

GUIJARRO SÁNCHEZ, JOSEFA; RUEDA CASERO, M.T.

Unidad de Urología Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico

RESUMEN

Este trabajo pretende ser una reflexión sobre la relación que mantenemos con los pacientes, y si ésta es de verdadera ayuda o, por el contrario, nuestras conductas se convierten, en ocasiones, en estereotipos que nos defienden de nuestros propios sentimientos en situaciones difíciles.

Sea cual sea el área de trabajo, los enfermeros hemos constatado que los pacientes piden fundamentalmente ser acogidos, escuchados y comprendidos. De lo que se deduce que ofrecer unos cuidados efectivos desde el punto de vista técnico no es suficiente para prestar unos cuidados de calidad.

Palabras clave: Relación de ayuda, empatía, comunicación, escucha activa.

1. CASO PARA LA REFLEXIÓN

Nuestro punto de partida es una experiencia personal con una paciente que permaneció ingresada en nuestra unidad durante largo tiempo en el último año.

Esta persona, a la que llamaremos «María», padecía a su llegada a la planta una fístula vesico-cutánea, secundaria a Ca. de cervix tratado con QT + RT + Histerectomía con anexolectomía doble. La resolución de este problema, tras diversas complicaciones, llevó a María a sufrir una uretero - ileostomía cutánea (Bricker), y una colectomía con colostomía (tipo Hartman). Este ingreso duró 60 días.

Reingresó a los dos meses, con importante dolor lumbar y fiebre, confirmándose una recidiva pélvica del tumor, pasando a Oncología, tras 30 días en la planta. La juventud de María y su penosa historia nos impactaron.

Desde el primer momento, objetivamos que sufría un fuerte deterioro de su propia imagen y autoestima, provocado por la pérdida de orina, lo cual le había llevado a no salir de casa en 6 meses. La relación con su familia se había deteriorado debido a su negación al diálogo, a pedir y a recibir ayuda, y su actitud era de rabia, expresada con agresividad, hacia las personas más cercanas.

Con el personal de Enfermería mostraba un comportamiento similar al expuesto anteriormente, con falta de colaboración, desinterés, desconfianza e irritación. Gran resentimiento hacia algunos médicos, a quienes consideraba culpables de su situación. Desesperación e intentos autolíticos que requirieron tratamiento psiquiátrico durante todo el proceso.

Los sentimientos y conductas del personal de Enfermería con respecto a María fueron muy diversos, y dependían del grado de relación directa que mantuviéramos con ella. En general, eran sentimientos de miedo, ya que nos enfrentábamos frecuentemente a situaciones difíciles en las que no sabíamos qué hacer o decir. Nuestra actitud muchas veces

era de defensa, y nos centrábamos en la atención meramente técnica, eludiendo situaciones o diálogos conflictivos.

Algunas comprendíamos su comportamiento justificándolo por su estado físico y anímico. Manteníamos una actitud sobreprotectora, y nos resultaba difícil negarnos a sus demandas de sobreatención, sintiéndonos atrapadas entre sentimientos contradictorios. Teníamos que responder, era nuestro «deber», pero en algunas ocasiones nos hubiera gustado «que nos tragara la tierra». Nos resultaba difícil prestar una ayuda eficaz con la menor implicación personal y emocional.

Otras compañeras, con una responsabilidad más esporádica sobre la atención de María, se sentían ofendidas ante su comportamiento de rechazo y desconfianza, mostrándose irritadas y poco colaboradoras cuando de ella se trataba.

Esta experiencia me ha llevado a plantearme algunas preguntas...

2. PREGUNTAS

- ¿Qué sentimientos experimenta una persona cuando pasa por un proceso de enfermedad? ¿Qué necesidades tiene?
- ¿Con qué actitudes y recursos responde a esta situación?
- ¿Sabemos los enfermeros comunicarnos de forma eficaz con el paciente, detectando necesidades y problemas, y ayudando a resolverlos?
- ¿Cómo es nuestra respuesta ante una demanda de ayuda?
- ¿Qué cualidades deberíamos desarrollar para mejorar nuestra relación interpersonal, en especial la relación con los pacientes?
- ¿Qué miedos tenemos los enfermeros y cómo nos enfrentamos a ellos?
- ¿Cómo protegernos para evitar quemarnos en el ejercicio de nuestra profesión?

Para ayudarnos a encontrar respuestas he consultado documentación basada en la Relación de Ayuda en Enfermería, tema amplísimo y denso, pero muy útil en el ejercicio de nuestro trabajo, y a nivel personal, sobre el que os invito y animo a profundizar, pasando a mostrar sólo pequeñas pinceladas en este trabajo.

