

UNIVERSIDAD DE MURCIA
Departamento de Teoría e Historia de la Educación

TESIS DOCTORAL

**La relación de ayuda en enfermería. Una lectura
antropológica sobre la competencia relacional en
el ejercicio de la profesión.**

Miguel Ángel Cánovas Tomás

DIRECTORES

Dr. José Carlos Bermejo Higuera

Dr. Juan Carlos García Domene

Murcia, 2008

*A Lucía, mi madre, que me inició en el arte
de cuidar poniendo corazón en las manos.*

«La vostra presenza mi induce a riflettere sui problemi della vostra professione, non certo per entrare nei loro aspetti tecnici, ma perché voi stessi - e la vostra presenza qui lo attesta - siete convinti che, accanto ai problemi di ordine tecnico e pratico, sussistono istanze di ordine umano, spirituale e morale, di non minore importanza, con le quali la vostra attività deve quotidianamente misurarsi. Nell'esercizio della vostra professione infatti voi avete sempre a che fare con la persona umana, che consegna nelle vostre mani il suo corpo fidando nella vostra competenza oltre che nella vostra sollecitudine e premura. È la misteriosa e grande realtà della vita di un essere umano, con la sua sofferenza e con la sua speranza, quella che voi trattate. Voi ne siete consapevoli, e conoscete bene quale responsabilità grava su di voi in ogni momento.»

«Vuestra presencia me lleva a reflexionar sobre los problemas de vuestra profesión, no para entrar en aspectos técnicos, sino porque vosotros mismos –y vuestra presencia aquí lo atestigua- estáis convencidos de que juntos a los problemas de orden técnico y práctico, subyacen instancias de orden humano, espiritual y moral, de no menor importancia, con las que vuestras actividades deben confrontarse cada día. En vuestro ejercicio profesional, en efecto, tenéis siempre mucho que ver con la persona humana, que entrega en vuestras manos su cuerpo confiándose a vuestra competencia y a vuestro cuidado y diligencia. Vosotros tratáis la misteriosa realidad de la vida del ser humano en toda su gravedad, con su sufrimiento y su esperanza. De esto sois conscientes y por ello conocéis muy bien qué responsabilidad recae sobre vosotros en cada momento.»

(Juan Pablo II, A los participantes en el Congreso de Cirugía, 19 de febrero de 1987)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE: PERSPECTIVA TEÓRICA

CAPÍTULO I

IMPLICACIONES ANTROPÓLOGICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA RELACIÓN DE AYUDA

1. Perspectiva filosófica de la enfermedad y el cuidado
 - 1.1. Antropología Filosófica y Enfermería
 - 1.2. Algunas cuestiones sobre la naturaleza humana
 - 1.3. Antropología y método fenomenológico
 - 1.4. Aportaciones de la Fenomenología a la relación enfermera-paciente
2. Implicaciones socioculturales del proceso salud- enfermedad
 - 2.1. Concepción social de la salud y la enfermedad
 - 2.2. Cuidar desde la singularidad del “otro”
3. La relación de ayuda en la Psicología Humanístico-Existencial
 - 3.1. Psicología Humanístico-Existencial
 - 3.2. El concepto de persona
 - 3.2.1 La persona necesitada de ayuda
 - 3.2.2. La persona: un ser dinámico y activo
 - 3.2.3. Concepción holística de la persona
 - 3.3. Ideas centrales del pensamiento y método de Carl Rogers (1902-1987)
 - 3.4. Ideas centrales del pensamiento y método de Robert R. Carkhuff (1934-)
 - 3.4.1. Dimensiones y variables del modelo de relación de ayuda
 - 3.4.2. Las destrezas del asesor
 - 3.4.3. Escalas de medición
 - 3.4.4. La relación de ayuda como proceso

CAPÍTULO II

LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA

1. Nociones generales sobre la relación de ayuda
 - 1.1. Encuadre de la Relación de Ayuda
 - 1.1.1. La relación de ayuda en un sentido estrictamente profesional
 - 1.1.2. La relación de ayuda en el ejercicio de una profesión de ayuda
 - 1.2. Importancia de la relación de ayuda en el Cuidado Enfermero
 - 1.3. Hacia una definición de relación de ayuda en Enfermería
2. El pensamiento enfermero centrado en la persona
 - 2.1. Algunas cuestiones sobre los Fundamentos de Enfermería
 - 2.2. De Henderson a Parse:
el ser humano y la relación como centro del Cuidado de Enfermería
3. La comunicación como elemento consustancial a la relación de ayuda
 - 3.1. El *componente afectivo* de la comunicación
 - 3.2. Comunicación no verbal
4. Relación de ayuda y humanización de los cuidados enfermeros
 - 4.1. La *deshumanización* en el mundo de la salud

- 4.2. La relación de ayuda en enfermería como instrumento de humanización
- 5. Actitudes y habilidades en la relación de ayuda en enfermería
 - 5.1. La actitud empática
 - 5.2. Diferentes estilos de relación de ayuda
 - 5.3. La comunicación empática en la relación de ayuda en enfermería
 - 5.3.1. La reformulación
 - 5.4. La escucha activa
 - 5.5. Personalizar
 - 5.6. Confrontar
 - 5.7. El profesional de enfermería y su autoconocimiento
 - 5.8. La asertividad, habilidad para la integración de los propios sentimientos

CAPÍTULO III

EDUCABILIDAD DE LA RELACIÓN DE AYUDA

- 1. De una *gracia* dada a una humanización adquirida
- 2. El papel profesional de enfermería: capacidades, competencias y destrezas generales en el escenario social del futuro
 - 2.1. Cambios en el entorno social: nuevas necesidades de ayuda
- 3. La relación de ayuda en los estudios de enfermería
 - 3.1. La relación de ayuda en la Formación Inicial
 - 3.1.1. Metodología para la formación en relación de ayuda
 - 3.2. La relación de ayuda en la Formación Continuada
 - 3.2.1. La formación en relación de ayuda y el Centro de Humanización de la Salud
 - 3.2.2. Literatura específica acerca de la relación de ayuda en enfermería

SEGUNDA PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- 1. Cuestión de fondo de la investigación
- 2. Hipótesis guía y objetivos del estudio
- 3. Metodología: tipo de estudio
 - 3.1. Contexto y participantes del estudio
 - 3.2. Fase de recogida de datos
 - 3.3. Fase de análisis de contenido de los datos
- 4. Rigor metodológico
- 5. Consideraciones éticas

CAPÍTULO V

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Estrategias y habilidades desplegadas en el proceso de relación de ayuda
 - 1.1. Conocimiento del proceso de relación de ayuda
 - 1.2. Actitudes y habilidades de relación de ayuda
 - 1.2.1. Empatía vs. simpatía
 - 1.2.2. La aceptación incondicional
 - 1.2.3. La necesidad de adiestrarse en el arte de escuchar
 - 1.2.4. Confrontar de modo didáctico
 - 1.2.5. Respondiendo a las necesidades espirituales
 - 1.2.6. Manejando el tiempo
 - 1.2.7. Comunicarse sin palabras
 - 1.2.8. El contacto con la experiencia
 - 1.3. Estilos de relación
 - 1.3.1. Un estilo autoritario y paternalista
 - 1.3.2. Una oportunidad para la humanización
 - 1.3.3. La familia: una *paciente* más
 - 1.3.4. Pacientes “*distintos*”
2. Dificultades durante la relación de ayuda
 - 2.1. Principales dificultades y su manejo durante la relación
 - 2.1.1. No saber *qué* decir
 - 2.1.2. Miedos
 - 2.1.3. El *saber* del paciente
 - 2.1.4. Quedarse en el “interior del pozo”
 - 2.1.5. La proyección personal de rol
 - 2.1.6. La conspiración del silencio
 - 2.2. Poniendo nombre a los sentimientos
3. Valor y significado de la relación de ayuda en enfermería
 - 3.1. Valor y significado para el profesional
 - 3.1.1. La relación de ayuda: un *extra* en el cuidado enfermero
 - 3.1.2. La base del cuidado
 - 3.2. La óptica institucional
 - 3.2.1. *Saber, saber hacer y saber ser* enfermera/o
 - 3.2.2. La rentabilidad del *saber ser*
 - 3.3. El modelo del “buen enfermero”
4. Formación adquirida en relación de ayuda en enfermería
 - 4.1. Formación inicial: informados, pero no formados
 - 4.1.1. Aprendiendo de la experiencia de otros
 - 4.2. Formación continuada
 - 4.2.1. La figura del mentor
 - 4.3. Mejorar la *Competencia Relacional*

CAPÍTULO VI

ALCANCE PROFESIONAL Y EDUCATIVO

1. El encuentro y la interacción de ayuda en enfermería
 - 1.1. La necesidad sentida de *aprender a “desaprender”*
 - 1.2. Más allá del carácter y de la buena voluntad
 - 1.3. Técnica y humanismo en las manos del que cuida
2. La formación enfermera en relación de ayuda: estado del fenómeno analizado
 - 2.1. A favor de una *revolución* humanista del cuidado
3. Escenario social e institucional: como pieza clave en el desarrollo de la profesión
4. *Excursus*. El investigador como “un sujeto ubicado”

CONSIDERACIONES FINALES

1. Un *cuidado enfermero* observable, medible y educable
2. Prospectiva

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Toda profesión responsable debe analizar constantemente su aportación a las necesidades de la comunidad a la que sirve. La disciplina enfermera, en el marco de sus competencias profesionales, está preparada para ofrecer a la comunidad el despliegue de toda una serie de tecnologías y técnicas adecuadas para la mejora o mantenimiento de la salud. Técnicas estas, que en la mayoría de los casos son la aplicación de protocolos clínicos o tratamientos médicos. De otro lado, la enfermería como profesión, debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer a las personas toda una serie de *técnicas humanas* (Barbero, 1999) que faciliten el desarrollo de la persona necesitada de ayuda en su proceso de salud-enfermedad, de modo que ésta sea capaz de utilizar los recursos internos de los que dispone para afrontar la situación de crisis en la que se encuentra del modo más sano posible. Así, el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el *cuidado*, exige al profesional que éste tenga todo un conjunto de conocimientos: *saber*; la capacidad de llevarlos a cabo de modo adecuado y eficaz para la persona doliente: *saber hacer* y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre: *saber ser* (Bermejo, 1998).

Si bien esto es así, la enfermería como profesión, desde su formación inicial y luego de su desarrollo en la práctica, se ha construido e identificado principalmente a partir de su *competencia técnica* en el seno del enfoque positivista propio del siglo XIX que proporciona una concepción de la enfermedad construida en base al paradigma biomédico, donde los cuidados que se prestan se hallan más centrados en los procesos fisiológicos y en la enfermedad que en la persona doliente entendida como un todo, esto es, como un ser holístico en el que la aparición de la enfermedad afecta directamente a todas sus dimensiones: física, emotiva, cognitiva, social y espiritual. Tal y como indica Feito (2000), no cabe un enfoque de la enfermería que pierda de vista esta perspectiva, y con esto se entiende que cuidar a un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático, sino que consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas.

Durante mis primeros años como enfermero asistencial, al entrar en contacto con personas en diferentes estados de salud y momentos de su ciclo vital, y encontrarme en conexión directa con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la fragilidad de las mismas: personas afectadas de diferentes tipos de cáncer, enfermos de sida,

pacientes que sufrieron una intervención quirúrgica complicada, familiares que acompañan y también necesitan de nuestra ayuda, etc, empecé a tomar conciencia de la realidad existente y de lo esencial que resultaba un adecuado despliegue de nuestra competencia relacional como enfermeros/as para ayudar del modo más adecuado posible a las personas que demandaban nuestros cuidados. Así, la reflexión sobre la propia práctica y la confrontación con la realidad social enfermera, me ayudó a comprender que los profesionales no ponen la relación y los fundamentos en los que se basa su competencia relacional al servicio del enfermo. En acuerdo con Alberdi (2005), lograba entender cómo los profesionales de enfermería a la hora de prestar cuidados priorizan lo más fácil y lo más rápido, que casi siempre son las actividades delegadas de la medicina, dejando en un segundo plano la parte más importante de su trabajo: el cuidado que apoya y refuerza a la persona como un ser global que es. En acuerdo con Corella y Mas (1999), y tal y como hemos podido comprender al realizar esta investigación, esta situación se da en la mayoría de los casos porque los enfermeros/as no saben cómo hacerlo en conexión directa con su escasa formación, y si bien muchos profesionales han comprendido que sus clientes les demandan ser acogidos, escuchados y comprendidos desde una relación de ayuda profesional enfermera (Cibanal et al, 2003), la enfermería como profesión se viene desarrollando en una rutina de trabajo en la que se da prioridad a una correcta aplicación de los protocolos técnicos, dado que es lo que se exige y evalúa desde las instituciones educativas y sanitarias.

En mi condición de enfermero y antropólogo, tuve la suerte de ser acogido por los profesionales del Departamento de Teoría e Historia de la Educación, de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia, y así, pude realizar los cursos de doctorado durante el año 2002-2004 en el Programa de Educación en Valores, que se encuentra inmerso dentro de una línea de trabajo que dicho departamento viene desarrollando sobre la educación en valores en los diferentes ámbitos educativos (escuela, familia, medios de comunicación social, etc). Durante mi periodo formativo en este programa, surge y da sus primeros pasos la reflexión que se me planteaba a partir de mi quehacer diario como enfermero en diferentes servicios (Urgencias, Atención Primaria, Hospitalización, Quirófano, etc) en torno a la importancia de la relación de ayuda en enfermería, como un cuidado esencial en la profesión, si quería ayudar de modo eficaz a los pacientes y los familiares con los que interaccionaba diariamente. A partir del conocimiento que fui adquiriendo durante los cursos de doctorado, y en la medida que me iba introduciendo en las lecturas de diversos libros y artículos acerca de la relación de ayuda y la humanización de la salud, y escuchaba

las reflexiones de los profesionales de la salud, compañeros y compañeras, en torno a la cuestión central que nos ocupa, iban surgiendo más interrogantes, no sólo en relación a las actitudes y destrezas en relación de ayuda, sino también, en torno a lo que es y debe ser la formación inicial y continuada de los enfermeros y enfermeras en relación de ayuda, de modo que podamos dar respuesta a las necesidades que la comunidad nos demanda como profesionales de enfermería. Así, fui comprendiendo cada vez más la importancia de la relación de ayuda como un elemento terapéutico eficaz en los cuidados enfermeros y la necesidad de aprender a desarrollar esta competencia relacional, sustentándose en un sólido andamiaje de valores humanistas y humanizadores del proceso de salud-enfermedad, transmitidos a partir de la formación inicial y continuada, y que de un modo u otro, la enfermería está adoleciendo de la misma en el ejercicio de su praxis, sobre todo en el momento de acompañar a los pacientes afectados de un cáncer o una enfermedad infecciosa como es el sida, así como, a sus familias.

Atendiendo a Amezcua (2000), entendemos que toda situación de cuidados es una situación antropológica, en el sentido de estar atentos a la realidad humana de la persona doliente, atentos a todos sus códigos: físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales, en el momento de prestar cuidados enfermeros.

Esta carencia detectada en habilidades comunicativas que ha empezado a hacerse eco en la sociedad a la que la enfermería presta sus servicios, me hace entender la necesidad y el valor de la relación de ayuda como cuidado enfermero, si se desea alcanzar la excelencia en los cuidados que prestamos a la comunidad. A partir de estas inquietudes, surge la realización de esta investigación que lleva por título: *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. En acuerdo con el pensamiento de Torralba (1998), la enfermería aporta a la antropología una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y atender a la persona enferma, y es necesario que un antropólogo, un filósofo de la condición humana, sea receptivo a las vivas lecciones de la enfermería, profundizando en los fenómenos que tienen lugar en la realidad, en la cotidianidad de los seres humanos.

De este modo, con esta investigación tratamos de conocer y comprender el fenómeno del proceso de relación de ayuda en enfermería, como cuidado en el marco de la competencia relacional de la profesión, y si este se desarrolla de un modo adecuado en el ejercicio de la misma prestando así cuidados excelentes a la

comunidad. Entender el *cuidado* enfermero como el hecho de estar atento a todas las necesidades de la persona de una forma holística, tiene especial relevancia para nuestra investigación, ya que los cuidados enfermeros son algo más complejos que aprender a realizar unas determinadas técnicas. Por tanto, entendemos que la relación de ayuda es una intervención de enfermería, una *técnica humana* comprendida en el marco de la competencia relacional de la profesión, esencial para alcanzar la excelencia del cuidado y la humanización de la salud, por lo que debe formar parte de la estructura o andamiaje que sostiene los conocimientos y valores adquiridos por los profesionales de enfermería a través de su formación. Así, nuestro interés personal y profesional conecta con nuestro interés epistemológico, que nos lleva a conocer cómo viven y tiene lugar la intervención de relación de ayuda por parte de los profesionales de enfermería, a partir de la descripción y la valoración de dicha intervención en el *cuidado* de pacientes oncológicos e infecciosos y sus familias.

A partir de estas consideraciones surge la hipótesis guía en la que nos apoyamos durante la realización de esta investigación, la cual sostiene que la relación de ayuda en enfermería es un proceso observable, medible y educable, y que ésta, se hace crítica y decisiva en el momento de prestar cuidados a pacientes en situaciones graves como es un cáncer o una enfermedad infecciosa como el sida. Fue así que hemos querido escuchar la voz de los profesionales de enfermería que trabajan a diario con pacientes oncológicos y de sida, para poder describir por un lado, las estrategias (actitudes y habilidades) específicas que desarrollan cuando intervienen con este tipo de pacientes y sus familias, así como las dificultades que encuentran para llevar a cabo la relación de ayuda de un modo eficaz. De otra parte nos acercamos a las vivencias de estos actores sociales con la intención de conocer qué significado y atribución axiológica se le otorga a la relación de ayuda en la praxis y qué formación inicial y continuada han adquirido en torno a esta cuestión.

Como doctorando, deseo que esta investigación se refiera, entre otras cosas, al sufrimiento y a la esperanza, a la ansiedad y a la satisfacción, a las dificultades y las alegrías, y a las emociones y sentimientos que llenan cada día los hospitales y con los que se encuentran los profesionales de enfermería. La realización de este estudio como investigador me ha permitido visualizar el fenómeno del cuidado enfermero desde una perspectiva diferente al entrar en contacto directo con las vivencias de los profesionales entrevistados, lo que hizo que comprendiese e interiorizase en mayor medida, el conocimiento acerca del fenómeno de la relación de ayuda en enfermería que fui adquiriendo durante la construcción del marco teórico de esta investigación. Me

sorprendió la sensación experimentada de pasar del conocimiento escrito, esencial en el aprendizaje, al conocimiento *vivo* que iba adquiriendo en cada una de las entrevistas individuales y en grupo, como interlocutor con los actores sociales y como un “sujeto ubicado” que me permitía conocer las experiencias del otro. No exento de mi subjetividad como instrumento de recogida de datos, encontrarme con la fragilidad y la vulnerabilidad del otro, como una manera cualitativa más de aproximarme al fenómeno de la relación de ayuda, ha supuesto para mí un verdadero proceso humanizador de aprendizaje y de educación en valores como doctorando y como persona.

Este estudio trata esencialmente de las relaciones humanas, y mi verdadero deseo, es que sirva como estímulo que despierte en la conciencia de los profesionales de la salud, la necesidad de educarse y formarse en una ética del cuidado humanista y humanizador que se preocupe de salvar al individuo como persona. Entiendo que bajo esta óptica, las relaciones de los profesionales de la salud en el encuentro con el sufrimiento de la persona doliente, se volverán más sanas y fecundas, y nos capacitarán para prestar nuestros cuidados técnicos y relacionales de un modo aún más eficaz.

La presente tesis consta de dos partes. En la primera parte presentamos el marco teórico de la investigación que consta de tres capítulos, a través de los cuales establecemos las bases del estudio y ofrecemos una visión global del proceso de relación de ayuda en general, y en el ejercicio de la profesión enfermera en particular.

En el primer capítulo describimos el interés de situar la relación de ayuda en enfermería en el marco de la antropología filosófica, social y cultural, así como de la psicología humanístico-existencial. Al iniciar el presente estudio, una de las limitaciones a las que tuvimos que hacer frente, es la poca literatura que existe en torno a la cuestión del proceso de relación de ayuda centrado en la enfermería como profesión y cuidado enfermero, tanto en el ámbito inicial de la formación como en la evidencia de la práctica clínica. No obstante, tratamos de acercarnos al conocimiento de la antropología cultural de Leininger y la psicología humanista, donde hallamos fundamentos teóricos de la relación de ayuda en general que aportan reflexiones teóricas sobre el sentido y la esencia de la condición humana y las creencias y valores en torno a la enfermedad. Reflexiones teóricas estas que podemos extrapolar al campo de la enfermería.

A través del segundo capítulo tratamos de definir qué entendemos por relación de ayuda en general y en los cuidados de enfermería en particular, así como cuál es la filosofía subyacente y las condiciones fundamentales en las que el profesional de enfermería debe apoyarse para establecer una relación de ayuda adecuada, y tener la capacidad de responder a la persona necesitada de ayuda en el marco de las relaciones humanas. Para ello, se analizan las aportaciones de aquellas enfermeras teóricas cuyo modelo de cuidados se centra en una concepción de la persona desde una perspectiva humanístico-existencial, como son principalmente V. Henderson, H. Peplau, J. Orlando, J. Travelbee, J. Watson y R. M. Parse. A su vez, centramos nuestro interés en el proceso de la comunicación y en el riguroso conocimiento de sus reglas como elemento esencial en el cuidado de enfermería, y por ende, en el proceso de relación de ayuda en enfermería, así como en la comprensión de la relación de ayuda como un instrumento de humanización en la satisfacción de las necesidades y las expectativas de los pacientes y familiares con los que los profesionales de enfermería interactúan en su quehacer diario. Por último, entendiendo la relación de ayuda en enfermería como un proceso a seguir por los profesionales, analizamos las actitudes, destrezas y habilidades con las que éstos deben estar familiarizados para llevar a cabo dicho proceso, y de este modo, facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos internos de la persona en conflicto para ayudarle a hacer frente a su problema o crisis, y así, alcanzar el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que la excelencia en el cuidado.

En el tercer capítulo del marco teórico, se aborda una de las cuestiones principales de este estudio que gira en torno a nuestro interés de comprender la relación de ayuda en enfermería, como un proceso adquirido a través del aprendizaje y por tanto, susceptible de ser enseñado, aprendido, medido y evaluado. Entendemos que el andamiaje que sostiene las prácticas de formación en una disciplina es determinante para el desarrollo de la misma, y que la filosofía que envuelve a dicha estructura va a dirigir el modo en que la profesión se desarrolle en el escenario social. De este modo, tratamos de acercarnos al conocimiento de los estudios sobre relación de ayuda en la formación inicial y a las ofertas de formación en lo que se refiere a la formación permanente de estos profesionales, así como al análisis de la metodología y de los contenidos para una relación de ayuda en cuidados de enfermería expuesta por los diferentes autores que vienen trabajando actualmente esta cuestión en el campo de la formación de los profesionales de enfermería.

En la segunda parte de la investigación presentamos el desarrollo del trabajo empírico realizado. Esta parte está compuesta por tres capítulos, nombrados como IV, V y VI capítulos respectivamente, dentro del esquema general de la tesis.

En el IV, exponemos el planteamiento del estudio, proponiendo la pregunta de investigación surgida a partir de la confrontación entre la posición epistemológica en referencia al marco teórico y la ontología expresada sobre el cuidado enfermero y la competencia relacional de la profesión. Es en este mismo capítulo, donde también se definen los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y que dirigirán el desarrollo metodológico y el posterior análisis cualitativo del estudio. Explicamos el tipo de estudio poniendo énfasis en la metodología cualitativa por su idoneidad para este tipo de investigación, que se centra en las vivencias humanas de los profesionales de enfermería, y que nos permite acercarnos al conocimiento y la comprensión del fenómeno de relación de ayuda en enfermería a partir de sus perspectivas de significado en torno a este. Describimos los participantes del estudio, el proceso de reclutamiento, la recogida de datos y la metodología del análisis de los mismos. Por último, incluimos un apartado que hace referencia a las consideraciones éticas, que si bien presentan importancia en todo tipo de estudio, tienen mayor relevancia en las investigaciones de corte cualitativo por el tipo de información que generan.

En el capítulo V, de descripción de los resultados obtenidos a través de la lectura directa del análisis del discurso de los informantes que han participado en esta investigación, exponemos las codificaciones surgidas a partir del análisis de los datos, en relación a las categorías y subcategorías analizadas en relación al referente teórico.

En el capítulo VI, se hace referencia al alcance profesional y educativo en relación a los datos obtenidos mediante el análisis del discurso, e interpelamos dichos datos situándolos en la corriente de pensamiento del marco teórico y contrastándolos con la perspectiva de significado de los actores sociales entrevistados.

Finalizamos la investigación ofreciendo algunas consideraciones finales, que servirán para reforzar la hipótesis guía de la que partimos, valorando la consecución o no de los objetivos, y ofrecemos una propuesta de intervención global, a modo de prospectiva, elaborada en función de los mismos.

