

La relación interpersonal en la interacción enfermero-paciente



A.M. GARCÍA HERNÁNDEZ

La Cuesta (La Laguna). Tenerife.

Introducción

Toda persona es un conjunto de valores, reacciones y sentimientos. Penetrar en este mundo personal es descubrir el misterio de cada ser humano. En la vida cotidiana, algunos elementos de este mundo son conocidos y familiares, mientras otros permanecen escondidos, cuando no ignorados o rechazados. En las relaciones interpersonales existe la tentación de fijarse sólo en algunos aspectos y desear otros; tal vez se acentúan más los aspectos que atraen o causan turbación y se pierde la visión del conjunto.

Sin restar importancia a las habilidades técnicas que hacen posible la recogida de datos o la ejecución de procedimientos, las cuales son imprescindibles en el proceso de atención de enfermería, queremos centrarnos primordialmente en la persona del profesional de enfermería a la hora de emplear la relación de ayuda como "técnica relacional", poniendo de relieve que el afecto por el paciente significa preocupación por su desarrollo y por hacerle entrar en la vida (compartimos la opinión de Fromm y Maslow). Pensamos que ésta debe ser la verdadera actitud del enfermero hacia su paciente, haciéndole descubrir algo que está en él, no imponiéndole actitudes y opiniones, sino ayudándole a descubrir sus propias disposiciones, experiencias y fuerzas, de manera que el binomio enfermero-paciente sea capaz de:

1. Averiguar el esquema de prioridades del paciente y de la familia.
2. Identificar los aspectos que requieren una atención de enfermería especial.
3. Crear un ambiente óptimo para conseguir los resultados esperados por ambas partes.

Descripción de la técnica

Para mayor comodidad en el seguimiento, la hemos desglosado en fases.

Encuentro

1. *Elegir un entorno propicio* para el encuentro, libre de ruidos e interrupciones. Sabemos que determinados ambientes son más propicios que otros para las relaciones terapéuticas y que la intimidad fomenta la expresión más libre de los sentimientos; de igual manera, que los ruidos e interrupciones producen distracción y dificultan la comunicación. Recuérdese que la vivencia del espacio es personal.

2. *Aliviar* al paciente, si los tuviese, de los males físicos (dolor, posturas, etc.) con objeto de disminuir su distracción y así aumentar su participación y apertura.

3. *Crear un clima de acogida*, tanto *verbal* como *no verbal*, lo cual facilita la comunicación y hace que el paciente se sienta más tranquilo y relajado (sin prisas).

4. *Prestar atención a través de nuestro comportamiento no verbal*, sentándonos en una posición cómoda, cerca del paciente, a su altura, mirándole a la cara y manteniendo un buen contacto visual. Esto proporcionará al paciente el mensaje de que nos interesamos por él. Hemos de procurar mantener una postura abierta que demuestre la voluntad de comunicarnos e interés; dicha postura puede inclinarnos hacia él, permaneciendo relativamente relajados y con una expresión facial positiva (evitar cruzar piernas y brazos y mover excesivamente las manos).

5. *Prestar atención observando* el comportamiento no verbal del paciente, el cual suele aportar sobre todo la dimensión emocional del mensaje, las reacciones del interlocutor y su disponibilidad a comunicarse.

Correspondencia: A.M. García Hernández.
Villa Hilaria, 59-B. La Cuesta (La Laguna). 38320 Tenerife.

TABLA 1. Fases del proceso de relación de ayuda, composición y vinculación con el proceso de enfermería

Enfermero	Entorno propicio Acogida: - Verbal - No verbal Prestar atención: - Físicamente - Observando - Escuchando (sensible) (afectivo)	Compromiso Responsabilidad Escucha activa: - Empatía - Concreción - Reformulación	Respeto Aceptación Confianza Autenticidad o congruencia Precisión. Especificidad Personalización Confrontación Explicitación Inmediatez Autorrevelación Registros	Capacidad creadora Sentido común Flexibilidad Diagnósticos Objetivos Acciones	Evaluación Separación
Proceso de enfermería	Valoración			Diagnósticos Planificación Ejecución	Evaluación
Proceso de relación de ayuda	Encuentro	Clarificación de los problemas	Comprensión	Programación de las acciones	Evaluación
Paciente	Implicación Confianza <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acogida orientación</div>	Autoexploración <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Exposición identificación</div>	Colaboración Responsabilidad Mecanismos de defensa: - Huida - Desconfianza - Agresividad - Dependencia excesiva - Manipulación - Victimismo <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Exposición</div>	Objetivos Acciones <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Resolución</div>	Evaluación Separación Mecanismos de defensa: - Negación - Agresividad - Proyección - Aislamiento - Regresión - Racionalización

Dentro del apartado correspondiente al enfermero, se citan aspectos a tener en cuenta en la relación y áreas de trabajo y profundización en su autoformación para mejorar sus actitudes, y por tanto su interrelación con el paciente. Entendemos que estas fases se dan en el proceso; sin embargo, en cada relación, el ritmo del proceso varía en razón de que cada persona es única y la relación interpersonal también lo es.