3. LOS MIEDOS DE LA ENFERMERÍA

3.1. Miedo a la muerte, ya sea real o esperada. Es para nosotros un reto mantenernos ante alguien que sabe que va a morir. Nos enfrenta al miedo a nuestra propia muerte. La ansiedad que nos provoca estas situaciones hace que nos defendamos, atendiendo exageradamente las necesidades físicas del moribundo, y nos olvidemos de él como ser humano. Nuestro comportamiento se vuelve frío, impersonal y mecánico.

3.2. Miedo al fracaso. Muchas veces nuestro trabajo es frustrante. Tratamos a enfermos incurables, hacemos esfuerzos inútiles, sufrimos críticas y falta de reconocimiento por parte de pacientes, familiares y superiores... Este sentimiento de fracaso hace que nos vayamos desgastando en el ejercicio de nuestra profesión.

3.3. Miedo a mostrarnos como somos, a mostrar nuestros sentimientos. Recibir de los compañeros o pacientes indiferencia, incompreensión, enfado, etc., nos da miedo y nos impide cambiar y arriesgar.

3.4. Miedo a la verdad del enfermo, a dialogar en la verdad y sobre la verdad de nosotros mismos. La mentira nos evita la responsabilidad de acoger la angustia del otro y ayudar a manejarla.

Decir la verdad al paciente aumenta su confianza en nosotros. La verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mejor que lo terrible y desconocido.

3.5. Miedo al enfermo, a algunos enfermos (contagiosos, drogadictos, alcohólicos, de otra raza o religión...) porque nos revelan nuestras propias incoherencias y diferencias.

En cualquier caso, es bueno reconocer nuestros miedos e inseguridades, sin avergonzarnos de ellos.

4. RELACIÓN DE AYUDA

Consiste en utilizar recursos relacionales con el fin de ayudar a otra persona a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente si no tiene solución, o a recorrer un camino de crecimiento. En Enfermería, mientras prestamos cuidados, interrelacionamos continuamente con el paciente, de lo que se deduce que la relación de ayuda (R.D.A.) es intrínseca a los cuidados.

Para establecer una verdadera R.D.A. es preciso luchar contra las dificultades de comunicación a nivel psicológico. Esto supone un verdadero reto para la Enfermería.

La R.D.A. debe tener en cuenta las diferentes dimensiones de la persona:

- Corporal, tomando al cuerpo como elemento esencial de la persona.
- Intelectual, o referente a la comprensión de uno mismo y del mundo.
- Emotiva, o de los sentimientos y cómo los vivimos.

d) Social o relacional.

e) Espiritual o referente al mundo de los valores personales y la trascendencia.

Los recursos relacionales necesarios para una buena relación de ayuda se adquieren desarrollando una serie de actitudes, que son entre otras:

- Empatía.
- Escucha activa.
- Respuesta empática.
- Aceptación incondicional.
- Autenticidad.

5. EMPATÍA O ACTITUD EMPÁTICA

5.1. Definición

Es la disposición interior a ponerse en la situación existencial del otro, con el fin de comprender sus sentimientos y actitudes en una determinada situación. No se trata de identificarse con la otra persona para sentir lo mismo, sino de entrar imaginariamente en el mundo del otro para ver las cosas desde su punto de vista, sabiendo mantener las distancias emotiva y afectiva.

5.2. Objetivo

- Transmitir comprensión. Cuando una persona se siente comprendida, desarrolla actitudes de crecimiento y terapéuticas en relación a sí mismo.

5.3. Dificultades

- Actitud de defensa ante el miedo a una implicación emotiva, tendiendo a tranquilizar, aconsejar, juzgar..., y respondiendo con frases hechas, desdramatizando, etc.
- Vulnerabilidad del ayudante. Descubrimos nuestra propia necesidad de ayuda al entrar en contacto con el sufrimiento del otro, lo que nos empuja a protegernos en la relación, poniéndonos máscaras.
- Identificación emocional que, si es vivida intensamente, nos lleva a caer en el síndrome de «Burn-out».

6. ESCUCHA ACTIVA O APRENDER A ESCUCHAR

6.1. Definición

Es la habilidad de comunicación que nos permite entender el mensaje completo, tanto verbal como no verbal. Actitud de la Enfermería mediante la cual el paciente valora su disponibilidad para escuchar, permitiéndole expresar emociones, ideas y sentimientos sin miedo a ser rechazado.

6.2. Objetivos

- Oír, eliminando ruidos externos.
- Atender, o prestar atención.
- Voluntad de querer comprender (empatía).
- Ver, observar, prestando atención al lenguaje no verbal.
- Callar, haciendo silencio interno.

- Centrarse en las necesidades del otro.
- Acoger al otro.