Tal y como indicábamos anteriormente, al iniciar esta investigación, una de las limitaciones a las que tuvimos que hacer frente es la poca literatura que existe en el ámbito de la formación inicial y continuada de enfermería acerca del proceso de relación de ayuda, en lo que se refiere a su aprendizaje, el desarrollo en la práctica diaria de estos cuidados relacionales y la evaluación de los mismos. Dentro del panorama bibliográfico, nos apoyamos en las reflexiones de la psicología humanístico-existencial, la antropología cultural de los cuidados de Madeleine Leininger denominada *Enfermería Transcultural* y las teorías de las distintas enfermeras teóricas que proponen una enfermería centrada en la persona como un todo, para el desarrollo del marco teórico que sustenta la presente investigación. Por otra parte, también tuvimos presente dentro de la literatura específica en enfermería centrada en el proceso de relación de ayuda en la profesión, los estudios del pedagogo y psicoterapeuta Dr. Jacques Chalifour de la Universidad de Laval en la ciudad de Québec en Canadá, así como, las investigaciones llevadas a cabo por el Dr. Luis Cibanal Juan de la Universidad de Alicante y por el Dr. José Carlos Bermejo, director del Centro de Humanización de la Salud en Tres Cantos, Madrid.

Agradecimientos

A los enfermeros y enfermeras que han participado en esta investigación: los profesionales de las Unidades de Infecciosas y Onco-Hematología, Hospital de Día médico y Unidad de Transplantes de médula ósea. Ellos y ellas han sido en el sentido más genuino los principales colaboradores de este estudio. Mi gratitud más profunda a estos hombres y mujeres que se nos han presentado con sus vivencias personales, permitiéndonos así aprender de ellos y de ellas. Sin su testimonio y la entrega generosa de su tiempo, sin su hospitalidad y franqueza, nunca habría aprendido lo que aquí expongo. Estos profesionales han sido para mí auténticos maestros. Espero que este trabajo sea digno de ellos.

Al Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia, por su generosidad al acogerme en su programa de doctorado posibilitándome así mi desarrollo y aprendizaje como investigador.

A las personas que trabajan en el servicio de préstamo Interbibliotecario de la Universidad de Murcia, por su ayuda y profesionalidad facilitándome el acceso a los libros, artículos y documentos que me fueron necesarios para la construcción teórica de esta investigación.

A Salvador, mi padre. A él le debo mi aprendizaje continuo en el difícil arte de la escucha y tantos otros valores que con su amor incondicional ha sabido transmitirme.

A mis amigos y amigas por su apoyo en todo momento, y especial, a María José Ortiz, Jorge Botía y Francisco Guillén; gracias por estar en los momentos difíciles en los que vuestra compañía y alegría ha sido vital para mí. Gracias por cuidarme.

A mis directores, el Dr. José Carlos Bermejo y el Dr. Juan Carlos García, por confiar en mí y acompañarme en todo momento en mi aprendizaje como investigador, por el entusiasmo y por su paciencia en los momentos más críticos del estudio, por iluminarme con su sabiduría. De ellos he aprendido a crecer como investigador y como persona.

CAPÍTULO I

IMPLICACIONES ANTROPOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA RELACIÓN DE AYUDA

El presente capítulo intenta justificar el interés de situar la relación de ayuda en enfermería en el marco de la Antropología Filosófica, Social y Cultural, así como, de la Psicología Humanístico-Existencial. Para ello trataremos de acercarnos al conocimiento de las aportaciones esenciales de ambas disciplinas, donde hallamos fundamentos teóricos de la relación de ayuda en general, y en el ejercicio de la profesión en particular, que aportan elementos importantes de reflexión teórica sobre el sentido y la esencia de la condición humana y las creencias y valores en torno a la enfermedad. Todos estos elementos presentan un destacado papel para el desarrollo del bien intrínseco de la profesión enfermera, que no es otro que el cuidar, es decir, acompañar a ser uno mismo, a reconocerse, a desarrollar estrategias que permitan al enfermo vivir armoniosamente consigo mismo y los otros, con la naturaleza y el universo.

1. Perspectiva filosófica de la enfermedad y el cuidado

1.1. Antropología Filosófica y Enfermería.

El enfoque positivista, propio del siglo XIX, proporciona una concepción de la enfermedad construida en base al paradigma biomédico. Esta visión biologicista del ser humano concebía cada parte del cuerpo por separado, analizando los procesos patológicos o los órganos, como elementos del estudio de un organismo cuasi mecánico en el que la labor a realizar es la de restablecer su funcionamiento normal (Collière 1993). Este enfoque no está centrado en la persona, sino en los procesos biológicos de la enfermedad y permite un estudio científico basado en el razonamiento causal (causa-efecto), que ha impregnado prácticamente todo el campo de la medicina y también de la enfermería. Sin embargo, su aplicación en estas disciplinas, no comprende muchos aspectos cruciales del ser humano como agente y como persona. No se trata de golpear, y tal como indica Cibanal (1997), de rechazar sin más este proceso científico basado en una filosofía analítica deductiva, dado que esto es válido y necesario para abordar la enfermedad, sino que nos parece esencial, que todo el proceso terapéutico de una persona enferma no se reduzca solamente a este tipo de investigación. Feito dice al respecto: “Lejos de concebir al paciente como un

organismo enfermo, como ocurría en tiempos pasados, se trata de considerar su persona en conjunto, como alguien, un individuo con rostro y nombre, que padece una enfermedad y que requiere ayuda (...), no cabe un enfoque de la enfermería que pierda de vista esta perspectiva (Feito,2000:163)”. Con esto se entiende, que cuidar de un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático, sino que consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas. En definitiva, no cabe duda de que es importante tratar la enfermedad desde un enfoque biológico, pero la investigación positivista tiene algunas limitaciones cuando se estudian los fenómenos humanos, y por ello es esencial para la enfermería, contemplar a la persona enferma desde un enfoque holístico, esto es, desde todas las dimensiones del ser humano (corporal, intelectual, emotiva, social y espiritual-religiosa), y para esto es importante acercarnos al conocimiento del papel que tiene en la relación de ayuda en enfermería el análisis del proceso de enfermar, desde una comprensión filosófica y antropológica del ser humano, dado que la enfermedad tiene un profundo valor antropológico en cuanto que no es un cambio meramente somático, sino que altera globalmente al ser y su estructura externa e interna.

Apoyándonos en lo anterior, y desde una perspectiva filosófica “la enfermedad puede definirse como una alteración global de la estructura pluridimensional y plurirelacional de la persona, una alteración que puede ir al sufrimiento a lo largo de la vida” (Torralba, 1998: 252). Esto es así, porque la enfermedad altera globalmente la esencia del ser humano de un modo interno y externo, y de este modo, si tratamos de entender la enfermedad como objeto de análisis filosófico, ésta debe ser investigada en su particular relación con la vida humana, con los cambios que sufre el ser humano no sólo en lo que se refiere a su estructura somática, sino en todas sus dimensiones de modo integral, dado que el modo que tiene el ser humano de padecer la enfermedad es específicamente propio (Feito 2000).

La enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión, en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma. Siguiendo a Torralba, podemos afirmar que “nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo (Torralba, 1998:5)”. Esto es así porque el profesional de

enfermería ¹ trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema vulnerabilidad como es la enfermedad, acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en él una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono y, muy a menudo, de proximidad a la muerte. Por todo, pensamos que es importante una reflexión antropológica desde la enfermería que haga hincapié en estas cuestiones que constituyen la esencia del ser humano ante la enfermedad, considerando los elementos e instrumentos de reflexión teórica sobre el sentido y la esencia de la condición humana que el conocimiento de la Antropología Filosófica les aporta al respecto, para de este modo, comprender mejor a su paciente y el sentido y la razón que tienen para él el sufrimiento y la muerte.

La Enfermería es fundamentalmente una praxis. Así, partiendo de la premisa de que una buena praxis está fundamentada en una buena teoría, consideramos que los instrumentos de reflexión teórica que nos aporta la Antropología Filosófica, son importantes para el desarrollo de la profesión, y en última instancia, para el bien intrínseco de la misma, que no es otro que el cuidado y la excelencia de éste.

Del mismo modo, y también en palabras de Torralba (1998), la Enfermería aporta a la Antropología Filosófica una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma, y es necesario entonces, que un antropólogo, un filósofo de la condición humana, sea receptivo a las vivas lecciones de la Enfermería, porque de este modo, podrá profundizar más en los misterios y problemas de la condición humana sin olvidar la realidad, la cotidianidad.

Centrándonos en las aportaciones de Choza (1988), Torralba (1998) y Beorlegui (1995) y atendiendo a las cuestiones más relevantes para la disciplina enfermera en este tema, tratamos de esbozar una definición de la Antropología Filosófica y de acercarnos a uno de los principales métodos de investigación que la sustenta, el método fenomenológico, de un modo somero, dado que no es éste el tema central del trabajo que nos ocupa y todo el saber teórico que ésta disciplina aporta es muy amplio y haría demasiado prolijo este apartado.

¹ A lo largo de este trabajo utilizaremos el término *profesional de enfermería* para referirnos tanto los enfermeros como enfermeras. Del mismo modo, usaremos el término *enfermera* para referirnos a aquellas personas que ejercen como diplomados dentro de la profesión de Enfermería independientemente de su sexo. Por otro lado, para definir a la persona necesitada de ayuda utilizaremos los términos Ayudado, cliente, paciente o asesorado de un modo indiferente, y en este mismo plano utilizaremos los términos Agente de ayuda, asesor o terapeuta para definir a la persona que ofrece ayuda.

Beorlegi (1995) afirma que en la historia del pensamiento occidental uno de los interrogantes fundamentales ha sido la pregunta por la naturaleza humana y en la Antropología Filosófica todo gira en torno a esta cuestión. Podríamos decir que el objetivo de la Antropología Filosófica en general, es la descripción filosófica del ser humano, lo que éste es en su esencia, preguntándose en todo momento por cuál es el fundamento último de su ser, de su obrar, de su hacer, de su pensar. La Antropología Filosófica con sus investigaciones en torno a la naturaleza del ser humano trata de responder a estos interrogantes. Del mismo modo, trata de ofrecer una visión integral, global y holística del ser humano, necesaria para ir más allá de una imagen sectorial y fragmentada del mismo.

Atendiendo a Torralba, podríamos definir la Antropología Filosófica como “un discurso filosófico, esto es, racional, crítico y dialógico en torno a la condición humana, cuyo fin es dilucidar lo más propio y específico de la condición humana y comprender globalmente las múltiples expresiones y modalidades del vivir humano. La vida humana con todas sus ambigüedades y perplejidades (Torralba, 1998:38)”. Se trata de un discurso filosófico acerca del ser humano “in abstracto”. Con esto, Beorlegui (1995) y Torralba (1998), tratan de decirnos, que es un discurso filosófico que trata al ser humano más allá de sus concreciones históricas, biológicas, económicas, sociales, religiosas y culturales. No es caracterizar externamente al ser humano, sino analizar, “in recto”, el sentido de la esencia humana.

1.2. Algunas cuestiones sobre la naturaleza humana

Desde la Antropología Filosófica se comprende a la persona como una estructura *pluridimensional*, es decir, que tiene varias dimensiones, y como una estructura *plurirelacional*, entendiéndose con esto que el ser humano no está solo ni aislado en el conjunto del universo, sino que establece vínculos, de un modo explícito o implícito con el entorno y las demás personas que con él convive. Comunicarse y relacionarse con los demás es una necesidad sentida por el ser humano.

Interesados en una antropología de la enfermedad desde esta perspectiva filosófica y el papel que tiene en el proceso de relación de ayuda, pensamos que es importante analizar algunas cuestiones en torno a la esencia de la naturaleza humana, como son: la comprensión de la persona como ser interior y exterior, la corporeidad

individual de cada sujeto, la soledad, la vulnerabilidad del ser humano y por último, lo que nosotros hemos querido denominar como *ayudar a edificar*, dado que son rasgos de la esencia humana a los que los profesionales de enfermería creemos deben ser sensibles y cuyo conocimiento de los mismos, se encuentra en la base de la labor y del bien intrínseco de la profesión.

Interior y exterior

El hombre, como tal, en su condición humana presenta dos esferas: su mundo externo y su mundo interno, y es fundamental el equilibrio de “el adentro” y “el afuera” del ser humano para el pleno desarrollo de su personalidad. El pensamiento de la Filosofía Antropológica entiende al ser humano, como un *animal bicéfalo*, esto es, como un sujeto con una corporeidad exterior y una corporeidad interior. El ser humano no se resuelve sólo en su exterioridad, sino que ésta, es el acceso a su mundo interior y reflexivo.

Torralba (1998) interpretando a Stein (1994), dice que esta autora, desde la perspectiva fenomenológica contemporánea, también distingue estas dos esferas del ser humano, cuando indica que son dos áreas en las que el espíritu humano penetra en su vida despierta y consciente, y estas son el mundo exterior y el mundo interior.

El mundo interior de la persona sería ese espacio donde acontecen todas las manifestaciones de carácter reflexivo y transcendental, el epicentro de su dimensión espiritual. Ahora bien, todas estas manifestaciones internas del ser humano tienen una manifestación externa. Toda manifestación del ser humano se debe considerar en estas dos esferas, externa e interna, y es necesaria la armonía entre ambas para que la persona viva en equilibrio.

La persona que cuida debe tener presente esta doble manifestación del ser humano. Comprender al enfermo como sujeto interior y exterior es fundamental para llegar a conocer cómo el paciente vivencia de un modo interno su enfermedad y el modo en el que lo manifiesta al exterior. Torralba indica al respecto: “En la administración de los cuidados, esta doble naturaleza del ser humano debe considerarse seriamente, pues sólo es posible cuidar íntegramente a un ser humano, si se despliega el cuidado de su interioridad (el adentro) y el cuidado de su exterioridad (el afuera), pero no de un modo dividido, sino de un modo unitario, en el seno de la misma acción (Torralba ,1998:167)”.

Corporeidad

La materialidad del ser humano se puede considerar desde una concepción científica, donde el cuerpo humano es analizado como un objeto que pesa y tiene una determinada densidad. El cuerpo es tratado como objeto. Se puede medir, diseccionar, pesar, fotografiar, etc; y es entendido como una realidad con características específicamente físicas y biológicas.

Por otro lado, y desde la perspectiva filosófica y antropológica que aquí abordamos, existe otro modo de abordar la materialidad del ser humano. Se trata de una consideración fenomenológica donde el cuerpo no es tratado como objeto de análisis científico, sino como fuente de expresividad, de comunicación y de interrelación. Esto es lo que entendemos por corporeidad; se trata del cuerpo sujeto, del cuerpo que la persona vive, experimenta, siente que tiene y con el que se proyecta en el mundo.

Castillo (2000) en sus investigaciones acerca del papel de la fenomenología para el estudio de los fenómenos humanos, dice que en el cuidado enfermero, la persona debe ser entendida como corporalidad. La persona más que tener un cuerpo, es persona corporal y la experiencia de esta corporalidad es un fenómeno completamente individual. Esto significa, que no se tiene el cuerpo como una realidad extrínseca de la propia identidad de la persona, sino que la persona vive, se desarrolla y crece en ese cuerpo. El ser humano es entonces corporeidad, porque su cuerpo no se entiende como un puro objeto, sino como una fuente de comunicación para expresarse en relación con los demás, el entorno y con él mismo.

De este modo, todo ser humano tiene una experiencia propia de su corporeidad, ya sea refleja o no. Siente su cuerpo como propio y como suyo, un cuerpo que vivencia de un modo interno y a través del cual se comunica con el entorno y los demás, y del mismo modo, cada ser humano le otorga un valor diferente a su corporeidad.

Este valor de la corporeidad debe ser tenido en cuenta a la hora de cuidar a personas enfermas, dado que la enfermedad hace patente y manifiesta de modo urgente y real la condición corpórea de la existencia humana, y la relación con los enfermos implica entrar en contacto con una corporeidad ajena, que debemos tratar de respetar y considerar en todo momento.

Por otro lado, como mencionamos, la corporeidad es también comunicación. La persona humana a través de sus gestos, sus palabras, sus movimientos e incluso a través de su lenguaje no verbal, nos comunica sus sentimientos y las experiencias vitales de su mundo externo e interno. Tal como indica Cibanal, “la verdadera comprensión de lo que es el cuerpo se decide en la comprensión del lenguaje del cuerpo. A partir de aquí lo que llamamos síntoma toma una significación que muchas veces no tiene nada que ver con el pensamiento que está debajo de las explicaciones mecanicistas y causales (Cibanal, 1997:30)”. Del mismo modo, Alberdi (1988), destacando la importancia que tiene para la profesión enfermera la comprensión de cómo los pacientes perciben la enfermedad de un modo individual, cree como algo esencial el aprender a realizar una lectura de los síntomas del cuerpo, más allá de la *medicalización*² de la salud. Para esta autora la realidad del síntoma no sólo se basa en la objetivación científica del mismo sino también en la percepción individual del sujeto, y pone énfasis en la comprensión del síntoma como un mensaje producto de la influencia socio-cultural y de las vivencias personales del individuo.

En la tarea de cuidar, y principalmente en el plano de la relación de ayuda, es importante estar receptivos a todos estos elementos que son fuente de comunicación de la percepción individual y subjetiva de la persona enferma y necesitada de ayuda. Y esto es así, porque la enfermedad estudiada desde el paradigma biomédico, tiene sus manifestaciones y experiencias físicas y fisiológicas, pero desde un enfoque antropológico, afecta el código subjetivo del ser humano, a su interioridad y a su mundo emotivo, afectivo y relacional.

Del mismo modo, y teniendo en cuenta la experiencia subjetiva e individual, así como el valor que cada ser humano da a su corporeidad, es preciso tener presente que hay personas que viven su corporeidad como un elemento negativo. Personas que no se sienten en armonía con su propia corporeidad, algo que puede llegar a tener consecuencias de tipo anímico e interpersonal.

La situación de estar enfermo lleva consigo este “desajuste” con la propia corporeidad y ésta puede ser vivida por la persona doliente como algo negativo, por lo que resulta esencial que al prestar cuidados el profesional de enfermería tenga presente en todo momento el cambio que supone a nivel emocional la percepción de su enfermedad por parte del paciente, y la alteración de la corporeidad individual que

² La cursiva es nuestra

ésta lleva consigo, para de este modo, ayudar eficazmente al paciente en su situación de crisis.

Soledad

El ser humano tiene un adentro y un afuera, un exterior y un interior que debe cuidar y mantener en armonía para alcanzar su plenitud y dar sentido a su existencia. Desde la perspectiva antropológica que nos ocupa, entendemos a la persona como un ser plurirelacional, entendiendo que no sólo la persona está siempre en relación con los demás sino también en relación con su adentro, con uno mismo, en constante introspección con el interior, como algo necesario, porque la soledad, entendida además como posibilidad del ser humano, también es una necesidad que este tiene para estar en contacto con el mundo. El ser humano tiene la necesidad de cultivar su afuera pero también su adentro. La persona para construirse a sí misma necesita relacionarse con los demás pero también consigo mismo.

Hablar de soledad desde una perspectiva antropológica es ir más allá de lo geográfico. La persona puede hallarse en un lugar repleto de otras personas y estar con ellas, pero puede sentirse sola o puede necesitar no estar con otros. Desde un punto de vista filosófico entendemos la soledad como un estado anímico y existencial.

Ahora bien, esta soledad puede ser buscada y sentida como una necesidad que el ser humano desea para encontrarse consigo mismo, para construir su propio yo, y por tanto es vivenciada de un modo bello. No obstante, en las situaciones en las que se trata una soledad no deseada, ésta se convierte en un sentimiento que produce sufrimiento interno y que en muchas ocasiones puede llegar a ser difícil de soportar. En estos casos, este sentimiento es vivenciado de un modo doloroso, porque puede producir la sensación de estar abandonado, de sentirse obligado a la soledad, y esto es perjudicial para el equilibrio del sujeto y su desarrollo.

Esta cuestión es relevante en el tema de la relación de ayuda. Cuidar del ser humano es acompañarle, estar con él, no dejarle "solo". No dejar sola a la persona doliente es ocuparse día a día de sus necesidades biológicas, espirituales y emocionales, y hacerle saber que estamos interesados por él. Son importantes las aportaciones de Torralba en torno a esta cuestión: "Cuando el ser humano sufre dolor o enfermedad, siente con un deseo imperioso la afectividad del prójimo, siente con hondura la necesidad de desarrollar su mundo afectivo y, precisamente entonces, la

experiencia de la soledad obligada, la experiencia del abandono es particularmente negativa y tiene efectos muy graves en el estado anímico de dicho sujeto. Cuidar de un ser humano es, en definitiva, no dejarle a la intemperie (Torralba, 1998:192)”.

Vulnerabilidad

El ser humano entendido como unicidad o estructura corpórea, psicológica, social y espiritual, por su propia naturaleza tiene la posibilidad de desestructurarse, es decir, es un ser vulnerable. Afirmar filosóficamente que el ser humano es vulnerable significa que éste es frágil y que está expuesto al peligro de fracasar, enfermar, ser agredido o morir. Su estructura pluridimensional y plurirelacional está amenazada por elementos propios o ajenos: como la soledad, la vejez, el sufrimiento, la enfermedad, etc.

Torralba (1998) afirma que todo el ser humano es vulnerable, no sólo su naturaleza somática, sino todas y cada una de las dimensiones fundamentales. Dice el autor, que vivir humanamente significa vivir en la vulnerabilidad. Podemos ver que el ser humano puede ser vulnerable de un modo físico por estar sujeto al dolor o a la enfermedad, pero también psicológicamente porque su mente es frágil. Del mismo modo, puede ser agredido socialmente o espiritualmente.

Así, desde una perspectiva filosófica, la enfermedad es entendida como una posibilidad del ser humano. El ser humano enferma porque es vulnerable, y lo mismo ocurre con el sufrimiento y la muerte. Feito (2000) dice al respecto, que la situación de enfermedad muestra las limitaciones que podemos sufrir, entre las que se encuentran la vulnerabilidad y lo susceptible de la existencia humana ante el dolor.

Desde la disciplina enfermera, algunos autores como Cohen (1991) y Sellman (2005), nos hablan de la comprensión de la vulnerabilidad del ser humano como una posibilidad de cuidado que pueden prestar los profesionales que cuidan. Es decir, tener conciencia de la propia vulnerabilidad, de nuestra propia fragilidad, puede ayudarnos a desarrollar herramientas y conocimientos para ayudar a las personas en situaciones de crisis. Esto es lo que Torralba (1998) denomina *pedagogía de la vulnerabilidad*³, y con esto el autor nos quiere transmitir que podremos cuidar

³ La cursiva es nuestra

adecuadamente si en nuestra praxis tenemos integrado este conocimiento de la vulnerabilidad del ser humano, esta pedagogía de la vulnerabilidad, es decir, el reconocimiento del otro, y de nosotros mismos, como un ser frágil y vulnerable.

Ayudar a edificar

Si queremos formular una primera definición o descripción de lo que se entiende por *edificar*, tomando como referencia el uso ordinario del lenguaje, o de un modo más académico, el diccionario de la Real Academia de la Lengua, *edificar* puede significar fabricar, hacer un edificio o mandarlo a construir, así como infundir en alguien sentimientos de piedad o virtud. Es desde esta última definición, es decir, desde la perspectiva del obrar humano, que deseamos interpretar la acción de edificar.

Desde la perspectiva filosófica y antropológica de la enfermedad que nos ocupa, venimos comprendiendo al ser humano como un ser pluridimensional y plurirelacional, como una “construcción” o estructura corpórea, psicológica, social y espiritual.

Entendemos la enfermedad y el proceso de enfermar, tal como hemos visto, como una posibilidad de la vulnerabilidad del ser humano, y más concretamente, como un hecho que desmorona esta “construcción” y rompe el equilibrio de la existencia humana en el cosmos.

Tal como afirma Torralba (1998), la tarea de cuidar tiene relación directa con la tarea de edificar, y esto es así, *“porque la persona enferma reclama cuidado, porque sufre un proceso de desestructuración global de su ser”*.

Pensamos que desde la relación de ayuda, comprender esta desestructuración que lleva consigo el hecho de enfermar, es importante para ayudar a la persona que sufre a edificar y construir de nuevo su mundo externo (su afuera) y su mundo interno (su adentro), para infundir sentimientos de ánimo que le ayuden a utilizar sus propios recursos para afrontar su situación y a *construirse* de nuevo. En definitiva, con esto pretendemos decir, que las relaciones humanas, y en este caso, la relación de ayuda, pueden llegar a ser edificantes, no sólo en el sentido corporal del término, sino fundamentalmente en el sentido interior para la persona que sufre la enfermedad, el dolor o la pérdida. Es desde esta perspectiva desde la que pensamos se debe

entender la acción de cuidado, entendida ésta, como una acción edificante y de ayuda para la persona enferma en el marco de una relación interpersonal.

1.3. Antropología y método fenomenológico

Tal como indica Choza (1988), el método de la Antropología Filosófica es una combinación de varios métodos a la vez. No hay un único camino para llegar a la cuestión última de la realidad.

Hemos visto que el punto de partida de esta disciplina es la realidad humana en sus múltiples y variadas facetas. Por tanto, la realidad humana puede ser estudiada por un lado, desde la realidad externa y objetiva del ser humano a través de los hechos empíricos, atendiendo al funcionamiento neurofisiológico y biológico del cuerpo como corresponde a dicho paradigma.

Por otro lado, la realidad humana puede ser analizada a través de los fenómenos tal como estos son y se manifiestan en la conciencia, de la manera en que son vivenciados individualmente por cada persona, y este análisis es posible mediante el método fenomenológico, ya que éste se refiere a la voluntad de comprender a los seres humanos a partir de cómo ven ellos las cosas, es decir, la apreciación subjetiva del mundo de la persona, o lo que es lo mismo, el “estar en el mundo” que diría Heidegger (1999). En definitiva, los individuos viven en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales son el centro. Estas experiencias son “su realidad”, “su campo fenoménico o experiencial” y reaccionan ante ellas tal y como las perciben en su mundo (Rogers, 1989).