6. *Prestar atención escuchando* el comportamiento verbal. Hemos de aprender a escuchar tomándonos el tiempo necesario, a concentrarnos, a no interrumpir, a oír entre líneas.

Clarificación de los problemas

7. *Escuchar activamente*, con empatía, es decir, poniéndonos en el punto de vista del paciente, haciéndole ver que escuchamos su mensaje, pues respondemos puntualmente a los sentimientos y contenidos; así él sabe que nos centramos en su mundo. Para ello es importante prestar atención a los signos que confirmen o nieguen que nuestra respuesta es correcta. De esta forma expresaremos que comprendemos los sentimientos y experiencias del paciente y él percibirá que nos interesa lo que nos comunica.

8. *Ser concretos*. No se pierda en divagaciones. Pida información concreta, aunque cuidando las preguntas, que en ningún caso han de sentirse como amenazadoras. Para ello, ha de evitarse formular un número excesivo de ellas y que sean directas (¿por

qué?, ¿cómo?), pues esto puede resultar intimidante y molesto.

9. *Reformular el mensaje* del paciente, con objeto de que exprese en forma resumida el contenido de la relación, de forma que nosotros y el paciente sepamos lo que sucede y que él pueda expresar los sentimientos que ello le genera. Esto hace que se sienta comprendido, refuerza su confianza y genera una buena disponibilidad para continuar, añade o corrige aspectos y permite que se establezca su problema a manera de conclusión.

Comprensión

10. *Mostrar respeto* al paciente, estando dispuestos y disponible para trabajar con él, tanto física como psíquicamente. Reconozca su *unicidad*.

11. *Aceptar* lo que refiere que siente y vive el paciente. Evitar los juicios críticos. Transmitirle nuestro reconocimiento.

12. *Mostrar confianza*, manifestándole que comprendemos sus sentimientos y experiencias.

13. *Ser auténticos*. No esté a la defensiva, sea coherente con lo que piensa, dice y siente. Sea usted espontáneo, pero no impulsivo. Evite fingir.

14. Saber que la *confrontación* es una forma de ayuda eficaz pero delicada, que consiste en poner al paciente frente a sus posibles incongruencias o contradicciones. Tener presente que no se confronta al individuo, sino a sus actitudes o comportamientos.

15. Ayudar al paciente a distinguir entre los problemas que puede resolver y los que no puede cambiar. De igual modo, ayudarle a reconocer el efecto de su comportamiento sobre las personas con las que está en contacto a diario, implicadas en el problema clarificado.

16. Anotar en los registros de enfermería los datos relativos al paciente (familia y/o allegados).

Programación de las acciones

17. Interpretar y verificar los datos. Definir de manera clara los problemas potenciales y/o reales del paciente y establecer prioridades y los *diagnósticos* de enfermería y el consiguiente plan de atención con sus *objetivos* y *actividades*, de igual manera por orden de prioridades. Esta fase progresa en la medida en que está adecuada a lo que el paciente ha expresado de forma clara, concreta y específica, y de lo que desea hacer para resolver su problema (personalización de los objetivos) y de la motivación que tenga para ello. Es importante la *flexibilidad* y la *creatividad* a la hora de elaborar los objetivos de forma operativa, de manera que contribuyan a aumentar su motivación por conseguirlos.

18. El paciente será el único responsable del éxito, por lo que deberá comprometerse formalmente, mientras que el enfermero se esforzará en ayudarlo a progresar en la consecución de sus objetivos.

Evaluación

19. Determinar hasta qué punto los objetivos del plan se han alcanzado y, por tanto, cerrar el ciclo o

hacer que sean el punto de partida en otra relación de ayuda posterior en la que se podrán modificar intervenciones.

20. Se ha llegado al final de la relación cuando el enfermero piensa que no puede ayudar al paciente, o cuando se cierra el ciclo y el paciente ha logrado resolver su problema. Todo adiós genera un sentimiento de pérdida de mayor o menor intensidad en razón de lo profunda que haya sido la relación, y se dan respuestas actitudinales distintas (mecanismos de defensa).

Discusión

Me gustaría manifestar mi opinión en contra de la de algunos compañeros que presentan el tema de la relación de ayuda como si se tratara exclusivamente de una técnica. Hay manuales técnicos que enseñan a los estudiantes algunos métodos para comunicar al paciente empatía, autenticidad y actitud positiva; de hecho, hemos efectuado un recorrido en el que resaltamos aspectos y condiciones importantes a tener en cuenta en el proceso. Personalmente, pienso que cuando en un enfermero "la técnica" se convierte en esencial todo está perdido, porque el fundamento mismo de la relación auténtica es que uno no la manipula, sino que se dirige hacia el otro con todo su ser íntegro.

Bibliografía

- Cibanal L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma, 1991.
- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
- Perry AG, Potter PA. Técnicas y procedimientos básicos. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1991.
- Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona: Ed. Paidós, 1988.
- Yalom ID. Psicoterapia existencial. Barcelona: Ed. Herder, 1984.