6.3. Preparación para la escucha activa

- Es fundamental la postura física para transmitir interés a nuestro interlocutor. La inclinación del cuerpo será ligeramente hacia delante, de frente, con los brazos y manos sueltas, y con un contacto visual, según el grado de confianza y la tolerancia del otro.
- Mediante la observación, captaremos la disposición y el estado anímico de nuestro interlocutor. Prestaremos atención a la postura, el autocuidado, la expresión del rostro, los movimientos del cuerpo, etc.

6.4. La escucha activa propiamente dicha, o captar el mensaje

El objetivo es comprender la experiencia del ayudado, cómo se percibe a sí mismo y a los demás, su escala de valores, etc. Para llevarla a cabo es preciso:

- Suspender el juicio moral.
- Hacer silencio interior.
- Concentrarse en el otro y en los contenidos del mensaje.
- Captar el tono de voz.
- Poner atención a los temas repetitivos.

6.5. Dificultades para la escucha activa

- Tendencia a juzgar e imponer las propias ideas.
- Impaciencia, no permitiendo al otro que se exprese, cortando el mensaje.
- Ansiedad del ayudante, preocupado por sí mismo.
- Tendencia a huir de temas comprometidos emocionalmente.
- Pasividad, o tendencia a dar la razón.
- Tendencia a dar consuelo mediante «sermones».
- Escasez de tiempo, tema recurrente en nuestro trabajo, y sobre el que daremos algunas ideas sobre su manejo.

6.6. Manejo de la escasez de tiempo

- Informar de que contamos con poco tiempo, pero que hemos captado una necesidad de comunicación que se puede retrasar. Si es posible, concretar el momento.
- Establecer de antemano el tiempo disponible, y evitar sobrepasarlo, ya que nuestra atención se centraría en otras tareas a realizar.
- Respetar el ritmo que establezca nuestro interlocutor.
- Trabajo en equipo. Ver si es posible que otros compañeros atiendan la necesidad de comunicación detectada.
- Aprovechar cualquier momento de presencia, aunque sea breve, mientras proporcionamos cuidados terapéuticos, para comprender y escuchar.
- Utilizar la comunicación no verbal cuando el tiempo es escaso. Una mirada, una sonrisa, un abrazo..., pueden comunicar al otro nuestro apoyo.
- En poco tiempo puede hacerse mucho, al igual que en mucho tiempo puede no decirse nada.

7. RESPUESTAS

7.1. Tendencias más frecuentes en la respuesta enfermera

- Respuesta de juicio moral: Expresa la propia opinión sobre lo que el otro nos comunica. Le indica cómo debe comportarse, provocando sentimientos de inhibición, culpa, disimulo, etc.
- Respuesta interpretativa: Se centra en uno de los mensajes recibidos y los interpreta a su manera, produciendo irritación o resistencia.
- Respuesta de apoyo-consuelo: Minimiza la importancia o desdramatiza. Se intenta animar con actitud paternalista («no te preocupes», «no pienses en eso»...).
- Respuesta de investigación: Se realizan preguntas para obtener más datos. Esta respuesta es necesaria siempre que el diálogo sea abierto y no se convierta en un interrogatorio.
- Respuesta tipo «solución del problema»: Se indica cuál es la solución del problema sin tener en cuenta si ésta satisface o no al ayudado.

7.2. Respuesta empática, que se concreta con el ejercicio de la escucha activa

Consiste en la reformulación de cuanto se ha comprendido que el otro está viviendo, y lo comunica para verificar que se ha entendido bien. A veces, puede parecer inadecuada para continuar el diálogo, pero es el resultado de un proceso que requiere gran atención para concentrarnos en el ayudado y ver las cosas desde su punto de vista. Precisa de un entrenamiento, cuyo objetivo no supone dejar de utilizar correctamente el resto de las respuestas, sino aumentar las empáticas para transmitir una comprensión más eficaz.

La respuesta empática supone la aceptación de la comunicación del otro sin juzgar, sin desdramatizar y sin comparar con otras situaciones.

8. ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

8.1. Significado

La aceptación incondicional no significa, como puede parecer, la aprobación de todas las conductas del ayudado. Para llegar a ella es preciso:

- Consideración y confianza en los recursos del ayudado, reconociendo su protagonismo.
- Ausencia de juicio moralizante, que no supone la falta de criterio propio, sino el hecho de no utilizarlo para condenar y criticar al ayudado.
- Cordialidad y afabilidad en el trato.
- Acogida de los sentimientos y acompañamiento en su integración y encauzamiento, teniendo en cuenta que para ello es fundamental que el ayudante sea capaz de integrar su propio mundo emotivo. La principal causa de dificultad en las relaciones interpersonales viene dada por el mundo de los sentimientos y emociones, por lo que es fundamental ahondar algo más en el tema.