El método fenomenológico ha sido interpretado desde diferentes perspectivas. Inicialmente abordaremos a grandes trazos los puntos principales de esta metodología, sin entrar en lecturas ni interpretaciones de la misma, sino seleccionando los puntos clave. En la fenomenología se distinguen dos escuelas de pensamiento que implican distintas metodologías: la eidética o descriptiva y la hermenéutica o interpretada.

La fenomenología eidética, propuesta por Edmund Husserl al que se considera padre y fundador de este movimiento (Orb, 2007) tiene por objetivo describir una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. Husserl en

oposición al pensamiento naturalista tradicional se apoya en Kant y en la distinción que este autor realiza entre fenómeno y noúmeno. El fenómeno sería entonces lo aparente, o lo que es lo mismo, lo que se manifiesta en el espacio y el tiempo y captamos a través de los sentidos externos e internos. El fenómeno sería lo perceptible, y más allá de éste, estaría el noúmeno, que sería la cosa en sí-misma, a la que no se puede acceder por la percepción, o lo que es lo mismo, lo transcendental. En definitiva, podemos captar lo externo del ser humano, pero éste es más que el conjunto de todas estas manifestaciones externas, ya que existe en él toda una dimensión interior imperceptible, que sin embargo configura toda su vida exterior. Hurssel buscaba comprender cómo las cosas se presentan y acaecen en los modos subjetivos de vivir, cuál es la raíz última de las manifestaciones externas y esto nos remite directamente a la naturaleza noúmenica o interior del ser humano.

Hurssel quería demostrar que la filosofía era una ciencia de rigor y para esto consideró que si el investigador hacía abstracción de las ideas preconcebidas, éste podría llegar a la esencia del fenómeno que se estaba estudiando (Orb, 2007). Esto es lo que él denomina *Epoché*, y por esto se entiende poner entre paréntesis nuestras preconcepciones del ser humano, nuestras ideas comunes de lo que es la persona. Tal como indica Osorio (1999), las personas tienen elementos que apoyan nuestra estructura de significación, pero éstos son cuestionables, y hacer fenomenología es dejar a un lado estos elementos considerados en nuestros juicios anteriores. Como diría Torralba (1998), en el método fenomenológico, es preciso olvidarse, momentáneamente, de todo lo recibido y aprender a mirarnos, y a mirar, sin su ayuda. Se trataría de dejar de un lado todo lo que no sea lo comprendido a través de la experiencia directa, y que de algún modo, puede hacernos ver la realidad sólo en sus manifestaciones externas. En definitiva, aprender a mirar las cosas “en sí mismas”, evitando la visión modificada por los conocimientos previos o las teorías adquiridas.

Por otra parte, la fenomenología hermenéutica tiene como objetivo comprender una vivencia. Su precursor fue Martín Heidegger, el cual fue alumno de Hurssel y reinterpretó la fenomenología, llamándola hermenéutica, palabra derivada de “Hermes” el mensajero griego que tenía como rol interpretar los mensajes entre Dios y los humanos. Heidegger hablaba del concepto de llegar al entendimiento de lo que somos a través del lenguaje, dado que éste tiene una gran importancia significativa en lo que somos. Por tanto, podemos decir, que la filosofía de Heidegger intenta comprender y buscar el entendimiento de lo que “somos” para lo cual no está de acuerdo con Hurssel en aceptar la idea de hacer una abstracción del mundo que nos rodea. Esta

fenomenología entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe (De la Cuesta, 2006). Este tipo de fenomenología es la más utilizada en enfermería, esta presencia del investigador es una de las diferencias más destacadas que tiene con la fenomenología descriptiva.

Como indica adecuadamente Cibanal (1997), nuestra formación – refiriéndose a las enfermeras- basada en una filosofía analítica deductiva, propia de las ciencias naturales, no nos prepara bien para una relación terapéutica con la persona que sufre una enfermedad o una situación de crisis. El método fenomenológico nos ofrece una actitud de reflexión ante la enfermedad y el ser humano que la padece basada en la reflexión y la inducción, más que en lo analítico-deductivo.

1.4. Aportaciones de la Fenomenología a la relación enfermera-paciente

El interés por la Fenomenología en la disciplina enfermera, tal como indican algunos autores (Cibanal, 1997; Castillo, 2000; Silva y Damasceno, 2001; Sanches y Boemer, 2002; Loureiro, 2002; Camargo y Souza, 2003; Ribeiro, Bessa y Piheiro, 2004), es cada vez mayor entre los profesionales de esta disciplina. Estos autores, entre otros, consideran que las contribuciones de los estudios fenomenológicos pueden facilitar el alcance de la excelencia de los cuidados de enfermería al investigar lo humano en la salud, ayudando a los profesionales de enfermería a comprender a las personas a partir de su marco de referencia, es decir, de cómo los fenómenos son vivenciados por el ser humano desde su propio mundo interior.

Es por ello, que en este intento de que el aspecto existencial de las personas cuidadas tenga un lugar privilegiado en el proceso de cuidar, se han llevado a cabo algunas investigaciones desde diferentes perspectivas fenomenológicas con mujeres mastectomizadas (Camargo y Souza, 2003), familias de niños con cáncer (Castillo, 2000) así como, con enfermos con dolor afectados por una enfermedad crónica (Sanches y Boemer, 2002). Estas investigaciones demuestran que el marco de la Fenomenología, al comprender al paciente en su singularidad, nos ayuda a mejorar los cuidados de enfermería, “la concepción fenomenológica nos confirma la visión holística que debe desarrollar la enfermera al abordar al paciente” (Cibanal, 1997:25). Del mismo modo, hay una cuestión que nos parece esencial, en el tema que nos ocupa, en cuanto a lo que a las aportaciones de la Fenomenología a la relación

enfermera-paciente se refiere, y nos referimos a que la comprensión de la esfera humana desde esta perspectiva, facilita a las personas que sufren la capacidad de obtener recursos internos para afrontar su situación y vivirla con dignidad (Silva y Damasceno, 2001).

Por otra parte, estamos de acuerdo en que no es nuestra pretensión idealizar esta corriente filosófica, cuyo proceso como dice adecuadamente Cibanal (1997), nos parece tener sus defectos y cualidades. Ahora bien, el que esta filosofía cuestione los métodos tradicionales de entender al ser humano y nos coloque en un ángulo de enfoque distinto, nos parece esencial en nuestro quehacer diario como profesionales de enfermería en permanente contacto con personas enfermas, porque pensamos que nos ayudará a tener una relación terapéutica con el paciente en una disposición de apertura al otro, así como, a entender el cuidado más allá de reduccionismos puramente técnicos o biologicistas. Cibanal (1997:29) expresa claramente lo expuesto al afirmar que: “(...) *la actitud fenomenológica nos parece representar una vuelta hacia una relación más auténtica, más verdadera, más útil, (...), y todo esto sabiendo que no es la panacea, sino un paso más en el misterio de la comprensión de la persona humana cuando ésta es visitada por la enfermedad*”.

Tal como hemos visto hasta ahora, hemos tratado de indicar el papel esencial que tiene en la relación de ayuda en enfermería, el hecho de encaminar esta acción de cuidar, más allá de todo aquello que implique únicamente objetivar la realidad del ser humano traduciéndola a cuantificaciones fisiológicas. De este modo, teniendo en cuenta lo anterior, creemos que es fundamental dirigir nuestros cuidados hacia una visión del ser humano más global y holística, tratando de encontrar elementos e instrumentos de reflexión teórica en aquellas corrientes de pensamiento que ofrezcan alternativas al modelo-biologicista de salud-enfermedad, y que nos ayuden a encontrar la excelencia y la fundamentación en los cuidados holísticos de enfermería. Por todo esto, y teniendo en cuenta que el acto de cuidar o de acompañar a las personas enfermas constituye la esencia profesional de la praxis de la Enfermería, hemos considerado importantes las aportaciones de la Antropología Filosófica y del método fenomenológico que la sustenta, dado que esta perspectiva filosófica nos acerca a un entendimiento y comprensión del ser humano y de la enfermedad, más allá de sus manifestaciones externas y objetivables, permitiéndonos profundizar en el conocimiento de su mundo interno, y de este modo, llegar a entender mejor la percepción de enfermar desde la concepción subjetiva e individual de las personas que padecen una enfermedad.

Así, del mismo modo que consideramos esencial la comprensión del cuidado enfermero desde una perspectiva filosófica en el proceso de relación de ayuda, también lo es al mismo tiempo, y tal como afirma M. Leininger (1999), comprender los cuidados y la salud en diferentes culturas, dado que los valores, las creencias y los modos de vida de cada cultura proporcionan una base sobre la que planificar y ejecutar de forma eficaz los cuidados específicos en aquella cultura.

2. Implicaciones socioculturales del proceso salud- enfermedad

En este apartado se presentan unas ideas generales acerca de la concepción del proceso salud-enfermedad en nuestra sociedad actual y de la utilización de la antropología cultural en las situaciones de cuidados, debido al destacado papel de la comprensión de los significados de enfermar desde la perspectiva de la persona necesitada de ayuda.

2.1. Concepción social de la salud y la enfermedad.

La forma de pensar y sentir la salud y la enfermedad es también una construcción sociocultural, por tanto, cabe decir que en nuestra sociedad occidental se ha venido pensando que se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia o sintomatología, entendiendo la salud como ausencia de enfermedad física, siendo ésta última, un hecho científico externo al individuo causado por una bacteria, un virus u otro agente patógeno (Flores, 2004). Con esto se entiende que en el marco social de la medicina occidental la salud operaba en oposición o ausencia de enfermedad, vinculando esta última con agentes científicamente demostrables.

Ahora bien, en una visión holística, la salud y la enfermedad toman un significado particular que es preciso reconocer. Es decir, no se trataría de interpretar desde el prisma de ausencia de enfermedad, si no más bien, se trataría de comprender el proceso de salud-enfermedad desde dos puntos de vista distintos entre sí y a la vez complementarios. De un lado estaría la enfermedad padecida por la persona como realidad objetivamente considerada, y por otro, la enfermedad como realidad subjetivamente vivida (Laín, 1985). Es decir, es importante abordar el proceso de la salud y de la enfermedad de un modo integral considerando el componente subjetivo

de la persona, las alteraciones físicas objetivas e incluso su capacidad para adaptarse al medio ambiente (San Martín, 1985).

Chalifour (1994) inspirándose en un pensamiento holístico-humanista concibe la persona sana como aquella que conoce lo que es bueno para ella, con capacidad de adaptación al entorno y de relacionarse con las personas con las que interacciona para cubrir sus necesidades y desarrollarse conforme a los ejes de su naturaleza humana. Del mismo modo, este autor, citando a Larouche (1985) escribe: “Según la visión holística de la salud, la enfermedad no es, hablando con propiedad, una infección o una deficiencia de un órgano. Es el organismo entero el que está desequilibrado y debilitado. El proceso de curación implica un replanteamiento de sí mismo, de sus valores, de sus comportamientos, de sus relaciones con los otros, de su manera de vivir. Cuanto más grave es la enfermedad, más profundo y radical deberá ser el cuestionamiento” (Chalifour, 1994:35).

Además de concebir la salud y la enfermedad desde esta óptica, cabe decir, que es preciso tener en cuenta la interpretación que el hombre occidental hace de su propia enfermedad y que tiene su último subsuelo en la tradición semítica y la tradición griega. A diferencia del Cristianismo, donde la enfermedad es considerada como una situación que puede darse en el transcurso del existir humano, incluyendo un principio de humanidad y compasión en el trato a los enfermos, para los griegos la enfermedad era la manifestación de un desequilibrio de la naturaleza y para el pensamiento semita, era considerada como la sanción de un pecado infligida por el capricho o la venganza de Dios (Goberna, 2004). De este modo, en nuestra sociedad actual lo que predomina es la idea de salud. La persona sana es la persona aceptada y por ende, padecer una enfermedad está visto como un proceso negativo y generador de angustia que no es aceptado socialmente. Consideramos importantes las indicaciones de Torralba (1998) en torno a esta cuestión cuando afirma acertadamente que en nuestra cultura occidental actual el hecho de estar enfermo tiene un peso negativo en la persona que está sufriendo, dado que en los patrones y modelos culturales la idea de salud tiene una importancia fundamental y la enfermedad significa la mutilación y la negación de la persona.

Este autor también apunta que a lo largo de la historia algunas enfermedades han tenido un carácter completamente negativo desde un punto de vista social. Es bien sabido que enfermedades como el sida (Bermejo, 1995), el cáncer o enfermedades mentales (Goberna, 2004), presentan un rechazo social claro, que

desemboca en actitudes hostiles hacia las personas que las padecen, que tienen que enfrentarse a los estigmas que la sociedad ha construido en torno a la enfermedad.

Por otro lado, podemos observar, que esta consideración social de la salud como modelo estricto de vida y equilibrio fundamental de la persona, lleva consigo la lucha contra la enfermedad apoyándose en la técnica, materia en la cual, se ha avanzado mucho con los nuevos métodos diagnósticos que nos permiten detectar y prevenir precozmente la enfermedad. Ahora bien, sin olvidar la importancia que esto tiene para el bienestar del ser humano, en la mayoría de los casos la enfermedad cae bajo el control de la técnica diagnosticada y se produce la despersonalización ante la tecnificación. En muchos casos, en esta progresiva despersonalización se llega a perder el contacto con el paciente, la comunicación y el tocar directamente el cuerpo y todo esto queda sustituido por diversas pruebas complejas que realizan máquinas (Goberna, 2004). En este plano, los profesionales de enfermería llevarían a cabo una relación de ayuda en la que el paciente es un sujeto pasivo y despersonalizado, donde es más importante la erradicación de la enfermedad que comprender y tratar al paciente desde su singularidad.

2.2. Cuidar desde la singularidad del “otro”

Toda situación de cuidados es en sí una situación antropológica, y desde este ángulo de enfoque, se comprende el proceso de salud-enfermedad teniendo en cuenta, no sólo los efectos materiales del deterioro biológico, sino también los códigos de respuesta psico-social, que a su vez están condicionados por los referentes culturales en los que las personas se hallan inmersas (Amezcuza, 2000). Las personas responden de forma distinta ante la enfermedad atendiendo a variables como pueden ser la estructura social a la que pertenecen, las relaciones que establecen con las personas que interaccionan y el medio, su sistema de valores y, por supuesto, su cultura (Esteban, 2002).

Madeleine Leininger, enfermera pionera en la construcción de una antropología cultural de los cuidados que denomina *Enfermería Transcultural*, define el cuidado y la acción de acompañar, es decir, de cuidar, como la esencia que constituye la profesión enfermera. Para esta autora, el cuidado es el acto de asistir, de apoyo o facilitación para un paciente, o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar su

condición humana o su modo de vida. Del mismo modo, el cuidar, es un acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud y afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte (Leininger, 1999).

A partir de la teoría transcultural y el modelo de cuidados que propone M. Leininger, y tal como indican algunos autores como Marriner (1989); Wesley (1997); Torralba (1998); Estrela (1999) y Medina, (1999) se pueden defender algunas tesis de carácter global sobre los cuidados y sobre la acción de cuidar. En primer lugar, los cuidados humanos son un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos, formas estructurales y patrones de los cuidados varían de unas culturas a otras. En segundo, los actos y procesos de cuidar son esenciales para el nacimiento, desarrollo, crecimiento, supervivencia y muerte pacífica del ser humano. El cuidado es esencial para que haya curación. En tercer lugar, los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas, espirituales y ambientales que deben explicarse y verificarse para proporcionar unos cuidados de verdadera naturaleza holística a las personas.

Esta visión del cuidado que proporciona el modelo de Leininger, representa un papel esencial en el ámbito de la profesión, dado que los profesionales de la enfermería tienen cada día una mayor variedad de pacientes que llegan de diversos lugares y características diferentes y, en ocasiones, de culturas diferentes a la propia. Estos profesionales se encuentran en su quehacer diario con una diversidad cultural, que no se refiere únicamente a los inmigrantes extranjeros, sino en el marco de su propia cultura, toman contacto con la existencia de personas con nuevas enfermedades o que ya padecen aquellas enfermedades que han adquirido mayor amplitud, como enfermos portadores del VIH, anoréxicos, drogodependientes, enfermos de Alzheimer, pacientes oncológicos, etc. (Tarrés 2001), y esto, les plantea una relación de ayuda en la que encuentran dificultad de proporcionar un cuidado holístico a pacientes en estas situaciones de crisis (Piqué y Pozo, 1999).

Por ello, ante esta diversidad cultural en la práctica de los cuidados enfermeros, Amezcua (2000) indica la necesidad de construir una antropología que tenga presente, en el marco de la enfermedad y padecimiento, los significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Es decir, conocer las diferentes "visiones del mundo" (Duch, 2002) de la persona necesitada de ayuda. Inspirándose en la triple terminología que la lengua inglesa posee para designar la enfermedad, así como en los diferentes autores que han trabajado estos términos, dice que la persona doliente y necesitada de ayuda,

presenta en primer lugar una *enfermedad-objeto (Disease)*, es decir, lo que entendemos por enfermedad en sentido recto, en el sentido del mal funcionamiento fisiológico. En segundo lugar, la *enfermedad-sujeto (Illness)*, que sería la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. O lo que es lo mismo, la vivencia interior del paciente de su enfermedad, el significado que para él tiene, el padecimiento interior y subjetivo que en la mayoría de los casos es más importante para el paciente que la propia enfermedad. Y en tercer lugar, estaría la *enfermedad social (Sickness)*, que implica la dimensión simbólica de la enfermedad, las ideologías en torno a la misma, los estigmas, etc.

Nos parece indicado transcribir uno de los ejemplos que este autor propone para comprender mejor lo dicho anteriormente: “Un ejemplo claro lo tenemos en el caso del sida, que supone un reto para la medicina en tanto no ha encontrado un remedio definitivo y por tanto es una enfermedad en constante proceso de indagación de sus causas (disease), pero también es una enfermedad que debido a su peculiar curso clínico provoca un enorme sufrimiento a los pacientes como consecuencia del deterioro biológico que produce y las condiciones extremas en que se practican los cuidados (Illness). A todo ello hay que añadir el malestar que provoca en el paciente el tener que enfrentarse a los estigmas que la sociedad ha construido en torno a la enfermedad y que da lugar a respuestas de rechazo social y marginación (sickness)” (Amezcuca, 2000:64-65).

En la misma línea, Esteban indica lo siguiente: “Todos son catalogados como enfermos seropositivos (...) pero dentro de este gran grupo de personas, encontramos aquellos para los que tiene gran importancia la cuestión de la alimentación y cómo puede influir en su calidad de vida; aquellos quienes centran sus problemas en las cuestiones de la apariencia física, o en las relaciones con los demás,...); otros para los que el virus es considerado como un castigo(...) Pero todos tienen un mismo objetivo: llevar una vida “la más normal posible” y su manera de actuar va encaminada en esa dirección (Esteban, 2000:125)”.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos decir que entablar una relación de ayuda con las personas que puedan padecer un cierto tipo de enfermedad, como es en este caso el sida, desde esta base antropológica del cuidado que entiende la enfermedad en el plano de lo biológico, lo psicológico (subjetividad del paciente) lo social y lo espiritual, facilitará a los profesionales de enfermería llegar a comprender

mejor el significado que da la persona a su propio proceso de salud y enfermedad y ayudará a ampliar los recursos internos de ésta para afrontar su situación de crisis.

El profesional de enfermería tal como se ha entendido tradicionalmente ha tendido a cuidar de una forma uniforme (Medina 1999), dirigiendo su atención con preferencia a controlar las variables asociadas a la enfermedad y dedicando poco esfuerzo a recomponer en un sentido amplio los significados internos del paciente, sus vivencias, lo cual, y tal como veíamos anteriormente, limita la eficacia de los cuidados y se contrapone mucho a las expectativas del paciente (Amezcuca, 2000) planteando dificultades en la relación de ayuda para proporcionar cuidados holísticos (Piqué y Pozo, 1999). Acercarse al padecimiento de la persona desde una antropología que tenga en cuenta la persona que padece la enfermedad, como un todo integral, es fundamental para ayudarle a afrontar su enfermedad.

A nuestro entender, resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes. Así, volviendo al concepto de *Illness* nombrado con anterioridad, y en acuerdo con el pensamiento de Cachón (2005), la dimensión emocional y espiritual de las personas y las necesidades asociadas a estas dimensiones, apenas son consideradas en los planes de cuidados de enfermería, que si bien son importantes para cualquier paciente, reciben atención especial en los pacientes oncológicos e infectados de enfermedades infecciosas.

Como veremos más adelante, es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales de la persona a la que presta cuidados, atendiendo al sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a su situación de crisis, a la enfermedad, etc. No obstante y tal como indicamos anteriormente, los profesionales de enfermería encuentran dificultades en la relación de ayuda para responder de modo consciente y planificado a esta necesidad, lo que lleva consigo que las necesidades espirituales y emocionales del paciente no son satisfechas de manera sistemática, presentándose un desconocimiento por parte de los enfermeros y enfermeras de la creencia religiosa del enfermo, así como, dificultades en la identificación, jerarquización, planificación y ejecución de las acciones de enfermería necesarias para ayudarlo en la satisfacción de estas necesidades, (Cardozo et al, 1997) que sin duda, en el caso de los pacientes oncológicos e infecciosos que venimos abordando, y a través de un proceso de

relación de ayuda eficaz, aportaría un cuidado enfermero muy valioso a nuestro entender, en el equilibrio emocional y espiritual del paciente y su familia.

Para concluir, podemos decir que hasta ahora hemos visto que la acción humana de acompañar y de cuidar constituye la esencia misma de la Enfermería y que son varias las implicaciones socioculturales en el proceso de enfermedad-salud, a tener en cuenta por los profesionales de enfermería en el momento de establecer una relación de ayuda con las personas a las que cuidan. De este modo, hemos querido destacar el interés que a nuestro parecer tiene para la relación de ayuda en enfermería, tanto la comprensión del proceso de salud y enfermedad desde una perspectiva holística, como la utilización de la antropología cultural, basada principalmente en el modelo de Madeleine Leininger, para abordar las diferentes situaciones de cuidados. A nuestro entender, esto facilita que los profesionales de enfermería centren la práctica de los cuidados, no sólo en las variables objetivas asociadas a la enfermedad como hecho fisiológico, sino más bien, en la persona que padece la enfermedad, dado que esto es una cuestión esencial en el tema que nos ocupa, y que desarrollaremos en los siguientes epígrafes, en los que analizaremos los fundamentos teóricos en torno a la relación de ayuda que nos aporta la psicología humanístico-existencial.

3. La relación de ayuda en la Psicología Humanístico-Existencial

En su breve periodo de vida, la Psicología ha mostrado una notable evolución. Hacia el año 1962 nace un nuevo movimiento psicológico denominado psicología *Humanístico-Existencial* o *Tercera Fuerza*. A diferencia de las dos grandes escuelas que hasta entonces habían construido las bases del pensamiento psicológico, el *Conductismo* y el *Psicoanálisis*, esta corriente humanista se fundamenta en una visión diferente del ser humano, donde en el nuevo concepto de persona que propone, ésta es concebida como un ser más “abierto” y dinámico.

En el siguiente epígrafe, trataremos de dar unas pinceladas en torno a los componentes principales en los que se fundamenta la Psicología Humanística y Existencial, exponiendo el concepto de persona humana que nos ofrece esta Tercera Fuerza psicológica y presentando el pensamiento y el método terapéutico de dos grandes exponentes de esta corriente psicológica, Carl Rogers (1902-1987) y Robert Carkhuff (1934-), cuyas posiciones filosóficas subyacentes a los sistemas terapéuticos que defienden, han sido la base de las aportaciones realizadas por muchos autores

humanistas. Analizaremos las aportaciones esenciales de estos autores en el concepto humanista de relación de ayuda, y su utilidad en el proceso de relación de ayuda en enfermería.

3.1. Psicología Humanístico-Existencial

Las raíces culturales del humanismo las hallamos en diferentes áreas, que partiendo de diversas teorías, componen una visión similar del ser humano. En el campo de la psicología, el humanismo es una corriente que surgió en los años 50 en oposición al mecanicismo determinista monocasual del conductismo y el psicoanálisis y la visión poco humana que del hombre habían elaborado estas dos escuelas. De este modo, frente a la investigación conductista del ser humano fundamentadas en métodos objetivos y experimentales, donde lo que contaba era el comportamiento observable del ser humano condicionado por los estímulos externos, y frente al pensamiento del psicoanálisis basado en el estudio del hombre a partir de la presión que ejerce en éste el ambiente interno, o lo que es lo mismo, estímulos en forma de pulsiones y de instintos, la psicología humanista se propone comprender la totalidad de la estructura personal y la originalidad del psiquismo humano, llegando a entender los grandes problemas transcendentales que importan a todos los hombres: la felicidad, la libertad, la responsabilidad, el sentido de la existencia, entre otros.

Así, el punto donde convergen las actuaciones de la psicología humanista lo hallamos en la centralidad de la persona humana, es decir, la consideración del ser humano en sí mismo como un ser “abierto” al mundo, con libertad, capacidad de elección y responsabilidad, cuya esencia no está únicamente determinada por los estímulos externos o internos, sino que a través de una explicación fenomenológica de la subjetividad de la persona se pueden revelar los aspectos internos del comportamiento. Se trata, tal como dice Martín (1988) apoyándose en los estudios de Maslow, de tener confianza profunda en la capacidad humana como riqueza de potencial intrínseco y como posibilidad de que las personas se conviertan en protagonistas libres de sus propios proyectos de vida.

