas de la persona.

La escucha atenta y compasiva por parte de los médicos hacia sus pacientes es esencial, no solo porque mejora la percepción de las necesidades de los pacientes, sino por su potencial terapéutico, dado que los enfermos se experimentan acompañados, tenidos en cuenta, respetados en su dignidad, y reciben luces sobre el sentido y significado de su existencia, lo cual propicia mayor alivio, consuelo y aumento en la velocidad de recuperación.

Existen algunos obstáculos que impiden que los médicos puedan ejercer esta actitud de la escucha, entre ellos, la falta de tiempo, las muchas responsabilidades que deben atender y el *burnout* como un padecimiento de los profesionales que viven de manera frenética y desbordada, con lo cual pierden de vista los aspectos esenciales como la atención compasiva a quien sufre enfermedad. Es claro que el *burnout* no es la única causa por la cual no se escucha de manera adecuada al paciente, pero sí es uno de los principales obstáculos que lleva a justificar no iniciar un adecuado proceso de trato integral al paciente.

Se propone, para futuras investigaciones, validar medidas que determinen cómo la escucha incide en una

mejor atención a los pacientes, que no solo se da por la cantidad de tiempo dedicado a escuchar, sino por la calidad de la misma, es decir aquella que comprende, acompaña y conforta.

## REFERENCIAS

- Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(9):2541-8.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa; 2016.
- Saunders C. *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold; 1991.
- Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioét*. 2016;24(1):165-75.
- World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneve: WHO; 2002.
- Restrepo RH. Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. *pers.bioét*. 2005;9(25):6-45.
- Care P. Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med*. 1999;130:744-9.
- Pereira da Silva E, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):504-08.
- Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015; 373(8): 747-55.
- Bermejo JC. Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Sal Terrae*; 2009. p. 112-113.
- Cobb M, Puchalski C y Rumbold B. *Oxford Textbook of spirituality in healthcare*. New York: Oxford University Press; 2012.
- Swinton J. Healthcare spirituality: a question of knowledge. In: Cobb M, Puchalski C y Rumbold B. *Oxford Textbook of spirituality in healthcare*. New York: Oxford University Press; 2012.
- Antayhua ALA, Meneses ME. Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional. *Cuid salud*. 2015;2(2):203-12.
- Puchalsky C, Ferrell B, Virany R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*. 2009;12:885-904.
- Benito E, Barbero J, Payás A. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL; 2008.
- Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2015.
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2001;76(12):1225-35.
- Speck P. *Spiritual issues in palliative care*. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998.
- WHO. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series. Geneva: WHO; 1990.
- Barreto P, Fombuenab M, Diego R, Galiana L, Olivera A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22(1):25-32.
- Hart MJ. Spiritual Care. In: Emanuel LL, Librach SL, editors. *Palliative care: Core skills and clinical competencies*. Elsevier Health Sciences; 2011. p. 584-598.
- Sinclair S, Bouchal SR, Chochinov H, Hagen N, McClement S. Spiritual care: how to do it. *BMJ*. 2012;2(4):319-27.
- Barbero J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Lab Hosp*. 2002;263,5-24.
- Saguil A, Phelps K. The spiritual assessment. *American Family Physician*. 2012;86(6):546-50.

25. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Sup Palliat Care*. 2012;6:269-74.
26. Rodin D, Balboni M, Mitchell C, Smith PT, Vanderweele TJ, Balboni TA. Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(2):A1-A12.
27. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25:555-60.
28. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28:445-52.
29. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med*. 2011;14:1022-8.
30. Handzo G. Spiritual care for palliative patients. Current problems in cancer. 2011;35(6):365-71.
31. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *J Fam Pract*. 1999;48(2):105-9.
32. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002; 288(12):1447-50.
33. Garneau K, Hutchinson T, Zhao Q, Dobkin PL. Cultivating person-centered medicine in future physicians Kevin. *Eur J Pers Cent Healthc*. 2013;1(2):468-77.
34. Acinas MP. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012;2(4):1.
35. Spinelli WM, Fernstrom KM, Galo S DL, Britt HR. Extending Our Understanding Burnout and Its Associated Factors: Providers and Staff in Primary Care Clinics. *Evaluation & the Health Professions*, 2016;39(Issue: 3):282-98.
36. De Melo ME, Ferreira AC. Cuidados paliativos: narrativas del sufrimiento en la escucha del otro. *Rev bioét*. 2015;23(2):346-54.
37. Bermejo JC. La escucha activa en cuidados paliativos. *Ars Medica*. 2005;34(2):1-18.
38. Jagosh J, Boudreau JD, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):369-74.
39. Wanzer M, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun*. 2004;16:363-84.
40. Post. SG. Compassionate care enhancement: benefits and outcomes. *Int J Pers Cent Med*. 2011;1(4):808-13.