8.2. Sentimientos

- En nuestra cultura se nos enseña a ignorar o negar los sentimientos y emociones, ya que pueden ser comprendidos como signo de debilidad pero, a pesar de esforzarnos en no prestarles atención, lo cierto es que seguimos experimentándolos.
- Manifiestarnos depende del sentimiento en sí, de cuándo han sido provocados (presente o pasado), y de si hablamos de ellos o no con la persona que los ha provocado.
- Ignorar los sentimientos, reprimirlos, no nos lleva al control emocional, más bien provoca todo lo contrario. Encauzar los sentimientos no es reprimirlos, ellos nos informan sobre nuestra relación con el mundo que nos rodea.
- Los sentimientos pueden manifestarse directamente, mediante cambios fisiológicos (rubor, temblor...), mediante palabras y gestos, o indirectamente, mediante un juicio de valor. Lo ideal es expresarlos directamente, pero esto no es fácil, ya que los sentimientos suelen venir encadenados, pueden ser contradictorios, se pueden reprimir por alguna connotación pecaminosa, etc.
- Tener sentimientos es natural y, como tales, hay que aceptarlos teniendo en cuenta que, moralmente, no son ni buenos ni malos.
- Los sentimientos positivos hacia una persona son signos de confianza en ella. Los negativos nos indican que algo no va bien en nuestra relación.
- En las relaciones interpersonales es importante atender a los sentimientos de los otros; sobre todo, cuando se expresan indirectamente y, en caso de conflicto, hay que expresarlos en el momento oportuno, para evitar resentimientos.
- La destreza que regula el manejo y la comunicación de los sentimientos es la asertividad.

8.3. Asertividad

Es la habilidad social de comunicación que nos permite expresar de manera abierta y honesta nuestros puntos de vista, manifestando al mismo tiempo que entendemos la posición del otro.

La asertividad genera: afirmación propia y del otro, aumenta la confianza en uno mismo y en los demás, reduce la agresividad y la sumisión.

La asertividad depende directamente del nivel de autoestima.

9. AUTENTICIDAD. COMUNICACIÓN AUTÉNTICA

9.1. Concepto

La autenticidad es la coherencia personal entre lo que se piensa, se vive, se es, se siente y lo que se expresa. Es la capacidad de ser uno mismo en la relación, sin máscara. Implica un buen conocimiento de uno mismo.

9.2. Niveles de comunicación

- Comunicación tópica o superficial. Hablamos con frases vacías de contenido.

- Hablar de otros. No hacemos ningún comentario personal. Damos datos de las personas del entorno.
- Comunicamos algo de nosotros mismos, expresando opiniones y decisiones, pero censurando el mundo de los sentimientos.
- Comunicación auténtica.

9.3. Comunicación auténtica

Las reglas para que ésta sea posible son:

- Creer en la comunicación.
- Autenticidad y sinceridad.
- Confianza.
- Ausencia de juicio moralizante.
- Claridad.
- Liberar e integrar sentimientos personales, y que éstos respondan a valores personales.
- Acogida de los sentimientos del otro, sin huir.

10. IDEAS PARA PROTEGERNOS Y EVITAR EL DESGASTE

- Conocer nuestras propias reacciones.
- Capacidad para identificar y resolver problemas emocionales, reconociendo nuestros recursos y nuestros límites.
- Cuanta mayor sea la aceptación de nosotros mismos, mejor actitud de escucha adoptaremos, y más seguridad percibiremos.
- Evitar la identificación con los problemas o situación del paciente, para poder actuar de forma objetiva.
- Enseñar al paciente a manifestar sus necesidades y animarles a defender sus derechos. No hacerlo comportaría aumento del estrés y un sentimiento de frustración inútil.
- Establecer una distancia emotivo-afectiva en la actitud empática. El equilibrio en la actitud empática consiste en aprender a captar realmente el mensaje del otro, estableciendo la distancia necesaria para poder seguir viviendo y ayudando a otros.
- Cuidarnos a nosotros mismos, estableciendo cambios en nuestro entorno familiar y de trabajo, de forma que nos sintamos mejor y aumentemos nuestra autoestima.
- Aprender a ser lo más asertivo posible.

11. QUÉ NECESITAN Y PIDEN LOS PACIENTES DE LOS ENFERMEROS

- Un trato humano y respetuoso, permitiendo la autonomía.
- Información sin sobreprotección ni desvalorización.
- Presencia y acompañamiento en momentos difíciles.
- Que reconozcamos los esfuerzos y los logros conseguidos en la lucha por su curación.
- Que no despreciemos las consultas sobre su situación, y compartamos todo lo que pueda ayudarles.
- Más sensibilidad en el contacto personal y más escucha.
- Que compartamos sus dificultades y angustias.
- Que no huyamos ante palabras como «cáncer» o «muerte». ¡Nos necesitan! ▼