En cuanto al pensamiento existencialista, éste se debe al filósofo danés Kierkegaard. La idea base de la psicología existencial se encuentra en la siguiente frase expresada por Kierkegaard: *“la verdad existe para el individuo sólo en cuanto este*

la traduce en acción” (Giordani 1997: 38-39). Éste sería el principio del existencialismo en cuanto que indica el interés de conocer al hombre a través de la acción, el comportamiento de su experiencia humana y el significado que las cosas tienen para él: su *existir*. Ser el que efectivamente se es. Con esto, no se pretende rechazar el estudio de los dinamismos presentes en el hombre, como los instintos, las pulsiones o los condicionamientos, pero sí alertar de que no son suficientes para explicar o entender a un ser humano: “El individuo concreto experimenta según la propia personalidad. Los psicólogos existencialistas sostienen que el mecanismo tiene significado en función de la persona y no viceversa” (Giordani, 1988: 39). Se entiende así que el ser humano tiene capacidad para elegir y comprometerse con su existir, y son estas elecciones individuales las que dan significado a su existencia y conforman su naturaleza, dado que ésta, no se encuentra determinada exclusivamente de un modo objetivo por los condicionamientos externos. Maslow (2000) dice que el existencialismo tiene su base en la fenomenología ya que utiliza la experiencia subjetiva personal como fundamento sobre el que construir el conocimiento abstracto acerca del ser humano.

En definitiva, el existencialismo fundamenta su análisis en todo lo relacionado con la manera en la que la persona experimenta su existencia, la asume, la orienta y la dirige a la comprensión de sí misma para vivir, para existir, destacando la importancia que tiene el entender al ser humano como un ser libre con capacidad para elegir y responsabilidad ante sus elecciones. Dice Giordani (1997) interpretando a Kierkegaard, que el existencialismo más que una corriente debe ser una postura en la ayuda terapéutica, la base en la cual se deben fundamentar las técnicas terapéuticas en la intención de entender al ser humano y su experiencia en las situaciones de choque que desestabilizan el equilibrio de la persona y deben ser abordadas para alcanzar una vida más plena. La filosofía de los humanistas-existenciales dice en torno a la posición del terapeuta que lejos de ser la persona sana que cura al enfermo, es también un buscador que habiendo recorrido el camino (y estando en ello) conoce y ofrece las herramientas necesarias en el momento que considera más oportuno. En este sentido la psicología humanista, rompió con la distancia entre paciente y terapeuta. El terapeuta es una persona que está al mismo nivel del paciente con el que interactúa.

Pensamos que cuidar desde esta óptica humanístico-existencial facilita la comunicación con las personas necesitadas de ayuda y mejora los cuidados

desplegados en el marco de la *competencia relacional*⁴ de los profesionales de enfermería cuando interaccionan con los pacientes. La influencia teórica y metodológica de la Psicología Humanístico- Existencial va a resultar una enorme cantera de recursos que posibilite una estrategia correcta de relación de ayuda para los profesionales de enfermería, utilizando dichos recursos para estar en alerta ante la comprensión subjetiva del significado de enfermar para el paciente, y de este modo, ayudar a la persona necesitada de ayuda a orientar la atención en los aspectos de su experiencia, reconociéndolos y reactivando sus recursos físicos, intelectuales, emotivos, sociales y espirituales para afrontar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Según la persona y la situación en la que se encuentren, estos recursos variarán en intensidad y calidad, y los profesionales de enfermería pueden ayudar a la persona a reconocerlos y a estimularlos (Chalifour, 1994).

3.2. El concepto de persona

El concepto de persona que aquí se propone para abordar la relación de ayuda en el marco de la disciplina enfermera, se fundamenta principalmente en las aportaciones de la psicología humanístico-existencial apoyándonos en las enseñanzas de tres de sus máximos exponentes como son A.H. Maslow, Carl Rogers y R. Carkhuff, cuyo centro de acción se basa en una relación de ayuda centrada en la persona en su totalidad y no sólo en el problema, y donde se encuentra una concepción de la persona claramente positiva y optimista. A su vez, también encontramos aportaciones de interés en torno a esta cuestión, en las investigaciones realizadas por Bermejo, Giordani, Marroquín y Madrid, así como, en las teorías enfermeras desarrolladas por Orlando, Peplau, Riopelle, Rogers, Travelbee y Watson. Teorías éstas, que analizaremos más adelante en el capítulo segundo de este trabajo.

De este modo, concebimos un concepto de persona que describimos en tres puntos principalmente:

⁴ Tal y como indican Bermejo (1998) y Navarro Serer (2004) el concepto de *competencia relacional*, aportado por Iandolo en 1986 incluye tres conocimientos: <saber>, la capacidad de utilizarlos en la práctica: <saber hacer> (habilidades, destrezas) y el complejo de actitudes para establecer buenas relaciones humanas con el que sufre: <saber ser>. Es en este último tipo de conocimiento: *saber ser*, donde ponemos el acento y deseamos centrarnos durante toda esta investigación al hablar de competencia relacional en enfermería.

- Como un ser necesitado de ayuda
- Como un ser dinámico y activo que busca su autorrealización
- Como un ser holístico

3.2.1 La persona necesitada de ayuda

La persona es esencialmente un ser que se experimenta a sí mismo en situación de precariedad y menesterosidad que le lleva a la necesidad de demandar y recibir ayuda y la naturaleza de estas necesidades puede ser de orden fisiológico (sueño, hambre, cansancio), de orden relacional con otras personas y el medio (alimentos, vestido, vivienda) y de orden emocional y espiritual (religión, valores, ayuda, amor) (Madrid, 2005). El individuo es un organismo con una estructura muy definida de necesidades con potencial suficiente para el desarrollo de las mismas, pero a su vez, es un ser menesteroso que necesita la oportunidad proporcionada por el ambiente para tomar conciencia de sus necesidades y para poder construirse y desarrollarse a sí mismo (Rogers, 1989).

Entendemos por necesidad la situación en la que el organismo manifiesta una carencia, a veces sentida y otras no, que desencadena el funcionamiento de toda una serie de procesos psicológicos y fisiológicos, que dan lugar a comportamientos específicos en la persona con el fin de satisfacer esta carencia. Rogers y Kinget (1971a) afirman que el organismo posee un proceso de *auto-regulación orgánica* que informa de estas carencias a la persona y pone en marcha el proceso de regulación interna (fisiológica y psicológica) para llegar a satisfacer estas necesidades que han quedado al descubierto. Maslow (2000:46) define las características generales de la necesidad de la siguiente manera:

“La necesidad básica o instintiva tiene las siguientes características:

- *Su insatisfacción provoca la enfermedad,*
- *Su satisfacción previene la enfermedad,*
- *Su satisfacción consecutiva a la privación cuida la enfermedad,*
- *En determinadas situaciones de libre elección la persona prefiere satisfacer esa necesidad, privándose de otras cosas.*
- *En la persona sana no se manifiesta o se manifiesta muy discretamente”.*

Según Chalifour (1994) la necesidad de ayuda está presente en dos tipos de circunstancias. La primera serían aquellas situaciones en las que tienen lugar desarreglos psíco-somáticos, alterando el estado emotivo, la percepción, el intelecto y

el espíritu de la persona, como pueden ser algunos tipos de psicosis, y la segunda, cuando las personas no interaccionan de forma satisfactoria con su medio humano o físico, y no pueden responder bien a sus necesidades sentidas respetando al tiempo las exigencias de este medio. De este modo, cuando la persona se enfrenta a esta situación, vive una serie de tensiones que la llevan a sentir angustia, estrés, ansiedad y a la necesidad de pedir ayuda para afrontar la situación que se desencadena tanto en su vivencia interna como externa.

El conjunto de las necesidades humanas es extenso y las opiniones en cuanto a la forma de reagruparlas, así como de la importancia de estas necesidades es muy amplia. Desde la perspectiva psicológica que aquí abordamos, resumiremos desde el punto de vista de Maslow (1991) la clasificación temática que este autor realiza en torno a esta cuestión.

Atendiendo a Maslow podemos decir que las personas tienen dos tipos de necesidades: las *necesidades deficitarias* (fisiológicas, protección y seguridad, afecto y pertenencia y valoración) y las *necesidades de crecimiento* (necesidades de autorrealización). Estas necesidades están representadas de forma jerárquica en la conocida *Pirámide de Necesidades de Maslow* (figura 1) organizada en cinco niveles diferentes. Esta organización jerárquica lleva consigo que las primeras necesidades se han de satisfacer antes que el resto. Esta ordenación procede de lo más a lo menos inmediato, de manera que las necesidades representadas en cada categoría sucesiva aparecen sólo en la medida en la cual las previas han sido satisfechas en un grado *adecuado*. Los primeros tres niveles son *necesidades básicas o deficitarias*, en el sentido que la insatisfacción de ellas deriva en enfermedad fisiológica o psicológica; las otras dos son *necesidades derivadas*, cuyo despliegue es el camino a una personalidad desarrollada. Cabe decir que una persona no está saturada cuando satisface una necesidad, sino que desea satisfacer la necesidad siguiente y así sucesivamente.

Figura 1. Pirámide de necesidades de Maslow



Atendiendo a la explicación de Maslow tendríamos la siguiente clasificación:

1. *Necesidades Fisiológicas*: son la base de la pirámide, claramente imprescindibles para la supervivencia. Unas localizadas en un primer instante con mayor intensidad como el hambre, la sed o el sueño. Y otras menos evidentes como sentir, gustar o ser acariciado, entre otras.
2. *Necesidades de protección y seguridad*: hacen referencia a la protección de peligros tanto físicos como psíquicos (estabilidad, atención, dependencia, ausencia de miedo, etc). Son fundamentales durante la infancia y el proceso de crecimiento.
3. *Necesidades de afecto y pertenencia*: son las necesidades de estima y aceptación, de ser querido por otros y pertenecer a un grupo. Aspectos estos, que Maslow considera fundamentales para poder llegar a autorrealizarse, aunque advierte del riesgo de llegar a depender en exceso de otros y del ambiente exterior para satisfacer estas necesidades, de aquí que incluya estas necesidades entre las deficitarias.

4. *Necesidades de reconocimiento*: son las que hacen referencia a la valoración personal y de los demás, y por tanto al concepto positivo de uno mismo en conexión directa con la autoestima. La autoestima es un fundamento básico para la supervivencia psíquica.
5. *Necesidades de autorrealización*: podríamos definir las como la realización de todas las posibilidades de la persona, de su talento (creatividad, espontaneidad, capacidad para resolver problemas, aceptación de hechos, etc). Se encuentran en el último nivel de la pirámide y representa el conocimiento y la aceptación plena de la propia naturaleza del ser humano, un nivel más alto de madurez personal.

Algunos autores, tales como Gautier y Boeree (2003) y Boltvinik (2007), indican que los conceptos sobre la “autorrealización” resultan algo vagos en el sentido de que la operatividad de esta teoría es complicada, dado que no hay ninguna prueba de que cada persona tenga la capacidad de convertirse en un ser “autorrealizado”. Otra de las críticas que recibe la teoría de Maslow, gira en torno al hecho de que pueden encontrarse personas que exhiben aspectos propios de la *autorrealización* y que han estado lejos de haber tenido sus necesidades básicas llenas, como puede ser el caso de V. Frankl, que fue creativo y se desarrolló estando en un campo de concentración o Van Gogh que fue un hombre pobre. No obstante, la teoría de Maslow ha sido vista como una mejora en las teorías previas sobre la personalidad y la motivación, y nos parece adecuada para el estudio y la comprensión de la relación de ayuda en el marco de la profesión enfermera, y dentro de la perspectiva antropológica y filosófica del ser humano que venimos abordando. Del mismo modo, el pensamiento de Maslow, ha servido de modelo para la construcción de Teorías de Enfermería, como es la *Teoría de las Necesidades* de V. Herdenson, y que forma parte del cuerpo de conocimientos en la formación inicial de estos profesionales, tal y como veremos más adelante.

3.2.2. La persona: un ser dinámico y activo

Lejos de concebir a la persona como un ser estático condicionado en su comportamiento por los estímulos externos o las fuerzas interiores pasadas, ésta se comprende como un ser en *devenir*, es decir, un ser que se encuentra en un proceso dinámico y activo de construcción de sí mismo, con libertad y responsabilidad, capaz de cambiar, de conocerse mejor y de evolucionar positivamente (Rogers 1989). Se da valor a cualquier cambio en la estructura psíquica que pueda experimentar la persona:

un nuevo aprendizaje, averiguar sus recursos internos, deshacerse de una idea falsa, etc., considerando que el cambio se inicia y es actuado sobre todo en la persona interiormente más que determinado por estructuras externas (Giordani, 1997).

Los psicólogos humanistas defienden que en la persona se halla una energía que promueve las potenciales positivas y constructivas del organismo, y este sistema energético-propulsor es lo que se conoce como *tendencia actualizante* o de *actualización*: “el hombre tiene dentro de sí la energía y el criterio de valoración suficientes para llevar a cabo el desarrollo de sí mismo” (Giordani 1997: 56). Se debe poner atención en la persona y sus recursos energéticos interiores sobre los factores externos en la construcción de su propio devenir. Esta *tendencia actualizante* dirige la motivación de la persona hacia la autonomía y su individualidad en oposición a la heteronomía resultante de la sumisión a las vicisitudes de la acción de las fuerzas exteriores (Rogers y Kinget, 1971a).

En este plano, encontramos a su vez lo que se denomina *valoración organísmica*, que es entendida como el sistema regulador y de control, que orientan a la persona hacia la realización de sí mismo, hacia una vida cada vez más plena (Rogers, 1986).

Esta concepción de la persona como un proceso dinámico hace que el ser humano busque sentirse autorrealizado (Maslow ,2000). Dice este autor que las personas tienen como tendencia básica, o lo que es lo mismo, como motivación fundamental, la finalidad de la autorrealización, es decir, llegar a tener todas las necesidades cubiertas, ser feliz y tener vitalidad y ánimo para seguir desarrollándose, porque como indica acertadamente este psicólogo humanista, la autorrealización no es un proceso final que se mantiene estático, sino también, un proceso dinámico de desarrollo de las propias potencialidades de la persona en cualquier momento de su vida.

Ahora bien, para que este cambio interno tenga lugar en la persona, ésta debe sentir lo que la psicología humanístico-existencial denomina *la libertad existencial*. Esta es la experiencia de libertad de la cual la persona debe disfrutar para llegar a desarrollarse, entendida como libertad para comunicarse libremente sin miedo a perder el amor y el aprecio de las persona que para él/ella son significativas, y no como una acción donde se dé salida a los impulsos internos sin límite (Giordani, 1997). Es decir, hemos visto que la persona tiene interiormente un sistema propulsor

de energía y desarrollo (*tendencia actualizante*) y un sistema regulador para alcanzar la autorrealización (*valoración organísmica*), que funcionarán en armonía si no influyen interferencias provenientes del ambiente exterior de la persona que impidan el desarrollo de la misma, o lo que es lo mismo, si la persona no ve amenazada su integración personal, si no se siente rechazada por sus vivencias individuales, si puede comunicarse sin miedo a ser juzgada, si es aceptada positivamente. Esta idea última, es una de las claves en las que se basa la terapia centrada en la persona y que veremos más adelante.

3.2.3. Concepción holística de la persona

La palabra *holístico* proviene del griego *holos/n* y significa: todo, total, completo, entero. Normalmente se usa como sinónimo de “integral”. Comprender a la persona desde una perspectiva holística es considerarla, tal y como indica Chalifour (1994) un *sistema abierto y compuesto de dimensiones* con características biológicas, cognitivas, sociales, afectivas y espirituales. Características éstas, que son interdependientes y están conectadas unas con otras en la totalidad externa e interna de la persona. Prestar cuidados de relación de ayuda desde el plano de lo holístico, es acompañar y considerar a la persona en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa, con el fin de ayudarla a vivir su situación de angustia, su crisis, su culpabilidad, su sufrimiento y que sea capaz de desarrollar todas sus potencialidades para encontrar un modo nuevo de vivir la situación.

Un modelo para recorrer las diferentes dimensiones de la persona podría ser el siguiente:

- La *dimensión física* como elemento esencial de ser persona, donde el cuerpo no es tratado como objeto de análisis científico, sino como fuente de expresividad, de comunicación y de interrelación. Esta dimensión comprende a la persona desde su corporeidad. Desde el cuerpo sujeto. Del cuerpo que la persona vive, experimenta, siente que tiene y con el que se desarrolla en el mundo y con el que se comunica de un modo verbal o no con las otras personas con las que interacciona en el ambiente. En el plano de los cuidados de enfermería es relevante no ignorar el valor de esta dimensión, dado que la relación con los enfermos, como indicamos al principio, indica entrar en contacto con una corporeidad ajena, que debemos tratar de

respetar y considerar en todo momento, y a su vez, es conveniente tener en cuenta que sea cual sea la emoción vivida, ésta tendrá manifestaciones físicas y biológicas que informa del grado de integridad de las demás dimensiones del ser humano. Dice Chalifour (1994:61) que “esas informaciones pueden servir a la enfermera y al beneficiario para reconocer la presencia de una necesidad de ayuda y reconocer la pertinencia de la ayuda aportada”. Del mismo modo, el ayudante debe tener una sana integración y relación con el propio cuerpo para llegar a tener una relación de ayuda positiva y constructiva con la persona que sufre (Bermejo,1998a) porque su propia corporeidad es también comunicación, y a través de sus gestos, sus palabras, sus movimientos y de su lenguaje no verbal comunica sus sentimientos y las experiencias vitales de su mundo externo e interno, y con su actitud y disposición positiva puede llegar a facilitar el proceso de relación de ayuda con el paciente en el marco de una comunicación eficaz.

- La *dimensión cognitiva o intelectual*, que entiende a la persona como un ser intelectual que puede comprenderse a sí mismo y al mundo que le rodea y en el que vive y se desarrolla a través de las sensaciones, de conocimientos, de ideas, de reflexión, etc. La percepción de las cosas que le suceden y el conocimiento que tiene sobre ellas es algo individual y subjetivo y con un significado diferente aunque se trate de una misma enfermedad. Esta percepción cognitiva individual hace que el modo en que la persona interpreta intelectualmente un suceso, el impacto directo sobre su mundo emotivo y la forma de vivir y afrontar los sentimientos sea diferente (Chalifour, 1994). En toda relación interpersonal, como es toda relación de ayuda, es importante tener en cuenta esta dimensión del ser humano para que la relación sea eficaz, centrándonos en la valoración cognitiva que la crisis tiene a nivel individual en cada persona (Bermejo, 1998a).

- La *dimensión emotiva* es el aspecto existencial que hace referencia a los sentimientos vivenciados por la persona y a las emociones que éstos despiertan en su interior y que serán manifestados exteriormente a través de una respuesta fisiológica y de comportamiento por parte de la persona según la experiencia subjetiva que tenga de sus sentimientos. Para ayudar a la persona que sufre dice Bermejo (1998a) la persona que ayuda ha de integrar sus propios sentimientos, su propias emociones, aceptándolas y siendo dueño de ellas sin que esto nos impida comprender el mundo del otro. Es

importante madurar y aceptar nuestros propios sentimientos para ayudar al que sufre, aceptando los suyos de un modo positivo libre de toda moralización o connotación negativa. Para que la relación de ayuda llegue a ser tal, es necesario acoger al otro positivamente y favorecer la expresión y el drenaje de su mundo emotivo.

- La *dimensión social* como elemento esencial de la persona como ser plurirrelacional que es y que está en constante interacción con las demás personas y el entorno. La persona es un ser social en cuyo proceso de socialización y aprendizaje necesita establecer relaciones con los demás de un modo armonioso, y la percepción positiva o negativa que llegue a tener de sí misma viene influenciada o determinada por cómo ella cree que es evaluada o percibida por los otros (Chalifour, 1994). En muchas ocasiones, el hecho de sufrir una cierta enfermedad o problema crea sufrimiento a la persona por el impacto social que llega a tener más que el problema en sí mismo. Esto es importante que sea considerado por lo profesionales que ayudan, así como, que ellos mismos tengan un sano equilibrio en las relaciones sociales que les permita ayudar a la persona que sufre un modo nuevo de afrontar y vivir su situación (Bermejo, 1998a).
- La *dimensión espiritual-religiosa* como mundo de los valores y de las preguntas sobre la existencia y el sentido último de las cosas, sobre lo trascendental o el mundo de Dios para los creyentes. Chalifour (1994:78), dice interpretando a Beck: “La espiritualidad es el corazón de la existencia del individuo, integrando y trascendiendo las dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y sociales”. Es importante que la persona que ayuda sepa distinguir entre el aspecto espiritual del ser humano, esto es, lo trascendental, el lugar interno de la persona donde se encuentran las preguntas esenciales sobre el sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a la enfermedad, etc. y el aspecto religioso que comprende la vivencia y las relaciones con Dios de la persona dentro del grupo al que pertenece y que se manifiesta en sus elecciones de práctica religiosa. Cuidar es acompañar a una persona aceptando y acogiendo todas los valores y creencias que se manifiestan en sí mismo, aunque no correspondan con el pensamiento y la visión del mundo de los profesionales que cuidan: “En los cuidados de enfermería, el reconocimiento de la dimensión espiritual de la persona por parte de la enfermera se refleja en el respeto que esta tiene por la persona, por la vida,

por la libertad del cliente, por su forma de acompañar la muerte, y por el sentido que da a su trabajo”(Chalifour, 1988:79).

Hasta aquí se ha visto el modelo de persona que hemos querido definir y en el que pensamos debe apoyarse el profesional de enfermería al interactuar con la persona que sufre para entablar una relación adecuada de ayuda. A nuestro entender, esta relación será más eficaz y constructiva si se comprende a la persona como un ser en devenir, libre y responsable capaz de desarrollar todas sus potencialidades y de manejar de forma positiva todos los aspectos de su vida para llegar a alcanzar una vida más plena. Un ser necesitado de ayuda ante el que los profesionales de enfermería han de estar atentos a las necesidades expresadas por éste, antes que priorizar en qué orden debe responder el paciente a las necesidades sentidas por el profesional, según un modelo de relación que fragmenta a la persona sin atender que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto. De ahí, la importancia en el proceso de relación de ayuda en enfermería de entender a la persona como un todo integral, como un ser pluridimensional y plurirelacional, en definitiva, acompañar a la persona desde la consideración holística que propone el modelo de ayuda centrado en la persona y no en la enfermedad. Considerar a la persona en su totalidad y ser conscientes de cómo están afectadas todas las dimensiones del ser humano, proporcionándole una oportunidad para que tome conciencia de sus necesidades y su riqueza expresiva como persona, puede ayudar a los profesionales de enfermería a realizar un proceso de acompañamiento que sea realmente eficaz.

3.3. Ideas centrales del pensamiento y método de Carl Rogers (1902-1987)

Las aportaciones del sistema terapéutico propuesto por Rogers han contribuido de un modo positivo en la configuración y enriquecimiento de la relación de ayuda a las personas en diferentes situaciones de crisis.

Nacido en el seno de una familia protestante de rígida observancia religiosa, se apasionó inicialmente por la naturaleza y la agricultura, interés que dejó de un lado para realizar estudios de Teología, disciplina en la que se profesionalizó. Más tarde abandonó su profesión como teólogo para sumergirse e iniciarse en el mundo de la Psicología, familiarizándose con el pensamiento psicológico actual de su tiempo. Posteriormente trabajó como profesor titular en la universidad de Ohio donde obtuvo

una cátedra de psicología clínica. Su actividad se desarrolló principalmente durante su estancia en el “Counseling Center” de la Universidad de Chicago, donde tuvo lugar una importante obra de elaboración teórica y profesional, esbozando por primera vez su visión de la persona, su funcionamiento y sus relaciones y los principios de su terapia (Segrera, 2002). Posteriormente abandonó Chicago para ir a trabajar a la Universidad de Wisconsin, donde trabajó como profesor y elaboró un programa de investigación de terapia con esquizofrénicos.

Para este psicólogo humanista el hombre es básicamente o inherentemente bueno y se debe tener plena confianza en él y en su capacidad de desarrollarse y de construirse a sí mismo. La persona tiene dentro de sí una *tendencia hacia la actualización* (Rogers y Kingent, 1971a), esto es, una fuerza constructiva, una serie de motivaciones internas que le llevan a la actualización propia, a la madurez y a la socialización, y estos impulsos operan más o menos de un modo automático cuando se eliminan los obstáculos que lo impiden (Marroquín, 1991). Esta tendencia orgánica innata lleva al hombre hacia lo que Rogers denomina una *apertura a la experiencia*, es decir, al estado en el que la persona es capaz de escucharse y de experimentar lo que ocurre dentro de sí y de tener plena conciencia de los sentimientos que experimenta y que antes tal vez no conocía, y que podrá manejar de un modo positivo para su desarrollo (Giordani, 1997).

La filosofía subyacente al sistema terapéutico de C. Rogers se fundamenta en un enfoque centrado en la persona. Este enfoque terapéutico no comprende la acción de ayudar de manera directiva, es decir, diciendo lo que tiene que hacerse de un modo esquematizado y dirigido, sino que entiende una ayuda que le permita a la persona desarrollarse por sí misma, o lo que es lo mismo, una ayuda *no directiva* en la que el cliente tome conciencia de los elementos internos y externos que influyen en su devenir y éste tenga capacidad para manejarlos. Rogers va a ofrecer este tipo de ayuda no directiva y centrada en la persona, por medio de una relación fundamentada en lo que él llama *Terapia Centrada en el Cliente*, donde prima el valor de las actitudes del terapeuta por encima del aparato técnico utilizado por éste en la relación con la persona necesitada de ayuda:

“Si puedo crear una relación que, de mi parte se caracterice por: una autenticidad y transparencia y en la cual pueda yo vivir mis verdaderos sentimientos; una cálida aceptación y valoración de la otra persona como individuo diferente, y una sensible capacidad para ver a mi cliente y su mundo como él lo ve:

Entonces, el otro individuo experimentará y comprenderá aspectos de sí mismo anteriormente reprimidos, logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia; (...) podrá enfrentar los problemas de la vida de una manera más fácil y adecuada” (Rogers, 1989: 44-45).

Se trata de un tipo de relación donde se tiene plena confianza en la persona y en la que se pretende que ésta descubra por ella misma los recursos internos que posee para desarrollarse y construirse de un modo individual. Rogers definiendo cómo entiende él la relación de ayuda terapéutica dice al respecto:

- “(...) podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos” (Rogers, 1989: 46).

Como hemos visto anteriormente, el valor principal en la relación de ayuda terapéutica para obtener un cambio terapéutico en la persona que sufre, se halla en las actitudes del terapeuta más que en los conocimientos técnicos utilizados o en su valía como persona experta en su profesión (Rogers, 1986,1989). Analicemos a continuación qué elementos esenciales según Carl Rogers, se han de dar en esa relación para que realmente ésta sirva de ayuda, desarrollo y crecimiento para la persona en situación de crisis. Estos elementos o actitudes básicas son tres fundamentalmente: *autenticidad, consideración positiva incondicional y empatía*.

Autenticidad

Denominado también como congruencia, genuinidad o transparencia, es una actitud que lleva a la persona que ayuda a ser ella misma en la relación tal como es. Consiste en la coherencia exacta entre lo que la persona que ayuda vive internamente, piensa y el modo en que lo comunica en su lenguaje verbal y no verbal. Si el terapeuta se relaciona con el cliente como persona real que es, es decir, aceptando y manejando de un modo positivo y equilibrado en la relación, sus sentimientos, valores, actitudes individuales y los sentimientos, valores y realidad del cliente, entonces la relación será eficaz y constructiva (Ortigosa, 2002). Tener coherencia entre vivencia, conciencia y comunicación lleva consigo ser auténtico en la relación sin escudarse detrás de ninguna máscara defensiva, sino ser tal como se

es, percibiendo y aceptando los propios sentimientos, conservando el equilibrio en el manejo de los mismos y de los lazos afectivos con la persona necesitada de ayuda. Esto es muy importante en relación al profesional o a la persona que ayuda: “si puedo crear una relación de ayuda conmigo mismo, es decir, si puedo percibir mis propios sentimientos y aceptarlos, probablemente lograré establecer una relación de ayuda con otra persona” (Rogers, 1989: 56). El que ayuda facilitará la relación si se conoce a sí mismo y se reconoce como una persona capaz de aceptar al otro y comprenderlo, sin que esto haga que se tambalee su mundo interno:

-“En la relación terapéutica el material a interpretar está constituido por las vivencias del cliente (...). Frente a este material si el terapeuta no se conoce a fondo, si no tiene una clara conciencia de sus propias tendencias, sus posturas y de sus necesidades dominantes, de sus propias preferencias y rechazos, de sus prejuicios, de sus temores y de las aspiraciones, percibirá (es decir: interpretará, dará un significado específico) la vivencia del cliente bajo un luz deformada, debido al mecanismo inconsciente de proyección que lleva al terapeuta a coger el estímulo en función de su propia estructura interior” (Giordani, 1997: 158)

Aceptación positiva incondicional

Se trata de una parte, de recibir, aceptar y comprender lo que la persona transmite en la relación, con una *neutralidad interna* (Ortigosa, 2002), esto es, acoger el mundo emotivo de la persona tal como es y existe en su totalidad. Es preciso adoptar el marco de referencia del cliente, es decir, su mundo subjetivo. Abstenerse de todo juicio o valoración crítica de lo que la persona que sufre muestra de sí misma, evitando proyectar sobre ella la propia escala de valores, sobre todo, cuando no concuerda con los del terapeuta. No ser juez o modelo a seguir, sino persona que acompaña y ayuda, dado que los juicios de valor no estimulan el desarrollo personal (Rogers, 1989).

Por otro lado, cabe decir que tener una actitud de aceptación incondicional no lleva consigo aceptar toda conducta como buena, pero sí la acogida y el respeto de todo el mundo emotivo del cliente. Héту (1992) citado acertadamente por Bermejo (1998a:60) dice al respecto: “Precisemos diciendo que la aceptación de un comportamiento incluso antisocial o destructivo no requiere la aceptación de tal

comportamiento del ayudado como deseable, sino simplemente como natural, normal y esperable, dadas las circunstancias y las percepciones del ayudado”.

De otra parte, dice Rogers (1989) que aceptar positivamente al cliente es tener “*amor*” por el cliente en el sentido de ágape y no de un modo filial o posesivo, sino “*amor*” por el respeto, la libertad y la autonomía de esa persona y la plena confianza en su desarrollo. Jiménez (1983), indica que nuestra mirada al otro, sincera y limpia de prejuicios, hará que él no nos vea como una amenaza. Así le permitimos reconocer que el centro de responsabilidad recae sobre él y le pertenece. Comunicar al paciente con nuestra presencia al interactuar con él una actitud acogedora, cálida y cordial con gestos y actitudes, le ayuda a emerger y afrontar mejor el proceso de crisis en el que se encuentra.

Empatía

Esta actitud es la disposición interior de la persona que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive la persona desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas, etc, el significado que las cosas tienen para el cliente y cómo éste las experimenta.

La empatía difiere de la simpatía en tanto que esta última se refiere esencialmente a las emociones y a la subjetividad individual que lleva consigo el tener una cierta afinidad subjetiva por alguien. La empatía sin embargo, presenta un campo más amplio de aprehensión tanto de los aspectos cognitivos como emocionales de la experiencia de los demás (Rogers y Kinget, 1971a). La empatía permite comprender la persona del otro e introducirse en su mundo emotivo, permite sentir con él pero no lo mismo que él (Bermejo, 1998a).

Rogers (1989) afirma que esta triada de actitudes es en principio suficiente para que la relación de ayuda sea eficaz, ahora bien, para que haya verdadera ayuda, el terapeuta debe conseguir comunicar al cliente la autenticidad en la relación, la comprensión empática y la consideración positiva que siente hacia él:

- “La última condición del aprendizaje significativo en la terapia reside en que el cliente debe experimentar o percibir, al menos en cierta medida, la coherencia,

aceptación y empatía del terapeuta. No bastan con que esas condiciones existan; es imprescindible comunicarlas al cliente” (Rogers, 1989: 251).

Esta disposición interior del terapeuta ha de explicitarse y traducirse en habilidades de comunicación. La persona que ayuda a través de una comprensión empática presenta una disposición interior que se despliega, principalmente, entre otras, en dos habilidades técnicas: *la escucha activa* y *la reformulación*.

Escuchar activamente lleva consigo escuchar con toda “nuestra persona”, es decir, poniendo una total y máxima atención y disposición a acoger el mundo exterior (lenguaje verbal y no verbal) del mensaje que nos envía el cliente, transmitiéndole a su vez con nuestro mundo exterior, que nos estamos centrando en sus necesidades, sentimientos y emociones.

La reformulación se caracteriza por ser una técnica de reflejo, esto es, devolver al cliente como si de un espejo se tratase, a través del lenguaje verbal y corporal, lo que se ha comprendido de todo lo que le preocupa y le causa una situación de necesidad y sufrimiento interno. De este modo el paciente se siente escuchado y comprendido. El terapeuta podrá reformular a partir de técnicas tales como la *reiteración* (claro y breve resumen de lo explicado por el cliente), *la dilucidación* (poner orden en lo que el ayudado expone devolviendo el mensaje con claridad) o *el reflejo del sentimiento* (recoger el contenido emocional del cliente de un modo más o menos explícito y transmitirlo).

Dado que se alejaría de los límites y objetivos de este apartado, cabe decir, que tanto la triada de actitudes fundamentales y suficientes, según Rogers, para que tenga lugar el cambio terapéutico (*autenticidad, aceptación incondicional y empatía*) como las habilidades empleadas por el terapeuta en el plano del aparato técnico, las desarrollaremos con más detenimiento en el capítulo II del trabajo que nos ocupa al abordar la relación de ayuda centrados en el ejercicio de la profesión enfermera.

Podríamos acabar diciendo que el pensamiento de Rogers está basado en un enfoque de relación de ayuda centrado en la persona que encuentra sus fundamentos teóricos en la *Terapia centrada en el cliente*, poniendo plena confianza en la capacidad individual del ser humano para resolver sus problemas siempre que se encuentre en un contexto de relaciones humanas positivas y favorables, carentes de amenazas a la comprensión que tiene de sí mismo. Para ello, desde el enfoque centrado en la

persona, es necesario crear un tipo de relación de ayuda no directiva, donde el paciente se sienta recibido, aceptado y comprendido tal como es y donde las actitudes (*autenticidad, aceptación positiva y empatía*) priman por encima de los conocimientos técnicos como *las condiciones necesarias y suficientes* del cambio terapéutico. Cambio éste, que tendrá lugar si el terapeuta es capaz de mantener una relación de ayuda consigo mismo (acepta y conoce sus sentimientos propios y los del paciente), y es capaz de transmitir las actitudes de un modo explícito en la comunicación con el cliente.

3.4. Ideas centrales del pensamiento y método de Robert R. Carkhuff (1934-)

Nacido en New Jersey (U.S.A.) en 1934 se crió en el seno de una familia muy unida, donde la relación con sus padres y hermanos se desarrollaba en un ambiente democrático y afectivo. Cautivado por el movimiento y pensamiento humanista, y en especial por el pensamiento de Rogers, del que Carkhuff fue discípulo, realizó su doctorado en psicología y trabajó en asociación con los pensadores humanistas de su tiempo en la Universidad de Wisconsin.

Interesado por el movimiento iniciado por Rogers, que entendía la relación de ayuda desde un enfoque centrado en la persona, y por la importancia de las actitudes propuestas por este autor para el cambio terapéutico (*autenticidad, aceptación positiva y empatía*), comenzaron a colaborar juntos, pero esta colaboración no duró mucho tiempo. Carkhuff deseaba ampliar nuevos horizontes. Tenía un concepto diferente de la persona y de la motivación de fondo que ésta tiene para su desarrollo.

Si bien Rogers presentaba una concepción del ser humano como un ser básico o inherentemente bueno en cuanto que tiene dentro de sí un impulso orgánico hacia la realización de sí mismo, para Carkhuff el hombre no es bueno ni malo y “su desarrollo no proviene de una tendencia organísmica innata, (...), sino de las experiencias vividas, de los modelos sostenidos y de la enseñanza recibida a lo largo de toda la vida” (Giordani, 1997:135). Es decir, el hombre se realiza a sí mismo en función de las experiencias que ha vivido a lo largo de su vida. De este modo, Carkhuff entiende que en el desarrollo de la persona, es preciso que no se considere únicamente la respuesta organísmica como la motivación de base para dicho desarrollo, sino también las dimensiones emotivas e intelectuales, así como el contacto de la persona con el ambiente que le rodea. Y lo que es más importante: para que tenga lugar un cambio

eficaz en la persona, “ésta debe desarrollarse armoniosamente en las tres dimensiones (física, afectiva e intelectual) y poseer destrezas particulares y observables” (Giordani, 1997:137). Es decir, Carkhuff, sin olvidar las tres disposiciones de base (autenticidad, aceptación positiva y empatía), la centralidad en la persona y la confianza en los recursos interiores, defiende un proceso de desarrollo de la persona bajo la influencia de la enseñanza: “Al cliente no hay simplemente que “dejarle hacer su cosa”, sino exigir de él el “más” y “mejor” que realmente pueda dar” (Marroquín, 1991:405). En definitiva, al margen de la actuación espontánea del organismo defendida por Rogers, la persona puede aprender, y a través del aprendizaje en las dimensiones física, emocional e intelectual, puede llegar a adquirir destrezas para poner en acción los recursos constructivos de los que dispone para que se dé en ella un cambio eficaz y alcance su desarrollo.

Es a partir de estas premisas que en la época de los años 70 inicia Carkhuff la construcción del modelo de relación de ayuda que él propone y que tendrá su máximo desarrollo en el periodo de los años 80. Para Carkhuff la relación de ayuda auténtica y eficaz “está basada en la exploración y comprensión realizada por el paciente de su psiquismo y mundo propios (exploración y auto-comprensión), además de una acción constructiva basada en esa misma comprensión (acción)” (Marroquín, 1991:134). Es necesario tener estos aspectos en cuenta para que tenga lugar una relación de ayuda eficaz y constructiva según Carkhuff, es decir, la persona necesitada de ayuda en primer lugar ha de explorarse a sí mismo (valores, necesidades, sentimientos, miedos, etc.) y comprender mejor la situación de crisis que está viviendo, así como conocerse y comprenderse más a sí mismo, para de este modo iniciar una acción de desarrollo y construcción positiva que se fundamente en todo lo anterior.

El momento en el que el cliente lleva a cabo la exploración y auto-comprensión de sí mismo antes indicada, es lo que Carkhuff denomina *fase descendente o de interiorización*. Del mismo modo, cuando el paciente entra en acción en una dirección que le llevará a la búsqueda de la solución de los problemas, después de haberse explorado y auto-comprendido, a esta segunda etapa Carkhuff la *denomina fase de acción o direccionalidad*. A su vez, la fase descendente se puede dividir en una fase inicial donde se consigue que cliente y terapeuta entren en una relación cordial que estimule al paciente a explorarse a sí mismo, y en una fase intermedia en la cual se incitará al paciente a la autocomprensión.

Es evidente, que para que todo el proceso expuesto anteriormente sea eficaz, la persona que ayuda debe de tener una serie de actitudes, disposiciones y herramientas humanas, que como veremos más adelante Carkhuff denomina *variables* y *destrezas*.

3.4.1. Dimensiones y variables del modelo de relación de ayuda

Atendiendo a Marroquín (1991) y Giordani (1997) podemos decir que el método a seguir por el asesor, tal como Carkhuff denomina a la persona que facilita la ayuda, se caracteriza inicialmente de una parte, por su carácter *tridimensional*, es decir, considera importantes en el proceso de relación de ayuda la figura del terapeuta, el cliente y las variables del contexto, a diferencia de Rogers que era un modelo *unidimensional* donde la figura del terapeuta era el elemento dominante en la relación de ayuda. De otra parte, manteniendo las actitudes de *autenticidad*, *aceptación positiva* y *empatía*, es decir, las *condiciones necesarias y suficientes* según Rogers para el cambio terapéutico, Carkhuff denomina a estas disposiciones del terapeuta como *<variables>* y aumentan en número en el modelo que el autor presenta. Para Carkhuff entonces, las actitudes, disposiciones o *<variables>* que el terapeuta debe presentar en la relación con la otra persona son: *empatía*, *respeto (aceptación incondicional)*, *congruencia (autenticidad)*, *especificidad o concreción*, *confrontación*, *relación del momento o inmediatez* y *autorrevelación*. Habiendo analizado en el apartado anterior las tres primeras variables (empatía, aceptación incondicional y autenticidad), veamos a continuación unas breves nociones sobre las *variables* aportadas por Carkhuff en su modelo de relación de ayuda:

Especificidad o concreción

Considerada como la más importante por Carkhuff en el proceso de relación de ayuda, la concreción busca que el paciente tome contacto con las vivencias personales de un modo claro, concreto y específico, dirigiéndose al cliente con preguntas que estén centradas en su marco interno de referencia. Tomado de Giordani (1997:191) indicamos que las funciones que asume en la relación de ayuda la concreción son las siguientes:

- Ayudar al terapeuta a realizar intervenciones que se muevan en el plano de los sentimientos y las experiencias del cliente.

- La concreción facilita que el terapeuta sea preciso en la comprensión del cliente, sin esconderse detrás de intervenciones más o menos defensivas y abstractas.
- Ayudar al cliente a expresar los elementos fundamentales de sus problemas y los conflictos emocionales, evitando que éste se esconda detrás de la narración de los hechos o de sentimientos secundarios.

Confrontación

Dice Giordani (1997) que ésta es un variable “activa” en cuanto que el terapeuta toma la iniciativa de la intervención sin esperar al cliente. Confrontar al cliente significa hacer que tome conciencia de los elementos que obstaculizan la relación con los demás y el conocimiento de sí mismo: “La confrontación puede ser definida como una iniciativa tomada por el terapeuta para poner al cliente frente a eventuales contradicciones presentes en su modo de pensar, de sentir o de actuar, que a su vez ejercitan también una influencia sobre la relación de ayuda” (Giordani, 1997: 195).

Es una llamada a la propia responsabilidad de la persona ayudada para promover al máximo las posibilidades del ayudado que en muchas ocasiones no son utilizadas, y para que tome conciencia de sus propias contradicciones personales en la vivencia de la situación (coherencia entre lo que desea y lo que hace en realidad) (Bermejo, 1998 a, 1998 c).

La confrontación debe de ir acompañada de una auténtica empatía y comprensión del marco de referencia interno del paciente, de lo contrario puede despertar reacciones adversas en el cliente y por tanto no ser eficaz la relación de ayuda.

Relación del momento o inmediatez

Es la capacidad del terapeuta para abrir con el cliente de manera explícita y directa la discusión sobre cómo la relación entre los dos es vivida en ese momento. Consigue que el cliente viva la situación en el presente. Que sea consciente de la relación de ayuda como un hecho real que le haga comprometerse en la relación interpersonal que está teniendo lugar en ese momento, y participar de este modo

junto con el terapeuta en su propio proceso de maduración: “la relación de ayuda no consiste solamente en una aclaración intelectual de los problemas existenciales sino que ofrece al cliente la posibilidad de vivirlos con una participación afectiva en una relación auténtica con un ser humano verdaderamente integrado, capaz de vivir intensamente el momento presente”(Giordani, 1997: 203-204).

Autorrevelación

La autorrevelación o autoapertura es la libertad de la que goza el terapeuta para comunicar, cuando lo considere oportuno y útil, aspectos personales de su propia existencia como opiniones, experiencias, situaciones existenciales, tendencias, sentimientos, etc. Es conveniente que se utilice siempre que sea en beneficio del cliente y en la situación adecuada a éste, no desviando nunca el tema del mundo central del paciente. Puede resultar poco útil en personas poco maduras con poca capacidad de centrarse en el mundo de los demás y con poca capacidad de acoger las opiniones del terapeuta. Carkhuff la considera una expresión de la autenticidad en el momento que el terapeuta aporta a la relación su propia experiencia y mundo subjetivo y no se escuda detrás de máscaras para cubrir sus límites o carencias personales. Es aconsejable tener en consideración que al inicio del encuentro el cliente tiene la necesidad de hablar de él mismo más que de escuchar al terapeuta, por lo que al principio el terapeuta debe manifestar lo menos posible de su persona, debe hacerlo de forma gradual y en los casos que autorrevelarse resulte útil para el cliente (Giordani, 1997).

3.4.2. Las destrezas del asesor

Además de las variables a las que hicimos alusión en el apartado anterior de este trabajo, Carkhuff, con el propósito de ofrecer un modelo práctico y sistemático que ofrezca al terapeuta indicaciones concretas y verificables para sus intervenciones, incluye en su modelo de relación de ayuda el concepto de *destreza* (“skill”), entendiéndolo por ello, un modo de actuar por parte del asesor que se puede enseñar, analizar, aprender y evaluar con el ejercicio y de una forma sistemática (Marroquín, 1991; Giordani, 1997). La destreza hace referencia directa a una serie de conductas que deben realizarse por parte del asesor y que pueden ser observadas, evaluadas, enseñadas y aprendidas en el ejercicio de la relación de ayuda (Madrid,

2005). Las destrezas no deben reducirse a una mera actitud interior sino que deben expresarse en la conducta verbal o no verbal del asesor. Estas destrezas presentadas por Carkhuff son cuatro:

1. Destreza de atención

El fin de esta intervención es que la persona necesitada de ayuda se comprometa en el proceso, que se sienta acogida por parte del terapeuta y que de este modo decida participar en su propio proceso de construcción, de manera que tenga lugar el cambio terapéutico. Para ello el terapeuta debe poner especial atención en la observación de todo lo que transmite el cliente, escuchar activamente y prestar también atención con disposición física, en tanto que su lenguaje no verbal, la disposición de su cuerpo y sus gestos, transmitan al cliente que se interesa por él y que le presta toda su atención con la intención de ayudarlo.

2. Intervención terapéutica

Con esta intervención la persona que ayuda promueve la fase descendente impulsando al cliente a que se explore a sí mismo y sepa en el punto de la situación en el que se encuentra, cuál es su situación actual, sus deseos, sus necesidades y qué solución cree que necesita para mejorar su situación.

3. Personalización

Esta es una destreza de gran importancia para Carkhuff. Con la personalización se pretende que el paciente sea responsable de su propio problema, que se haga cargo de la situación y que no entienda el problema como algo que está sucediendo ajeno a él. La destreza de la personalización se puede dividir en cuatro subdestrezas:

- *Personalización del significado*: porqué es importante para el cliente a nivel individual lo que está viviendo. Qué significa para él lo que dice. Qué es lo más importante de todo lo que nos transmite y qué significado da a ello.

- *Personalización del problema:* Esto se consigue mediante la confrontación principalmente. Se trata de averiguar cómo contribuye la persona que sufre al problema, es decir, qué hace o qué no hace para que este tenga lugar en su experiencia de vida.
- *Personalización del sentimiento:* Se trata de conocer qué sensaciones y sentimientos tiene el paciente una vez que ha conocido el problema y la forma en que él contribuye al mismo.
- *Personalización del fin:* Se trata de comprender qué desea hacer el paciente con su problema una vez identificado y con un conocimiento claro del mismo. Hasta dónde quiere llegar a partir de la situación en la que se encuentra.

4. Intervención del iniciar

Con esta destreza el terapeuta promueve al cliente hacia la fase de acción, lo estimula con el fin de que asuma un objetivo concreto para iniciar un camino constructivo de desarrollo personal.

3.4.3. Escalas de medición

Carkhuff, motivado por su preocupación de hacer operativo y medible todo el proceso de relación de ayuda, reelabora y crea *escalas* con las que fuese posible valorar el funcionamiento que el terapeuta alcanza en las diferentes variables y destrezas que analizamos anteriormente y que se usan en la intervención terapéutica. Estas escalas no pretenden presentar medidas precisas y profundas como puede ocurrir en el mundo de la física, son instrumentos que se basan en la observación de comportamientos y que ofrecen criterios objetivos a los cuales se puede uno dirigir para valorar su propia manera de trabajar (Marroquín, 1997; Giordani, 1997; Cibanal; 2000; Madrid, 2005).

En las escalas elaboradas por Carkhuff aparecen siempre cinco niveles. De estos, los niveles 1 y 2 hacen referencia a las intervenciones negativas o perjudiciales que no es conveniente usar nunca en la relación de ayuda. El nivel 3, que es el nivel mínimo positivo, indica lo que Carkhuff denomina *respuestas intercambiables*, es decir, aquellas intervenciones del terapeuta que retoman los contenidos y sentimientos del

paciente sin añadir ni quitar nada en lo que se refiere a los hechos y los sentimientos: “las respuestas a este nivel 3 representan una comunicación suficientemente buena para obtener un efecto positivo y vienen normalmente usadas al inicio del diálogo y cuando se introducen las variables particulares” (Giordani, 1997:161). En último lugar se encuentran los niveles 4 y 5 los cuales indican una comunicación positiva, capaz de ofrecer una ayuda auténtica y eficaz. Estos son los niveles superiores de la actitud de ayuda.

Los niveles presentados en la escala de valoración de las diferentes destrezas que el terapeuta tiene que realizar para promover el cambio en el cliente son los siguientes⁵:

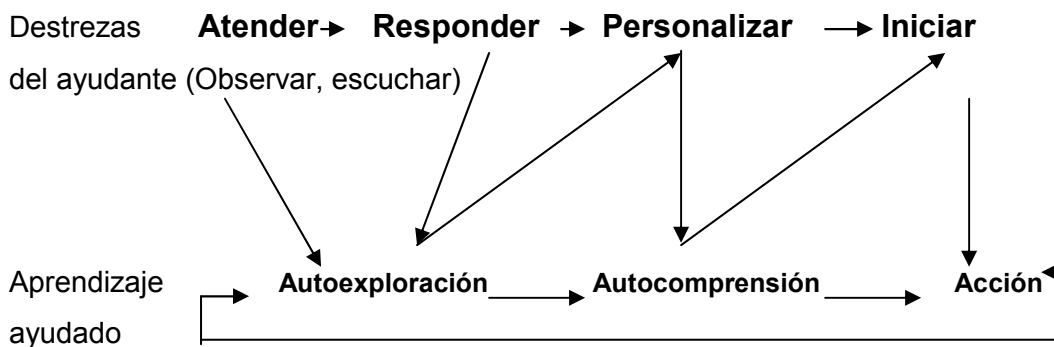
- **Nivel 1:** El terapeuta no cuida al cliente, tanto porque no se presenta la oportunidad, como porque de manera más o menos consciente, ha decidido eso. Es evidente que si el terapeuta funciona a este nivel no puede existir un cambio constructivo.
- **Nivel 2:** El terapeuta presta atención al cliente con la intención de comprometerlo en el proceso de recuperación. Esto se expresa manifestándole atención mediante el comportamiento exterior, observando y escuchando atentamente al cliente. Este nivel representa una premisa necesaria, pero no suficiente para el proceso de relación de ayuda.
- **Nivel 3:** Aquí el terapeuta trata de responder a aquello que el cliente le va contando, con el fin de estimular o mantener la toma de conciencia sobre la situación existencial en la cual se encuentra. Al contestar al contenido y al sentimiento el terapeuta se mantiene en el mismo nivel en el que se encuentra el cliente, sin añadir elementos nuevos, o intensificar la expresión del sentimiento. Son las respuestas intercambiables.
- **Nivel 4:** El terapeuta pasa a personalizar el núcleo de lo que el cliente le comunica, promoviendo así la comprensión de la situación presente en relación con la meta hacia la que el cliente tiende. De esta manera, éste va asumiendo sus responsabilidades sobre las decisiones o formula metas, objetivos que sean reales y posibles.
- **Nivel 5:** El terapeuta inicia un programa de acción para que el cliente pueda gradualmente alcanzar la meta prefijada. El terapeuta en colaboración con el

⁵ Tomado de Giordani (1997, 162-163)

cliente determina los diferentes *pasos* para iniciar y proseguir el camino hasta llegar a la meta designada.

3.4.4. La relación de ayuda como proceso

Una vez comprendidas y presentadas las variables actitudinales y las destrezas que el asesor puede utilizar en la relación de ayuda con el asesorado, Carkhuff, atendiendo a la tarea principal del asesor y del asesorado presenta el proceso de relación de ayuda en las siguientes fases⁶ :



Describiremos brevemente las tres fases fundamentales atendiendo a los objetivos principales de la persona que ayuda y del ayudado. Estas fases del proceso de relación de ayuda indican el camino que debe recorrer el cliente, exploración, auto-comprensión y acción, así como, las destrezas que debe usar el terapeuta. Como señala acertadamente Bermejo (1998a), la explicación de las fases del proceso no resta importancia a la expresión natural del diálogo en la relación de ayuda, así como, en cada encuentro de ayuda es posible que no se lleven a cabo todas las fases del proceso o sea posible distinguir la fase del mismo en la que se hallan los interlocutores durante la interacción: “Se trata más bien de hacer un análisis del proceso de superación de una dificultad mediante la relación de ayuda: del proceso de acompañamiento que pueda verificarse en un solo encuentro o en numerosas visitas”(Bermejo, 1998a: 83).

⁶ Tomado de Marroquín, 1991; Giordani, 1997, Bermejo, 1998a.

Fase inicial: autoexploración

En esta fase da comienzo el movimiento que lleva al cliente a explorar el propio mundo interior. El terapeuta debe responder al cliente con el fin de comprenderlo y establecer una relación de ayuda que haga que éste se sienta motivado para autoexplorarse. Aquí la persona que ayuda pone a la vista del ayudado su intención de acoger y respetar su mundo emotivo. Por ello, el terapeuta muestra la disposición de escuchar activamente y reformula para comunicar la comprensión de lo comunicado por el cliente. El cliente por su parte, comienza a tener un conocimiento mayor de sí mismo y de su experiencia, tomando conciencia de sus dificultades, del modo de relacionarse con los demás, de sus miedos, de sus valores, etc.

Fase intermedia: autocomprensión

En esta fase se pretende que el cliente alcance una autocomprensión más profunda de sí mismo. Tras haber reunido los diversos datos analizados durante la fase inicial, el cliente realiza una conexión de los mismos para comprender mejor el origen de su problema, así como, una vez comprendida su situación, saber en qué punto se encuentra y hacia dónde quiere o necesita estar para sentirse mejor. Aquí el terapeuta ayudará al cliente utilizando las destrezas de personalizar, de confrontar y la inmediatez, entre otras, para favorecer que éste tenga un conocimiento de sí mismo más profundo. En el punto que el cliente llegue a comprender las causas de sus problemas, él intentará a su vez buscar caminos de acción para resolverlo.

Fase final o resolutive: acción

En esta fase el terapeuta toma la iniciativa junto con el cliente con el fin de dirigir a éste hacia la acción y el compromiso de resolver su problema. La pregunta sería: ¿Ahora que hemos explorado y comprendido el problema qué podemos hacer con éste? Así, se podrá considerar cada una de las opciones posibles propuestas o manifestadas por el paciente para que tenga lugar el cambio terapéutico, analizando las ventajas y desventajas de las mismas y fijando una línea de acción para iniciar el camino que le lleve a mejorar su situación actual. De este modo, terapeuta y cliente, iniciaran juntos un plan de acción para solucionar el problema explorado y comprendido a través de la relación de ayuda.

En esta fase cabe destacar actitudes importantes sobre las que el ayudante puede iniciar al ayudado y que conceden salud a la experiencia del ayudado⁷:

- eliminar el sufrimiento innecesario generado por el propio límite, por los propios errores, por la manera equívoca e insana de vivir, por los conflictos consigo mismo, mediante la experiencia del perdón o la pacificación consigo mismo;
- luchar contra el sufrimiento injusto y evitable provocado por los abusos, la marginación, las costumbres, las instituciones;
- mitigar en lo posible el dolor y el sufrimiento inevitables;
- asumir el sufrimiento que no se puede superar, conscientes de que la incapacidad misma, cuando es asumida, constituye el inicio de la armonía perdida. La realidad, a veces, es menos hiriente que las opiniones que tenemos de ella y es el punto de referencia de la salud: eludirla, disimularla o atacarla impide al hombre trabajar y amar en medio de sus propias fluctuaciones;
- afirmarse, a pesar de las fuerzas negativas de la vida y por encima de la finitud de la propia historia.

Teniendo presente todo lo anterior podemos llegar a construir una relación de ayuda que sea edificante, que ayude a la persona a *restaurarse* y a *construirse* de nuevo en un proceso de humanización de las relaciones con los demás y con uno mismo, adoptando y ayudando al otro a que adopte actitudes sanas ante las contrariedades difíciles que provocan un situación de crisis y que le impiden superarla.

Hemos visto hasta aquí las expresiones más significativas que caracterizan el pensamiento de la psicología humanístico-existencial y que pensamos, pueden servir de ejemplo, entre otras escuelas de pensamiento, para los profesionales de enfermería en los diferentes escenarios en los que interactúan con personas necesitadas de ayuda. En el siguiente capítulo trataremos de analizar cómo se traducen estas modalidades de intervención humanista a nivel operativo en la ayuda

⁷ Tomado de Bermejo (1998a:85)

que ofrecen los profesionales de enfermería a las personas que cuidan diariamente y que se encuentran en situaciones de crisis.

Del mismo modo, después de haber abordado las implicaciones antropológicas y psicológicas más destacables a nuestro entender en el proceso de relación de ayuda, en el siguiente capítulo trataremos de contextualizar la relación de ayuda en enfermería, analizando las aportaciones teóricas de los profesionales de la salud en torno a esta cuestión, y abrazando la relación de ayuda en enfermería como una parte esencial del cuidado, como una herramienta humana imprescindible cuando se trata de acompañar a una persona que sufre, y lo que es más importante, como un instrumento de humanización de la salud y de los cuidados de enfermería.

CAPÍTULO II

LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA

Después de analizar el destacado papel que a nuestro entender tiene la Antropología Filosófica, Social y Cultural, así como, el mundo de la Psicología Humanístico-Existencial en la relación de ayuda desarrollada en un principio para los psicólogos y psicoterapeutas, en el presente capítulo pretendemos analizar como ésta puede adaptarse de forma privilegiada a los cuidados de enfermería. De este modo, intentaremos definir qué entendemos por relación de ayuda en general y en los cuidados de enfermería en particular, así como, cuál es la filosofía subyacente y las condiciones fundamentales en las que un profesional de enfermería debe apoyarse para establecer una relación de ayuda adecuada, y tener la capacidad de responder a la persona necesitada de ayuda en el marco de las relaciones humanas. Para ello, analizaremos inicialmente las aportaciones de aquellas enfermeras teóricas cuyo modelo de cuidados se centra en una concepción de la persona desde una perspectiva humanístico-existencial, como son principalmente, V. Henderson, H. Peplau, J. Orlando, J. Travelbee, J. Watson y R.M. Parse.

A su vez, centraremos nuestro interés en el proceso de la comunicación y en el riguroso conocimiento de sus reglas como elemento esencial en el cuidado de enfermería, y por ende, en el proceso de relación de ayuda en enfermería, así como, en la comprensión de la relación de ayuda como un instrumento de humanización en la satisfacción de las necesidades y las expectativas de los pacientes y familiares con los que los profesionales de enfermería interactúan en su quehacer diario.

Por último, entendiendo la relación de ayuda en enfermería como un proceso a seguir por los profesionales, analizaremos las actitudes y habilidades con las que éstos deben estar familiarizados para llevar a cabo dicho proceso, y de este modo, facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos internos de la persona en conflicto para ayudarle a hacer frente a su problema o crisis, y así, alcanzar el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que la excelencia en el Cuidado.

1. Nociones generales sobre la relación de ayuda

Comencemos partiendo del significado de la palabra *ayudar* y de un encuadre de la Relación de Ayuda en general.

El término *ayudar* deriva del latín *adiuvare* que significa “provocar alivio”, es decir, al ayudar a alguien lo que intentamos es hacer más llevadero su sufrimiento y aliviar las cargas que se lo producen. El diccionario de la R.A.E define el término como: prestar cooperación; auxiliar, socorrer; hacer un esfuerzo, poner los medios para el logro de algo; valerse de la cooperación o ayuda de alguien.

Atendiendo a Brusco (1997), entendemos por ayudar el hecho de ofrecer recursos a una persona con el fin de que pueda superar una situación difícil o hacer frente a la misma y vivirla del modo más sano posible. Según este mismo autor, estos recursos pueden ser: *materiales*: como sería el hecho de entregar un objeto, apartar la mesilla del enfermo, encenderle la televisión,..; *técnicos*: aquellos que están relacionados con las habilidades propias de la persona que ayuda: canalizar una vía, hacer una cura, poner un suero,..; *relacionales*: que se fundamentan en las actitudes de la persona para interactuar con los otros: respeto, calidez, escucha...;

Así, estaremos hablando de relación de ayuda cuando hagamos referencia al modo de ayudar usando fundamentalmente recursos relacionales para ayudar a la persona en conflicto a descubrir los recursos internos que le ayuden a afrontar su problema o crisis del modo más sano posible. Como bien dice Bermejo en García y Alarcos (2002:157): “Cuando los recursos que ofrecemos son relacionales, es decir, cuando la misma persona del ayudante se ofrece como recurso para acompañar en el proceso de afrontamiento de la dificultad del ayudado (incluso si se hace de manera simultánea al ofrecimiento de otros tipos de recursos), entonces hablamos de relación de ayuda. En otra parte, este mismo autor afirma: “Cuando hablamos de relación de ayuda, nos referimos a un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento” (Bermejo, 1999b:69).

La Relación de Ayuda es un fenómeno muy frecuente en la vida ordinaria y en los ámbitos más diversos. Atendiendo a Madrid (1986, 2005) podríamos definir la relación de ayuda como aquel encuentro entre dos personas, en el cual, una de ellas pide

ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y la otra quiere ayudarlo, dentro de un marco interpersonal adecuado.

Brusco (1997) define la relación de ayuda como una forma especial de relacionarse humanamente con el otro con el fin de satisfacer necesidades humanas básicas, y ésta, no es monopolio de las llamadas profesiones de ayuda, tales como, asesores, psicoterapeutas, trabajadores sociales, etc, ya que las relaciones entre amigos, entre padres e hijos, e incluso, entre profesores y alumnos, adquieren frecuentemente una connotación de relación de ayuda. Ahora bien, la diferencia radica en que los profesionales de las llamadas profesiones de ayuda, cuentan con un conocimiento mucho más profundo de la persona y con un conjunto de actitudes, habilidades y destrezas, y tal como indica Barbero en Bermejo (1999b), con una serie de *técnicas humanas*, que han sido adquiridas a través del aprendizaje y el adiestramiento, y que les permite desempeñar y utilizar los propios recursos naturales de ayuda de un modo más conveniente, es decir, de forma controlada, consciente, intencionada y metódica, distinto al modo espontáneo en que los demás suelen hacerlo en las diferentes situaciones de su vida. Otras diferencias las podemos encontrar en el ambiente o *setting* en el que tiene lugar el encuentro de ayuda, dado que los amigos, los familiares..., lo pueden practicar en cualquier lugar, mientras que los profesionales suelen hacerlo en su centro o estudio.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, entendemos que las principales características de la Relación de Ayuda son: una relación valiosa, dado que es una relación personal e íntima que implica un compromiso recíproco de ayudar y de querer recibir la ayuda por parte de los que participan en ella; una relación en la que se expresa afecto; una relación en la que se manifiesta la persona total, donde los participantes se proponen ser honestos, intelectual y emocionalmente, y cada persona es respetada por su dignidad como tal y es valiosa en sí misma; se lleva a cabo por el consentimiento mutuo de las personas que participan en ella, dado que al contrario, tendría lugar la desconfianza y el recelo; se da porque el individuo que demanda la ayuda necesita información, instrucción, consejo, ayuda, comprensión y/o tratamiento por parte del otro; tiene lugar a través de la comunicación e interacción, y tanto el que ayuda como el que demanda la ayuda se ven afectados por la comunicación verbal y no verbal de otro, así, cuanto más transparente sea la comunicación más eficaz será la relación; es un proceso metódico y estructurado que será distinto según sea la relación de ayuda, pero las características esenciales, es decir, las pautas de estímulo- respuesta están siempre presentes; la persona que ayuda es accesible y se

muestra segura, mostrando siempre una disposición interna al otro libre de prejuicios, temores, dudas y ansiedades y con autoconocimiento de sí misma; el objeto de la Relación de Ayuda es el cambio, y cuando termina la relación el individuo no es el mismo que cuando comenzó, sino que ha mejorado: ya no sufre tanto, no se siente tan indefenso, se conoce mejor a sí mismo y sus comportamientos son más adecuados a las circunstancias.

1.1. Encuadre de la Relación de Ayuda

En el intento de realizar un encuadre de la Relación de Ayuda, conviene distinguir entre diferentes tipos de relación de ayuda:

1.1.1. Relación de ayuda en un sentido estrictamente profesional.

Podemos decir que es aquella relación de ayuda llevada a cabo por los profesionales de ayuda, tales como, los psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, agentes de pastoral, etc. En este tipo de relación se encuentran bien determinados los siguientes elementos: *Clarificación de los roles*: uno es el ayudante y otro el ayudado. Se trata de un encuentro personal donde la relación no se da entre iguales, dado que el agente de ayuda está bien y quiere ayudar, y la persona que solicita ayuda está mal y sufre por ello; *lugar definido para el ejercicio de la profesión de ayuda*: la relación tiene lugar en un marco interpersonal adecuado para la interacción como son el lugar de encuentro, la duración del mismo, el lugar de las entrevistas, la utilización del espacio, etc; *naturaleza del encuentro*: se trata de un encuentro entre dos personas que presenta las características de ser consciente, intencionado, controlado y metódico; *competencia específica del ayudante*: para tal relación de ayuda, el agente de ayuda posee unos conocimientos, autoconocimiento y adiestramiento específico.

Dentro de este tipo de relación de ayuda podemos distinguir dos tipos principalmente, como son el counselling y la psicoterapia:

El término **counselling** procede del mundo anglosajón y como bien afirma Arranz (2005b) es un término que se presta en la actualidad a diferentes traducciones como “consejo”, “consejo asistido”, “consejo deliberativo”, “relación de ayuda”, según los diferentes autores.

Podríamos definir el counselling como aquella relación terapéutica a personas con problemas específicos ante los cuales es necesario tomar una decisión o realizar ajustes, como por ejemplo, cómo superar una crisis de duelo, un problema matrimonial, cómo superar las dificultades ante decisiones importantes, la adherencia a los tratamientos, etc., con el fin de ayudarle a mantener el *statu quo* o a recuperarlo.

Apoyándose en toda una serie de técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal, el counselling es llevado a cabo a través del método no directivo utilizado por C. Rogers, en el cual la actitud básica de la persona que ayuda debe centrarse sobre la *persona* del cliente y no sólo sobre sus síntomas o problemas. De este modo el asesor adopta una serie de actitudes y habilidades (escucha activa, empatía, aceptación positiva, etc), así como, de estrategias relacionales (comunicación asertiva, control emocional, solución de problemas) hacia la persona del otro, con la convicción de que en él existen todos los recursos necesarios para su propia reconstrucción y orientación.

Siguiendo a Jiménez (1983), Patterson (1985), Dietrich (1986), MacLeod (1994), Dier y Wriend (2001), Okun, (2001), Arranz et al (2005b), entre otros autores, podríamos decir que la utilización de las técnicas terapéuticas, así como la metodología y el proceso de aplicación en la práctica clínica sobre la que se sustenta el counselling, reconoce la importancia de una relación de ayuda que se caracteriza por la capacidad del terapeuta de relacionarse con los demás en los dominios *afectivo* (en el que se sitúan los sentimientos y las emociones), *cognitivo* (del que forman parte los procesos de pensamiento o intelectuales) y *conductual* (que comprende las acciones o hechos). Y para ello, debe tener interés por el cliente (incluido el deseo de ayudarle), así como, confianza en el método utilizado (técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal) y en la posibilidad y la esperanza de que el cliente cambie.

Si bien su ejercicio profesional está reservado a los profesionales adiestrados en este tipo de terapia (personas dedicadas profesionalmente (counselor) a la orientación, apoyo, prevención, diagnosis, capacitación y rehabilitación), también puede ser practicado en algunas áreas por otros especialistas, como ocurre en el

campo de la salud, siendo una herramienta útil y eficaz a disposición de estos profesionales para prestar ayuda a los pacientes y sus allegados, asesorándolos y apoyándolos de modo que puedan enfrentarse a sus problemas a través de la aceptación y la comprensión.

En la actualidad algunos estudios tales como Pascual (2003), Willaing y Ladenlud (2005), Arranz et al. (2005a) demuestran el interés que tiene el counselling para los profesionales de enfermería como una herramienta útil y eficaz a su disposición. En el estudio de Willaing y Ladenlud (2005) podemos apreciar que la utilización de este tipo de relación de ayuda, lleva consigo la adherencia a los tratamientos terapéuticos para solucionar un problema grave como es el alcoholismo. Por otra parte, Arranz et al. (2005a) llevaron a cabo un estudio en el cual se evalúan los efectos de un programa de entrenamiento de counselling para profesionales de enfermería, demostrando que la formación de este tipo de técnicas de asesoramiento y ayuda disminuye las dificultades que estos profesionales encuentran para relacionarse con el paciente y sus familiares.

Por otro lado, la **psicoterapia** es definida como el proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios según las diferentes escuelas) y una persona (paciente o cliente) que acude a su consultorio. Esta comunicación se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida de la persona necesitada de ayuda, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Por extensión, se aplica el término psicoterapia al contexto relacional en el que se da ese proceso de relación de ayuda y al conjunto de técnicas utilizadas por el psicoterapeuta.

Si bien el counselling trata de ayudar a las personas a mantener el *statu quo* o a recuperarlo haciendo los debidos ajustes, la psicoterapia, por el contrario, se dirige a personas que tienen dificultades estructurales de personalidad que causa un sufrimiento psíquico especial, como pueden ser las neurosis fóbicas, diferentes tipos de paranoias, autismo, etc. Este tipo de trastorno del comportamiento y la personalidad lleva a la persona a perder el contacto con la realidad, llegando de este modo a asumir comportamientos inadecuados.

Entendidos el counselling y la psicoterapia como herramientas de relación de ayuda a las personas en crisis, podemos encontrar semejanzas en tanto que ambos métodos dan pasos comunes (establecer la relación, explorar y comprender el

problema, ventilar las emociones, etc) basándose por un lado, en el contacto directo y personal de la persona que ayuda con el paciente o cliente a través del diálogo, y por otro, en una serie de actitudes y habilidades (escucha, empatía, aceptación incondicional, etc) que dan lugar al cambio de la persona que demanda la ayuda para que ésta viva la situación de la manera más sanamente posible. Del mismo modo, las diferencias entre estos dos tipos de relación de ayuda se encontrarían en la forma de gestionar el ansia, la transferencia, la regresión, etc.

1.1.2. *La relación de ayuda en el ejercicio de una profesión de ayuda*

Entendemos que este tipo de relación de ayuda es aquella que llevan a cabo los profesionales que ayudan a personas en situaciones de necesidad, a través de la interacción y la comunicación humana, como es el caso de los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, agentes de pastoral y voluntarios que están dotados de competencia relacional en el hacer específico de cada profesión. Al igual que en la anterior y siguiendo las enseñanzas de Bermejo (1999b) en esta relación también están bien definidos algunos elementos: *clarificación de los roles*: uno es el ayudante, y otro el ayudado; *lugar definido por el ejercicio de la profesión de ayuda* (más variado que el caso anterior); *naturaleza del encuentro*: ejercicio de la propia profesión (médico, enfermero, voluntario,..), encuentro consciente, intencionado, controlado y metódico en lo que se refiere a la propia profesión; *competencia específica del ayudante*, que lleva a cabo una relación centrada en la persona de un modo holístico y no sólo en la enfermedad, lo cual, llevaría consigo la fragmentación de los cuidados y la parcialización de la persona.

De este modo, por un lado, tendría lugar lo que Bermejo denomina *encuentro de ayuda*, que sería aquel en el que la interacción entre las dos personas, enfermero-paciente en nuestro caso, es ciertamente un encuentro en el que se desea que la relación sea de ayuda por presentarse una dificultad que lleva consigo un sufrimiento, y se desea ayudar y recibir ayuda, de manera explícita y directa, para poder afrontar el problema y poder solventarlo o vivirlo de la mejor manera posible. Tal es el caso, a modo de ejemplo, de aquellas situaciones, entre muchas otras, en las que el paciente está sometido a una fuerte carga emocional por el padecimiento de una enfermedad terminal, la dificultad de los familiares para afrontar y superar el duelo ante la pérdida de un ser querido, la demanda del paciente o la familia de conocer el diagnóstico, etc.

De otra parte, estaría lo que este autor denomina *interacciones de ayuda*, que serían todas aquellas interacciones que se dan en el ejercicio diario de toda profesión con la persona en dificultad, y que son un elemento que puede ayudar, a pesar de que no tenga lugar de un modo explícito y directo como en el caso anterior. Estaríamos hablando, a modo de ejemplo, de aquellas situaciones en las que el profesional de enfermería toma contacto con el paciente para realizar los cuidados más sencillos, como puede ser el canalizar una vía periférica, tomar la temperatura, realizar el aseo diario, cambiar un suero, etc. Situaciones en las que interacciona con el paciente y en las que la comunicación es un elemento fundamental para ofrecer cuidados de calidad.

1.2. Importancia de la relación de ayuda en el Cuidado Enfermero

No cabe duda de que la capacidad de entrar en relación o responder al otro, es la “materia prima” para trabajar en las relaciones humanas. Como indican adecuadamente Fontanals et al. (1994:67), “sea cual sea el área de trabajo, los enfermeros han constatado que sus 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.” Este mismo autor continúa diciendo: “La relación de ayuda no se aplica a los cuidados como el Proceso de Atención de Enfermería o el método de solución de problemas; al contrario, es intrínseca a los cuidados” (Fontanals et al. 1994:67). En esta misma línea, Fontanals citando a Adam (1991) afirma que la relación de ayuda no es una característica de nuestra profesión sino la condición *sine qua non* de la eficacia de los cuidados, y Bermejo (en García y Alarcos, 2002:160) indica que “en el fondo subyace el convencimiento de que para realizar bien las profesiones de salud no es suficiente con poseer una competencia científico-técnica, sino que es necesaria también una buena capacidad de comunicar. Un buen diagnóstico, una buena adherencia a un tratamiento, un buen soporte emocional, la comunicación de una mala noticia, la solicitud del consentimiento informado, el informe de voluntades anticipadas, etc, tareas propias de agentes de salud, tendrán tanto más éxito y serán realizadas tanto más a la medida de la dignidad de la persona cuanto más diestro sea el profesional en la relación de ayuda”.

Abad et al (2005), en un estudio acerca del fenómeno de la planificación anticipada de decisiones al final de la vida, en el que analizan la visión de los profesionales sanitarios que cuidan a personas mayores, estos autores indican en sus

resultados, entre otros datos, que el déficit en formación en temas como el duelo, la muerte y la relación de ayuda, son factores obstaculizadores para la adecuada puesta en marcha de la ley sobre voluntades anticipadas antes de morir.

Corella y Mas (1999), dando por supuesta una formación técnica como imprescindible, resaltan la carencia de conocimientos que aún existen en torno a la relación de ayuda. Estos autores, afirman que los profesionales no están preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier persona en los difíciles momentos que anteceden a su muerte. Así mismo, afirman que existe una desproporción entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión. Comprendemos que es importante profundizar en esta cuestión, dado que el sufrimiento no es un síntoma, ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja. El paciente necesita además de un exquisito control de síntomas, la restitución de su identidad como persona.

Sin olvidar su importancia, partimos de la premisa de que el profesional de enfermería que adquiere una formación en relación de ayuda no se transforma automáticamente en un consejero profesional o psicoterapeuta, sino, lejos de entender a éste como un “mini-psicólogo”, pues no se trata como dice Brusco (1997) de abolir la profesionalidad en relación de ayuda, el profesional de enfermería debe adquirir una serie de habilidades que le permita ayudar mejor, dado que está continuamente en contacto con personas necesitadas de ayuda, y es indispensable en el Cuidado Enfermero, que al ejercicio y desarrollo de su *Competencia Técnica* vaya unido el ejercicio y desarrollo de su *Competencia Relacional*, es decir, todo un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre (“saber ser”), con el fin de poder responder a las necesidades globales de la persona. Con todo esto queremos transmitir la idea de que la relación enfermera-paciente es sin duda terapéutica. El profesional de enfermería es un *instrumento terapéutico*. Una persona preparada de forma adecuada para responder a las necesidades fisiológicas y espirituales del ser humano con el que interacciona en el ejercicio de su profesión.

Así, cabe decir, que son varios los autores tales como Fontanals (1994), Bermejo (1997, 1998a, 1998c, 1999a, 1999b) Antolín (1997), Medina (1999), Ferrer (2003), García Marco et al (2004) y Hospital et al (2004) entre otros, que coinciden en la importancia de la relación terapéutica o de ayuda en enfermería como la base de todos los cuidados y fundamento de la *Competencia Relacional* de esta disciplina.

Por otra parte, y tal como demuestran Arranz et al (2005a) mencionando a Razavi and Delvaux, una de las causas de estrés en los profesionales es la dificultad en la comunicación. Del mismo modo, Ribera (1988) citado por Fontanals (1994) realiza estudios donde concluye que uno de los factores más estresantes para las enfermeras hospitalarias son las dificultades en la comunicación interpersonal.

A la luz de todo lo anterior, entendemos que esta situación lleva a que el profesional de enfermería encuentre dificultades para afrontar la relación terapéutica con la persona que sufre y necesita de su ayuda y por ende, que el adiestramiento en las actitudes y habilidades necesarias para poder responder a las necesidades del paciente, es imprescindible en el ejercicio de la profesión. Y esto es así, porque la relación de ayuda ofrece una herramienta eficaz a los profesionales para ayudar a la persona enferma o con problemas, a constatar y ver que hay diferentes maneras de afrontar una misma situación o problema, diferentes caminos para llegar a un mismo lugar. Por tanto, *Competencia Técnica* y *Competencia Relacional* deben ir unidas para alcanzar la excelencia de los cuidados en Enfermería.

Por último, cabe decir que somos conscientes de que en el quehacer diario del ejercicio de la profesión todo se mide cuantitativamente y no hay tiempo más allá del que se ocupa en atender las necesidades fisiológicas del paciente, y que absorbidos por los diferentes procedimientos y técnicas a realizar, ya que es lo que se exige y evalúa a los profesionales, éstos dejan en un segundo plano, los aspectos psíquicos, humanos y espirituales. Ahora bien, aunque las *técnicas humanas* que puedan darse en el proceso de relación de ayuda en enfermería, puedan parecer a priori invisibles y no cuantificables, no por ello carecen de eficacia en la excelencia de los cuidados que los profesionales prestan a las personas que cuidan. La relación es sin duda imprescindible y necesaria, dado que, aparece como el instrumento o medio utilizado en el proceso interactivo entre enfermera y paciente con el objetivo de administrar cuidados de calidad. No obstante, a nuestro entender los profesionales de enfermería deben tomar conciencia de lo valioso y vital que puede llegar a ser la aplicación de una relación de ayuda adecuada en el bien intrínseco de su profesión, dado que, “si las enfermeras se proponen evitar el regreso al viejo esquema, han de demostrar, tanto a los planificadores como a los consumidores, que el tiempo dedicado a la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del paciente es una inversión valiosa” (Travelbee, en Marriner 89:175).

1.3. Hacia una definición de relación de ayuda en Enfermería

Atendiendo a Riopelle (1993), podemos ver que los cuidados de enfermería pueden estar en dos niveles. En el primero de ellos, se encontrarían situados aquellos cuidados dirigidos directamente al confort y al tratamiento del malestar y de afecciones físicas. En el segundo, encontraríamos aquellos cuidados dirigidos a: tranquilizar al cliente para disminuir su miedo y su ansiedad frente a la enfermedad y el tratamiento; ayudarle a aceptar una situación difícil, una enfermedad seria, una modificación de su esquema corporal, una pérdida o un duelo importante; ayudarle a ver un poco más clara su propia situación, a tomar ciertas decisiones, a encontrar el verdadero sentido de la vida.

Para esta autora la relación de ayuda en enfermería es “un recurso complementario que el ayudante pone al alcance del cliente de manera que este pueda así encontrar una solución al problema que le atañe. Estas dificultades pueden ser de distinta naturaleza. Puede tratarse por ejemplo, de favorecer al cliente hacia la progresión de su autonomía, llevarlo a considerar la existencia de forma más positiva, permitirle modificar su estilo de vida, tomar una decisión importante, encontrar un sentido a su vida o conducirlo a aceptar una situación difícil que incluso puede no tener solución, como la fase final de una enfermedad” (Riopelle, 1993:290).

Otra definición de la relación de ayuda en enfermería sería la que nos da Cibanal (1991b:145): “La relación de ayuda se entiende como un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores, la enfermera, va a captar las necesidades del “paciente”, con el fin de ayudarle a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual”.

De otra parte Bermejo (1999b:60) afirma: “cuando hablamos de relación de ayuda, nos referimos a un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento”.

Apoyándonos en todo lo anterior, podríamos definir la *relación de ayuda en enfermería*, como el intercambio personal y humano que tiene lugar cuando el profesional de enfermería interacciona con la persona que sufre (paciente o familia), y éste, pone a su disposición el conjunto de actitudes internas y habilidades en las que

se fundamenta el conocimiento de la *Competencia Relacional* de su Disciplina, con el fin de que el paciente y la familia sean capaces de explorar y comprender mejor su problema y de utilizar sus recursos internos para hacerle frente, y todo, en el marco de unos cuidados humanos y humanizadores, que conciben a la persona como un ser holístico, y que permiten al profesional responder mejor a las necesidades globales de ésta.

Así, al hablar de *relación de ayuda en enfermería*, y como dicen adecuadamente Bermejo y Carabias (1998c), nos estamos refiriendo a todo el conjunto de actitudes internas y habilidades de relación que los profesionales de enfermería ponen al servicio de las personas necesitadas con las que interaccionan en su quehacer diario, bien sea cuando se configura un encuentro que puede calificarse como *encuentro de ayuda*, en sentido estricto, tal como vimos al principio, o bien en los momentos cotidianos en los que se prestan los cuidados y se interacciona con el paciente.

De este modo, los objetivos generales que el profesional de enfermería pretende conseguir al llevar a cabo una relación de ayuda con el paciente o familia podrían ser los siguientes: ayudar al paciente a identificar y afrontar su problema presente del modo más sano posible; hacerle comprender a la persona necesitada de ayuda, que ellos son agentes no “pacientes” y que por ello deben participar activamente en el cambio. Deben tomar conciencia de que ellos han de participar en las experiencias vividas; ayudar a considerar otras posibilidades, otros caminos, otros puntos de vista para llegar a afrontar la situación de crisis y disminuir así la ansiedad que se pueda producir en la persona que sufre; ayudar a comunicarse, con él mismo como persona necesitada de ayuda y con los demás, de tal manera que pueda drenar sus sentimientos y expresar todo lo que le preocupa; acompañar en el sufrimiento y apoyar al paciente en la medida que éste se comprometa a participar en las experiencias de vida y aceptar su condición humana, con el fin de encontrar un sentido a su situación de crisis.

Hasta aquí, hemos intentado justificar la importancia que a nuestro parecer tiene el profundizar en el conocimiento de la relación de ayuda en enfermería como elemento consustancial al cuidado que prestan los profesionales de esta disciplina, así como de contextualizar qué entendemos por relación de ayuda en enfermería. En el apartado siguiente pretendemos analizar de un modo no prolijo, el pensamiento de las principales enfermeras teóricas cuyo modelo de cuidados se centra en la comprensión de la persona desde una perspectiva humanístico-existencial.

2. El pensamiento enfermero centrado en la persona

Antes de profundizar en los diferentes paradigmas filosóficos y estudiar en ellos los diferentes grados de humanismo presentes en los Modelos Teóricos de Enfermería a lo largo de la historia, es conveniente refrescar los puntos esenciales que constituyen la epistemología de esta disciplina.

2.1. Algunas cuestiones sobre los Fundamentos de Enfermería

Cabe decir que al tiempo que se fueron desarrollando las competencias técnicas en Enfermería, se hizo necesaria una formación mayor, por lo que ese incremento de conocimiento llevó consigo la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la Enfermería, como su ámbito de actuación profesional. En el intento de precisar su propia área de investigación y práctica, las enfermeras iniciaron un periodo alrededor de los años sesenta, en el que tiene lugar la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer qué hacen sus profesionales, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el desarrollo del corpus de conocimientos propio.

El resultado de este acontecimiento fue la necesidad de definir la disciplina enfermera y se fijaron los fenómenos que debían ser investigados para desarrollar los conocimientos que servirían para definir y guiar la prácticas. Estos fenómenos son: *la persona, el entorno, la salud y el cuidado*. Juntos conforman lo que se ha denominado *metaparadigma* o conceptos básicos de la Enfermería y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

Con el concepto de *persona* se identifica al receptor o los receptores de los cuidados, e incluye al individuo, la familia y la comunidad; con el *entorno* se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de *salud* hace referencia al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal. Por último, *el cuidado* es entendido como la propia definición de enfermería, o lo que es lo mismo, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación” (Hernández y Esteban, 1999:53).

Ahora bien, para distinguir de manera clara el objeto de estudio de una disciplina, no es suficiente con la descripción de los fenómenos que ésta estudia, sino que se hace necesario establecer las relaciones que se dan entre estos fenómenos, de manera que son estas relaciones, establecidas en forma de proposiciones, las que determinarán el objeto de estudio como el campo de acción. Tendríamos así cuatro relaciones establecidas en forma de proposiciones:

Persona y salud: esta relación sostiene que la Enfermería se ocupa de los principios y leyes que guían los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos.

Persona y entorno: en este caso, la Enfermería trabaja en el análisis de las pautas de comportamiento humano en interacción en el entorno en el que se manifiesta, tanto en situaciones de la vida cotidiana como en aquellas situaciones críticas de salud.

Salud y cuidados: estas relaciones muestran las acciones o el proceso que se lleva a cabo para que tengan lugar cambios positivos en el estado de salud de la persona, familia o comunidad.

Persona, entorno y salud: relación ésta, que se deriva de las anteriores y que afirma que a la Enfermería le concierne la totalidad de la salud de las personas que están a su cuidado, las cuales, están en interacción con el entorno de un modo constante.

Cuando los profesionales de Enfermería se preguntan por qué hacen lo que hacen, cómo lo hacen, y cuál es el camino a seguir para el desarrollo de su *corpus* de conocimientos, tienen como objeto de estudio en todo momento el Cuidado que prestan a las personas con las que interaccionan en el ejercicio de su profesión. A partir de aquí, el método de intervención en Enfermería comenzó a desarrollarse a través de una práctica sistemática y organizada, es decir, a través de lo que se conoce como el Proceso de Atención en Enfermería o P.A.E. Tal y como indica Medina (1999), el proceso de atención de enfermería se formaliza a partir de la década de los sesenta en los curricula americanos, irrumpiendo masivamente en la década de los ochenta en nuestro país, constituyéndose como marco teórico ideal de la práctica y de la formación de las enfermeras. El P.A.E se puede entender como el Método Enfermero de intervención que tras el análisis de un caso concreto – paciente o familia- va a permitir al profesional de Enfermería crear unas condiciones

adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener, en la medida de lo posible, el estado deseado del paciente o la familia (Hernández y Esteban, 1999). Se trata en definitiva, del método que utilizan los profesionales en el ejercicio de su profesión, para aplicar la base teórica al mismo, y que les sirve de guía para organizar el trabajo práctico, organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, al tiempo que les proporciona la base para la investigación. Del mismo modo, el P.A.E, contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los individuos, la familia y la comunidad, y exige del profesional las capacidades consultivas, para cubrir las necesidades afectadas de la persona (Urbina et al, 2003). El objetivo de este *proceso* es mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y en el caso de no ser así, debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible. En definitiva, los profesionales de Enfermería diagnostican y tratan las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basan en un Marco Teórico que llevan a la práctica a través del Proceso de Atención de Enfermería, con el fin de asegurar la calidad de los cuidados a la persona de atención y proporcionar la base para el control operativo, así como el medio para sistematizar e investigar en el campo de la disciplina teniendo como objeto de estudio el Cuidado de la persona en su totalidad.

El Proceso de Atención de Enfermería es llevado a cabo por medio de cinco fases, estas son: *valoración, diagnóstico, planificación, intervención, evaluación*. Aunque estas cinco fases se analicen por separado con el fin de contextualizarlas, esta es una separación artificial de acciones que en la práctica no tienen solución de continuidad. A continuación intentamos dar algunas nociones sobre cada una de las fases en las que se divide el PAE, sin profundizar demasiado en ellas dado que no es el tema que nos ocupa y haría demasiado extenso el contenido de este capítulo:

1. *Valoración*: Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes. Estas fuentes pueden ser primarias (pacientes) o secundarias (familiares y otros profesionales). Los datos recogidos sirven al profesional de ayuda para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos y utilizar métodos como la entrevista, la observación y la exploración física para tal caso.

2. *Diagnóstico*: Se entiende como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La naturaleza del problema es tal que puede moderarse o disminuirse mediante la intervención enfermera. De este modo, diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería, requiriendo una gran capacidad y conocimientos previos para emitir juicios inteligentes acerca del estado del paciente. El sistema más utilizado para expresar los diagnósticos de enfermería, ha sido desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería *North American Nursing Diagnosis* (NANDA). Según esta asociación un diagnóstico de enfermería debe cumplir los siguientes requisitos: la **designación**, que proporciona un nombre al diagnóstico; la **definición**, que ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y la diferencia de otros diagnósticos; las **características definitorias**, es decir, las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico; los **factores relacionales** o situaciones que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico, y por último, los **factores de riesgo** que son los factores ambientales y los elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.
3. *Planificación*: Es la fase en la que tiene lugar la construcción del *Plan de Cuidados*. Los profesionales de enfermería elaboran en esta fase, una serie de estrategias para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo. Es la fase donde los profesionales realizan un proceso de toma de decisiones a partir del diagnóstico emitido tras la *valoración*, que les llevará a construir el *Plan de Cuidados* de enfermería de modo individualizado. Así, el Modelo Teórico elegido por los profesionales determinará las directrices de la intervención enfermera en todo momento, y a partir de aquí, éstos deben marcar unos objetivos a corto y largo plazo a fin de conseguir el bienestar de la persona necesitada de ayuda. Esta fase consta de cuatro etapas: en primer lugar, el establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, en acuerdo al modelo teórico y las características individuales del paciente; después vendrá el establecimiento de los objetivos a corto y largo plazo; en tercer lugar el desarrollo de las intervenciones de enfermería o actividades; y por último, elaborar la documentación del Plan de Cuidados, como fuente básica de información

acerca del paciente, donde se registran la descripción de sus problemas y un programa de actuación (actividades) para resolverlos.

4. *Ejecución*: se trata de la fase en la que el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del *Plan de Cuidados* que se elaboró previamente. Supone por tanto, la puesta en marcha de las intervenciones o actividades de enfermería propuestas para conseguir los objetivos marcados en pro del paciente y siempre en colaboración con él.
5. *Evaluación*: como última fase del PAE, debe considerarse siempre en relación con la respuesta del paciente. Se trata de evaluar si las actuaciones de enfermería propuestas para resolver el problema de éste, se están en verdad resolviendo basándose siempre en la situación presente del paciente. Podemos considerar la *evaluación* como la actividad intelectual que nos va a indicar el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondiente han sido correctos. Los profesionales de enfermería deben preguntarse entonces, si han conseguidos los objetivos establecidos y resuelto el diagnóstico planteado al inicio del proceso. En caso negativo, será necesario revisar el *Plan de Cuidados*, a fin de conocer si tanto los objetivos marcados en un principio como las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería, eran los adecuados o no para resolver los problemas del paciente.

Tal como mencionamos anteriormente, tanto la elaboración del *Plan de Cuidados* de enfermería como su puesta en práctica, es llevada a cabo por los profesionales bajo el prisma de un Modelo Teórico o Marco Conceptual de Enfermería. Un Modelo Teórico o Conceptual es un instrumento primordial en la práctica avanzada que permite en la prestación de cuidados definir el trabajo de los profesionales y establecer estrategias (protocolos, planes, sistemas organizativos, etc) (Lacida 2002).

Podríamos decir que los Modelos Teóricos o Marco Conceptual de Enfermería son las distintas conclusiones o reflexiones que hay que estudiar para desarrollar los conocimientos propios. A partir de éstos, estudiaremos los conceptos básicos de persona, entorno, salud y cuidado. La elección que hagamos de un modelo u otro, lleva consigo una perspectiva diferente en el estudio de los fenómenos a estudiar y en cómo éstos se interrelacionan, e influye a su vez, en las intervenciones de los profesionales que prestan sus cuidados bajo la concepción de ese modelo. Así, el profesional de enfermería que basa su actuación en un Modelo Teórico que conciba el

cuidado de la salud de la persona en relación con su entorno, desde la perspectiva humanístico-existencial que aquí venimos abordando, realizará todas sus acciones tanto técnicas como relacionales centrándose en la persona que está a su cargo, y no sólo en la enfermedad, de un modo integral u holístico, en una relación de ayuda no directiva con el paciente que le facilite su autocuidado y el manejo de sus recursos internos, para afrontar del modo más sano posible la situación de necesidad en la que se encuentra.

A lo largo de la evolución de Enfermería, ésta ha ido transformándose en el marco conceptual de tres paradigmas⁸ diferentes: El Paradigma de la Categorización, Paradigma de la Integración y Paradigma de la Transformación.

Según el primero de ellos, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos que se pueden “aislar” para ser analizados y estudiados. De este modo, este paradigma, inspiró de un modo particular dos concepciones de comprender la orientación de la práctica enfermera, por una parte una orientación hacia la salud pública, en el interés de la persona enferma con el entorno, y por otra parte, una orientación de los cuidados de enfermería centrados en la enfermedad y en el control de síntomas y estrechamente ligados a la práctica médica.

El Paradigma Enfermero de la Integración se fundamenta en una orientación hacia la persona en todas sus dimensiones: salud física, salud mental y salud social. Así, esta concepción del ser inspiró una orientación de los cuidados enfermeros encaminados a evaluar las necesidades de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. El cuidado enfermero que se proporcione bajo este prisma, debe centrar su atención en la situación que vive la persona en ese momento y en los principios de Relación de Ayuda.

⁸ El uso más conocido de término *paradigma* es el de T.S. Kuhn (1986), que lo define como toda serie de realizaciones científicas universalmente reconocidas, las cuales, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científicas. Otra definición, podría ser la que da Alvira citado por Medina y Sandín (1994), cuando dice que paradigma es el “conjunto de creencias y actitudes, visión del mundo compartida por un grupo de científicos, que implica específicamente, una metodología determinada” (Medina y Sandín, 1994:225). En definitiva, un paradigma es una vía de percepción y comprensión del mundo, que presentan una comunidad de científicos que estudian los fenómenos desde un determinado marco conceptual.

Por otro lado, el Paradigma Enfermero de la Transformación se caracteriza por una apertura del conocimiento hacia el mundo. Según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no puede parecerse a otro, y cada fenómeno, puede llegar a ser descrito por su estructura única. Por ello, la persona es comprendida como una unidad global en interacción con el mundo global y más grande en el que se encuentra, y es muy importante llegar a conocer el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Atendiendo a los principios en los que se fundamenta el Paradigma Enfermero de la Transformación podemos decir que: la persona es un todo indivisible que coexiste con el medio y que orienta los cuidados según sus prioridades; la salud es una experiencia única vivida a nivel subjetivo, a la que cada persona da un valor diferente; los cuidados tienen el objetivo de alcanzar el bienestar de la persona en todas sus dimensiones.

2.2. De Henderson a Parse: el ser humano y la relación como centro del Cuidado de Enfermería

Partiendo de la base de que la utilización de una teoría está vinculada a su capacidad para descubrir, explicar, predecir y controlar ciertos fenómenos, y atendiendo a las enseñanzas de Kerouac et al (1996), encontramos que son varias las enfermeras que han procurado delimitar su propia área de investigación y de práctica, en la tarea de buscar las palabras que describan de un modo exacto sus intervenciones como agentes de salud y prestadoras de cuidados a las personas necesitadas de ayuda. Estas enfermeras son llamadas teorizadoras o *metateóricas*, es decir, que discuten los aspectos generales de una o varias teorías con el fin de aclarar su contribución al desarrollo de la ciencia enfermera.

En lo siguiente, intentaremos dar unas nociones acerca de las principales enfermeras teorizadoras, que conciben la Enfermería como una relación de ayuda, que acompaña a la persona, dentro de su entorno, a vivir experiencias de salud, y cuya filosofía del cuidado se ha desarrollado en el marco del Paradigma Enfermero de la Integración y de la Transformación, y bajo el prisma de una perspectiva humanista y existencial, poniendo énfasis en la comprensión de la persona como un todo integral y en la necesidad de una buena comunicación y relación de ayuda como algo consustancial al Cuidado. No es nuestra intención inicial, para no extendernos demasiado, profundizar de modo prolijo en todos los elementos de sus diferentes modelos, ni en las distintas definiciones que estas autoras ofrecen sobre los conceptos

de *persona, salud, entorno y rol profesional*, sino más bien, indagar en aquellas cuestiones filosóficas y antropológicas de las que emerge su pensamiento enfermero, y que de algún modo han contribuido, por un lado, a la comprensión del ser humano y al cuidado del mismo en todas sus dimensiones, y por el otro, a poner énfasis en la importancia de la comunicación y la relación de ayuda cuando se interacciona con la persona que sufre, y que es el tema que deseamos abordar.

Virginia Avenle Henderson (1987-1996): Modelo de las Necesidades Básicas

El modelo de intervención que propone esta autora, presenta una concepción del individuo como un “todo”, presentando al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes, y que es capaz de modificar su comportamiento a partir de la interacción con el entorno.

Aún cuando no aparece una definición concreta de *necesidad* en sus investigaciones, Henderson, apoyándose en A. Maslow y sin que cite a éste de forma directa, afirma que el ser humano presenta 14 necesidades básicas, éstas son: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, evitar peligros, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y/o participar en actividades recreativas y aprendizaje.

La cristalización de sus ideas se concreta en el libro que publica en 1956, *i.e. Natura Of. Nursing*, en el que define los conceptos básicos de su modelo y donde indica que “la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, incorporando las categorías de persona, salud, rol profesional y entorno, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la preservación o recuperación de la salud, (en el caso, a una muerte serena), las mismas que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias, de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible” (Jiménez Castro et al, 2004:62). Podemos observar, que esta definición tiene como propósito medir la eficiencia del profesional de enfermería al satisfacer las necesidades del paciente por un lado, pero por otro, y esto nos parece destacable desde un enfoque humanista, la enfermera debe lograr que el paciente con enfermedades graves logre alcanzar una muerte tranquila. Es decir, el profesional de enfermería debe saber y estar preparado para acompañar en el morir.

Otro punto de interés, es que dentro de su teoría de *Necesidades*, Henderson expresa que la enfermera debe ser capaz de valorar las necesidades del enfermo bajo las condiciones y estados patológicos que las alteran, siendo primordial que se establezca una buena relación con el paciente. Según esta autora, la enfermera puede establecer tres tipos de relaciones primordiales con el paciente. De este modo, la enfermera puede ser:

- *Un sustituto*: cuando la dependencia del individuo es total; incapaz de establecer sus necesidades en forma autónoma por no tener la fuerza, el valor o los conocimientos necesarios para ello. En esta situación la rehabilitación es fundamental para prevenir mayores complicaciones y fortalecer las capacidades remanentes.
- *De ayuda*: cuando apoya sus actividades, fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar la independencia del paciente.
- *Compañera*: al actuar como consejera o asesora para que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones.

En definitiva, para V. Henderson, el proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede tener lugar si no es a través de un enfoque de relación de ayuda con el cliente. Resulta primordial para el profesional de enfermería, al margen de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y de su puesta en práctica, establecer una relación significativa de ayuda con el cliente (Riopelle, 1993).

Hidergalde Peplau (1909-): Modelo de Relaciones Interpersonales

El pensamiento de Peplau ha servido de gran contribución a la Enfermería desde sus inicios hasta hoy. Esta autora orienta los cuidados a partir de una perspectiva centrada en la relación interpersonal y define a la Enfermería como una ciencia humana. Apoyándose en las bases del modelo psicológico para desarrollar el cuidado, desarrolló su teoría a partir de la Teoría Psicoanalítica, la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de la Motivación Humana y el desarrollo de la Personalidad, y de este modo, “permitió que las enfermeras comenzaran a alejarse de la enfermería orientada hacia la enfermedad, para acercarse a un modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos, pudieran ser explorados e incorporados a las intenciones de la enfermería. Ello proporcionó a las enfermeras la oportunidad de enseñar a los

pacientes cómo experimentar sus sentimientos e indagar junto a ellos la mejor manera de llevarlo” (Marriner, 1989:158). Así, las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermería y la persona necesitada de ayuda.

Dado que describe los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico, este marco conceptual permite que los profesionales de enfermería dejen de centrar su atención hacia la respuesta biofísica de la enfermedad, para acercarse al significado de enfermar del paciente, a sus miedos, sus creencias, a su mundo interior y a las vivencias que la enfermedad le ocasiona de un modo individualizado y subjetivo. Todos estos comportamientos frente al significado de enfermar y a la enfermedad pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Para esta autora la persona es un ser en equilibrio que debe ser cuidado centrándose en su persona como un “todo” para que este equilibrio, externo e interno, sea tal.

Peplau define a la Enfermería como un proceso *psicodinámico*, donde los cuidados que prestan los profesionales exigen que éstos sean capaces de comprender su propia conducta, para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas, siendo lo más destacable, saber aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen cuando las personas se encuentran en situaciones de crisis.

En este nuevo enfoque de naturaleza teórica para el ejercicio de la Enfermería donde pone el énfasis en el trabajo terapéutico con los pacientes, Peplau concibe cuatro fases secuenciales que componen la relación enfermera paciente: *Orientación*: durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. El profesional de enfermería ayuda al paciente a clarificar su problema para orientarle hacia los recursos necesarios y disminuir eficazmente la energía acumulada a causa de la ansiedad; *Identificación*: la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar del modo más sano posible la enfermedad; *Profundización*: representa la etapa en la que el paciente aprovecha al máximo su relación con la enfermera utilizando los servicios que ésta le ofrece para responder a sus necesidades. La enfermera es vista como una persona-recurso, una consultora, y el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación; *Resolución*: las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas. La resolución marca la satisfacción de antiguas necesidades y el resurgir de necesidades nuevas.

Ida Jean Orlando (1926-): Modelo de la respuesta profesional disciplinada

Fue una de las primeras enfermeras que hizo hincapié en los elementos del proceso de enfermería y en la importancia de la participación del paciente durante el proceso de enfermería. Dentro de su modelo, podemos observar que presenta una concepción de la persona, como un ser único e individual capaz de desarrollar sus recursos internos para satisfacer sus necesidades de ayuda (Wesly, 1997; Marriner, 1989). Utiliza la relación interpersonal como base para su trabajo centrándose en la importancia de la comunicación verbal y no verbal.

El enfoque de Orlando sobre el proceso de enfermería estaría compuesto por los siguientes elementos básicos: la conducta del paciente; la reacción del profesional de enfermería; las acciones de enfermería que se establecen para beneficio del paciente.

Orlando pone especial atención en la conducta del paciente, tanto verbal como no verbal, y en la observación por parte del profesional de enfermería de estas conductas. Considera que las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda en algunas situaciones pero se angustian cuando no pueden satisfacerlas, por lo que los profesionales de enfermería deben explorar junto al paciente esta situación de angustia y necesidad de ayuda ante el sufrimiento, poniendo atención tanto en el lenguaje verbal como no verbal.

Esta ayuda prestada por la enfermera a través de la comunicación y la relación debe estar basada, según esta autora, en la empatía, calidez y autenticidad de la enfermera, actitudes éstas, que producirán un cambio positivo en el paciente y le ayudarán a utilizar sus recursos internos para mejorar la situación de angustia en la que pueda llegar a encontrarse.

Joyce Travelbee (1926-1973): Modelo de Relación Humano a Humano

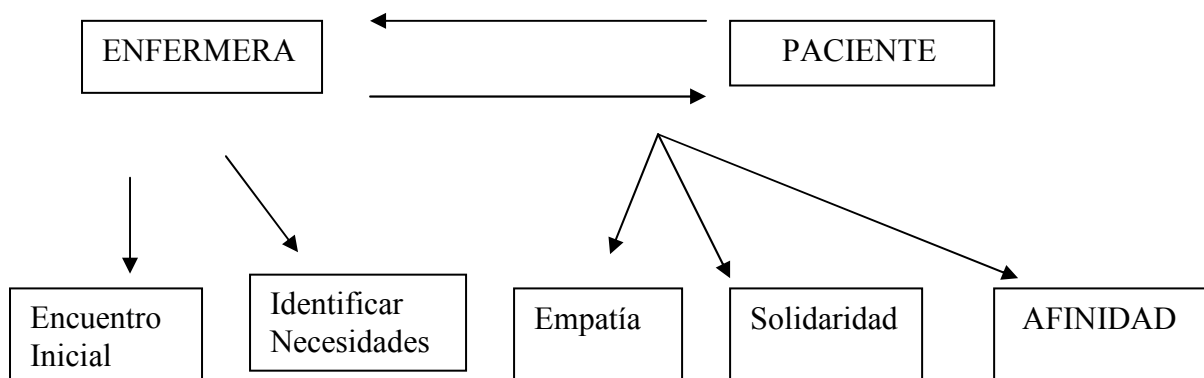
La teoría de Travelbee se presenta en el intento de reforzar la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. Ella indica adecuadamente que el propósito de la enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación humano a humano.

Su *Modelo de Relación Persona a Persona* es una extensión del modelo de Peplau y Orlando. Influenciada por el pensamiento de V. Frankl y su Logoterapia, donde el paciente es confrontado al sentido de su propia vida y reorientado en ese mismo sentido, Travelbee opina que los profesionales de enfermería deben ayudar al individuo, a la familia y a la comunidad a hacer frente a la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. Por ello, en sus investigaciones pone énfasis en el aspecto emocional y en la necesidad de una revolución humanista de los cuidados de Enfermería, escribiendo sobre la solidaridad, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía y el empleo terapéutico del yo.

Travelbee presenta una serie de conceptos y definiciones que resultan interesantes en la cuestión central de relación de ayuda que venimos abordando: **Ser Humano**: considerado como individuo único e irremplazable. Un ser unitemporal en este mundo diferente de cualquier otra persona; **Paciente**: para Travelbee el uso de este concepto es un modo de estereotipar a toda persona que sufre una enfermedad. Una forma útil de economizar la comunicación. Se debería hablar de personas; de seres humanos que tienen necesidad de ayuda y que necesitan cuidados que otros seres humanos, se supone, están capacitados para ofrecer esta ayuda y estos cuidados (profesional de Enfermería); **Enfermera**: ésta ante todo es también un ser humano, que posee un cuerpo de conocimientos especializados y la capacidad de utilizarlos para ayudar a otros seres humanos a evitar la enfermedad, recuperar la salud o mantener el mayor grado posible de ésta y a encontrar sentido a la enfermedad. Sus valores éticos y espirituales, en lo relativo a sus creencias como ser humano único que cuida a otro, va a influir en cómo esta profesional va a ser capaz de poder ayudar a los demás a encontrar sentido en medio de la situación de crisis en la que se encuentran; **Enfermedad**: Travelbee no utiliza este término como ausencia de salud. Ella explora la enfermedad como una experiencia humana, que presenta por un lado toda una serie de *criterios objetivos*, esto es, los efectos exteriores sobre el individuo, y por el otro, *criterios subjetivos*, es decir, el modo en que el ser humano se percibe como individuo enfermo y vive su experiencia humana de salud-enfermedad.; **Comunicación**: es fundamental. Comunicarse adecuadamente permite al profesional de enfermería establecer una relación de humano a humano que le va a permitir cumplir con el propósito de la Enfermería, es decir, ayudar al paciente y a la familia a evitar, o hacer frente, la experiencia de la enfermedad y del sufrimiento, ayudándoles a encontrar significados y modos de vivir más sanamente la enfermedad; **Necesidad de enfermería**: la define como cualquier sufrimiento que presenta la persona enferma o la familia, y que el profesional tiene la capacidad de poder satisfacer dentro del campo

que legalmente abarca el ejercicio de su profesión; **Relación Humano a Humano**: es ante todo una relación que supone una experiencia entre la enfermera y el beneficiario de sus cuidados, cuyo eje central, es la satisfacción de las necesidades globales del individuo o familia.

Según Travelbee, a través de esta relación “a la gente se la puede ayudar a encontrar sentido en la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. Ese sentido encontrado puede ayudar al individuo para hacer frente a los problemas generados por dichas experiencias” (Marriner, 1989:174). Ella consideraba que la Enfermería llega a alcanzar su realización por medio de las relaciones *Humano a Humano*, que según su modelo tendrían lugar de la siguiente manera: *Encuentro inicial*, en el que tanto el paciente como la enfermera, ven uno en el otro los roles estereotipados socialmente de cada uno de ellos; a partir de aquí, comienza una relación en la que se identifican las necesidades emergentes del paciente, en la cual, concibiendo al individuo como un ser único, se interacciona con este de un modo empático compartiendo su experiencia y solidarizándose con él, sin que ello implique la pérdida de la capacidad de acción del profesional de enfermería. Todo esto, lleva a la enfermera a tener **afinidad (rapport)** con el paciente, o lo que es lo mismo, a tener capacidad mediante sus acciones para aliviar el sufrimiento del enfermo. Travelbee opina que la enfermera capacitada por los conocimientos y preparación necesaria para asistir a los enfermos, que es capaz de percibir, reaccionar y apreciar las singularidades del ser humano enfermo, puede llegar a establecer afinidad con estos para aliviar su sufrimiento.



Por último, en el modelo de Travelbee encontramos la definición de **Práctica**, por un lado y la de **Educación** por el otro. Respecto a la primera, la autora indica que “la condición de un individuo que se muestra indiferente y apático es tan grave como la del que sufre una hemorragia. Ambas personas necesitan medidas resucitadoras de emergencia” (Marriner, 1989:175). Esto es así, en tanto que esta teórica de Enfermería defiende un regreso de la función *cuidadora* del profesional en la que no se olvide hacer frente a las necesidades espirituales y emocionales del beneficiario de sus cuidados. En cuanto a la **Educación**, Travelbee afirma que existe una necesidad de preparar a los profesionales de enfermería para analizar y saber hacer frente a las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes. Según el pensamiento de Travelbee, esto es fundamental, y se hace necesario desplazar el enfoque de la enfermedad como entidad, es decir, señales, síntomas y posterior intervención de enfermería, del eje central de los Estudios de Enfermería, hacía un enfoque más holístico de los cuidados. Ahora bien, al realizar un examen de los cuidados que las enfermeras actuales ofrecen a los pacientes indica que las necesidades físicas aún mantienen su prioridad, y “los programas de formación básica no parecen preparar adecuadamente a las enfermeras a encontrar el sentido de la enfermedad y el sufrimiento como lo propone Travelbee” (Marriner, 1989:175).

Jean Watson (1940-): Filosofía y ciencia de los cuidados. El caring

Watson fundamenta su trabajo en las ciencias humanísticas, situado en la corriente del pensamiento de la Transformación, que consideraba que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar (Kerouac et al, 1996). Fundamenta el marco teórico de su *Teoría del Cuidado Humano*, apoyándose principalmente en el pensamiento de Carl Rogers y Heidegger, entre otros filósofos y psicólogos Humanístico-Existenciales.

Para Watson, el Cuidado Enfermero, es la esencia de la Enfermería. Cuidar es el eje central de la práctica. Aporta una nueva dimensión a la definición de cuidado. Esta nueva dimensión se denomina *caring*. El *caring* se podría definir como una actitud del profesional de enfermería, que comprende el cuidado como núcleo de todas sus acciones desde una perspectiva fenomenológica, donde el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad, que lleva consigo interesarse por las

experiencias de la otra persona de un modo individual y teniendo en cuenta la globalidad de su experiencia. Realizó un esfuerzo por disminuir la dicotomía existente entre teoría y práctica haciendo especial hincapié en la necesidad de procurar unos cuidados desde un enfoque holístico. Parte de la idea de que *cuidar* va más allá de la realización de tareas, es una conducta que comprende otros aspectos de la salud del ser humano, por lo que pone énfasis en la relación del profesional con el paciente, en las técnicas de comunicación, el uso de la psique y el crecimiento personal. Según su pensamiento, saber reconfortar, tener compasión, empatía, acompañar sin emisión de juicios y, ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos para entender el significado de su experiencia, son elementos claves y esenciales del cuidado enfermero (Marriner, 1989; Aucoin, 1990; Cohen, 1991; Wesley, 1997; Guillamén, 2005).

Las intervenciones relacionadas con el cuidado humano, constituyen lo que Watson denominó Factores del Cuidado o Factores Cuidantes (“Carative Factors”), los cuales, proporcionan al profesional de enfermería un marco de referencia para el ejercicio de su profesión. Estos factores cuidantes son diez:

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Sostener y fomentar la fe y la esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Desarrollo de la relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso de procesos creativos para la solución de problemas.
7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Disposición para crear un entorno mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo.
9. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.

Otro concepto destacado de su teoría sería el momento *caring*, es decir, “ese momento donde se produce la conexión corporal y espiritual; es un momento especial, único, de contacto humano a nivel profundo, donde deben utilizarse acciones, palabras, lenguaje corporal y no verbal, sentimientos, intuición, pensamientos, tacto y energía, para conectar de manera adecuada con la persona” (Guillamén et al, 2005:30).

Rose Marie Rizzo Parse (1974-1999): Modelo del Desarrollo Humano.

Parse presenta su Modelo del Desarrollo desde una concepción humanístico-existencial. Para esta autora, la Enfermería es una disciplina enraizada en las ciencias humanas, y los cuidados de enfermería deben estar centrados en todas las dimensiones de la persona.

Es por tanto, que Parse presenta una concepción del hombre no fragmentado. Para ella el ser humano es un ser unitario o *unidad viva*, como ella lo denomina, un ser en evolución que busca su autorrealización, por lo que los profesionales deben centrar sus cuidados en la participación cualitativa de las experiencias de salud que a nivel individual llega a experimentar el paciente y la familia (Marriner, 1989; Kerouac et al, 1996).

De este modo, las acciones de la enfermera a partir del modelo conceptual de Parse, deben estar centradas en la participación cualitativa de la persona en evolución. Se debe estar atento a los distintos significados de enfermar que la persona presenta y preservar siempre su dignidad.

Según Parse, la salud en el ser humano, como persona unitaria que es y que está en constante evolución, existe cuando la persona que sufre logra estructurar y comprender el significado de las situaciones que vive y es capaz de afrontar estas situaciones de la mejor manera posible. Es aquí, donde el profesional de enfermería debe desarrollar su competencia en relación de ayuda, estableciendo una relación terapéutica con el paciente o la familia, ayudándoles a describir la situación vivida, a comprender su significado y a saber afrontar los problemas, y de este modo, cubrir todas sus necesidades de un modo integral y lograr la excelencia del Cuidado Enfermero.

A la luz de todo lo visto hasta ahora, podríamos acabar diciendo que el pensamiento de estas enfermeras teóricas, aporta un importante significado filosófico y antropológico a la naturaleza de la práctica de la Enfermería, y guía a los profesionales de esta disciplina a una toma de conciencia de la esencia de su profesión, el cuidado y las intervenciones en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación.

Tal como vimos en el capítulo primero de este trabajo, es bien sabido que en el momento actual los profesionales de la salud se encuentran en un espacio de convivencia cada vez más diverso y plural, en el que los profesionales de la enfermería tienen cada día una mayor variedad de pacientes que llegan de diversos lugares y características diferentes y, en ocasiones, de culturas diferentes a la propia. Estos profesionales se encuentran en su quehacer diario con una diversidad cultural, que no se refiere únicamente a los inmigrantes extranjeros, sino en el marco de su propia cultura toman contacto con la existencia de personas con nuevas enfermedades o que ya padecen aquellas enfermedades que han adquirido mayor amplitud, como enfermos portadores del VIH, anoréxicos, drogodependientes, enfermos de Alzheimer, pacientes oncológicos, etc. (Tarrés 2001), y esto les plantea una relación de ayuda en la que encuentran dificultad de proporcionar un cuidado holístico a pacientes en estas situaciones de crisis por la diversidad de satisfacer las necesidades humanas (Piqué y Pozo, 1999).

De este modo, el pensamiento de V. Henderson hasta Parse, así como el de M. Leininger y su *Modelo de Cuidados Transculturales* (capítulo I), surgen como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, en las que los profesionales de enfermería realizan el ejercicio de su profesión en el marco de un sistema de salud burocratizado y a partir de un enfoque excesivamente médico, objetivo, técnico y, a su vez, económico, que les plantea una relación de ayuda en la que encuentran dificultades para proporcionar un cuidado holístico que va en detrimento de los valores del Cuidado y la Enfermería. A nuestro entender, es vital llevar a cabo una praxis de la Enfermería desde el enfoque centrado en la persona que estas autoras proponen, en el que la relación y la comunicación con la persona necesitada de ayuda son condición *sine qua non* para que tenga lugar la excelencia del Cuidado Enfermero. O lo que es lo mismo, es necesario humanizar los cuidados y la salud, es decir, respetar la dignidad de todo ser humano e interaccionar con el paciente y la familia de manera personalizada,

proporcionando a la Enfermería un sistema de valores que lleve consigo el impulso de una disciplina cada vez más social, moral, y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en todos sus campos de actuación.

3. La comunicación como elemento consustancial a la relación de ayuda

Apoyándonos en el hecho de que la relación de los profesionales de enfermería, como de todo el colectivo de profesionales de la salud, es esencialmente comunicativa, resulta obvio, que en éstos, es vital el desarrollo de las habilidades de comunicación. A partir de aquí, a nuestro entender, y tal como indican adecuadamente (García Pérez y Ogando, 2005), resulta imprescindible cuidar este proceso de la comunicación, en especial cuando éste se produce en situaciones en las que existe una fuerte carga emocional como son las situaciones relacionadas con el cuidado y la salud. Esto es así, porque la capacidad de comunicación va unida a la experiencia de cuidar personas y una comunicación de calidad no se improvisa, no basta con la buena voluntad. Sin embargo, como vimos anteriormente, ocurre que en muchas ocasiones los profesionales presentan un desequilibrio entre su formación en habilidades técnicas y de comunicación, por lo que es necesario entrenarse en el buen uso de las palabras, en las conversaciones de ayuda y en la lectura e interpretación del lenguaje corporal. Este es el reto que se les presenta a los profesionales de enfermería: trabajar y desarrollar la dimensión de *saber ser* con el fin de administrar unos cuidados de calidad.

Dicho esto, en lo siguiente, trataremos de dar unas nociones generales acerca del proceso de la comunicación y su importancia en la relación del profesional de enfermería con la persona necesitada de ayuda, centrándonos principalmente en la consideración de las manifestaciones no verbales de la persona y del profesional, dejando el desarrollo de las cuestiones que hacen referencia a la importancia del lenguaje verbal, cuando analicemos más adelante el conjunto de actitudes, habilidades y destrezas, que a nuestro entender, hacen que la relación de ayuda en enfermería resulte eficaz.

3.1. El componente afectivo de la comunicación

En el proceso de comunicación, todo mensaje transmitido lleva consigo dos elementos principales, a menudo no diferenciados: un **componente cognitivo**: idea,

opinión, orden, información; un **componente afectivo**: formado por las impresiones del mensaje y del contexto en el que se encuadra (impresiones, sentimientos, emociones).

Partimos de la premisa de que para llevar a cabo una buena relación de ayuda, esto supone un buen dominio del proceso de comunicación humana. Esto es así, dado que sea cual sea el entorno en el que se sitúe la relación de ayuda o la naturaleza de ésta, así como independientemente de los valores y creencias de las personas implicadas o de la orientación teórica del profesional de ayuda, una comunicación eficaz con la persona necesitada de ayuda, es una habilidad fundamental y consustancial en todo proceso de relación de ayuda (Cibanal y Arce, 1991; Okun, 2001). Así, la distinción realizada, componente cognitivo y afectivo, es capital en cuanto aplicamos los principios de relación de ayuda en enfermería, relación en la que el contenido del mensaje afectivo posee la mayor trascendencia, sobre todo, cuando entramos en contacto con el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de una persona enferma.

Al interactuar con la persona que sufre, podemos observar que muchos de los síntomas que manifiesta, son llamadas de atención de necesidad de comprensión, de cariño, de problemas no resueltos, de miedos, entre otros muchos mensajes afectivos, que de algún modo se somatizan y que el paciente transmite a través de su lenguaje corporal. “Las enfermedades son los lenguajes simbólicos con los que vamos a intentar expresar, a veces con violencia, nuestra desesperanza, a veces, con placer, lo que nosotros no podemos decir con palabras o con el lenguaje habitual, o a lo que en ocasiones no tenemos acceso, pero que en el fondo está gritando en nosotros” (Cibanal y Arce, 1991:35). De aquí, que entendiendo la enfermedad como un modo de comunicar, que no sólo habla del sufrimiento del ser humano, sino también de sus aspiraciones y de todo lo que constituye su estar en el mundo y sus ganas de vivir, es preciso poner atención en los elementos cognitivos de todo aquello que nos comunica el paciente, así como en todos aquellos elementos afectivos que estén comunicando, a través del lenguaje verbal o no verbal, las impresiones, los sentimientos y las emociones que vive interiormente en la situación de crisis en la que se encuentra. A nuestro entender, es preciso que los profesionales de enfermería no busquen siempre *agentes externos* para solucionar estos síntomas, sino que utilicen la comunicación en el marco de los cuidados relacionales, comprendiendo ésta, como una capacidad para escuchar, prestar atención, percibir y poder responder de manera adecuada a los mensajes internos que la persona que sufre transmite a través del lenguaje corporal.

Atendiendo a un ejemplo de lo anterior, puede ser el caso en el que un paciente manifiesta no poder dormir porque se encuentra nervioso y demanda la presencia del profesional de enfermería. Si el profesional sólo se centra en la enfermedad y en las manifestaciones externas (movimientos del paciente, constantes llamadas al timbre, etc), intentará que el paciente duerma administrando algún somnífero. Sin embargo, si se pone atención a los elementos afectivos de la comunicación y a su manifestación a través del lenguaje corporal del paciente, un breve diálogo fundamentado en la empatía y en la escucha activa con la persona que sufre, puede surgir un efecto positivo en las verdaderas necesidades del paciente y cubrir eficazmente su necesidad de sueño.

3.2. Comunicación no verbal

En la mayoría de las ocasiones que los profesionales de enfermería interaccionan con los pacientes o los familiares, puede descubrirse que el lenguaje no verbal llega a transmitir intenciones más profundas que el lenguaje verbal, tal es el caso en el que se da un apretón de manos, un gesto o expresión facial que demuestra ansiedad o miedo, unas lágrimas, su forma de sentarse, de andar, etc. Toda actitud al exterior que demuestre el paciente contribuye a ofrecer al profesional de enfermería un acceso a su persona.

La comunicación no verbal constituye el fundamento sobre el que se construyen las relaciones humanas, por lo que es vital que lleguemos a desarrollar la conciencia de las manifestaciones no verbales y sus significados. El lenguaje no verbal, a través de los gestos, el tacto y la mirada crea una relación que, aunque no reemplace la precisión de las palabras, llega a transmitir un cierto grado de comprensión muy importante en la relación (Riopelle, 1993).

Veamos a continuación algunas nociones sobre las principales actitudes de la comunicación no verbal:

La mirada

En el lenguaje que transmite la expresión facial de una persona, la naturaleza de su mirada es muy importante, dado que se trata de uno de los elementos de la comunicación que más información aporta.

Mirar a una persona cuando nos está hablando transmite el interés que se manifiesta por ella. Se le hace ver que se la está escuchando y le transmitimos nuestro respeto. Según Cibanal et al (2003), mirar a alguien a los ojos directamente lleva consigo que en el interlocutor tenga lugar una cierta respuesta fisiológica y emotiva que se activa en la persona, que hace que esta se implique y se vea “obligada” a responder.

La mirada que los profesionales dirigen a sus pacientes tiene un significado muy importante. Puede estar cargada de comprensión y solicitud, lo que da lugar a que la persona que está a su cuidado se sienta bien al interactuar con el profesional, o bien, puede ser una mirada que venga acompañada de frialdad, prejuicios o indiferencia, lo que descarta desde el principio cualquier posibilidad de comunicación.

Suele darse también a nivel hospitalario, los casos en los que el profesional de enfermería trabaja con el paciente sin apenas mirarle a la cara, con el fin de no interactuar con él. Esto da lugar a un proceso de despersonalización en el cuidado. En muchas ocasiones, puede ser por falta de tiempo, pero en la mayoría de los casos, es debido a la ansiedad que el profesional sufre si el paciente o la familia le preguntan y no van a saber qué decir, o bien a ciertos problemas de no saber cómo relacionarse. Por decirlo de otro modo, es el miedo que se tiene a “meter el dedo en la llaga” cuando se encuentran con el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de la persona que cuidan o de la familia. Es importante mirar a la persona que sufre, pues la mirada de ésta, expresa la realidad que vive y en ella se puede leer la no satisfacción de varias de sus necesidades fundamentales.

Para que tenga lugar una buena comunicación con el paciente o la familia, es preciso tener en cuenta algunas actitudes respecto a la *mirada*: no mirar demasiado tiempo fijamente. Regular la mirada cada cierto tiempo, mirando hacia otro punto para volver a mirar al interlocutor en actitud de escucha. Mirar a menudo regulando la intensidad y la duración de la mirada; mirar al interlocutor cuando no se duda de lo que se dice y al final de las frases refuerza la comunicación; mirar con interés y atención

haciendo ver al paciente que nos interesa lo que nos dice y que no le juzgamos por ello; si se encuentra dificultad en mirar a una persona durante mucho tiempo a los ojos, es posible, mirarle a la frente, la barbilla, la boca. De esta manera la otra persona notará que la está escuchando y prestando atención, sin que el emisor se sienta nervioso o molesto al mirar.

Gestos y posturas

Toda nuestra actitud exterior contribuye a ofrecer a los demás acceso a nuestra persona. Es bien sabido, que los gestos y la postura corporal, al margen de ciertas variables culturales, constituyen símbolos universales. Al interactuar con el paciente se pueden observar ciertos gestos y actitudes corporales que están mandando información de cómo se siente. Tal es el caso del paciente que está constantemente levantándose de la cama, moviendo las manos, repiqueteando con los dedos, etc, y que demuestran signos de ansiedad. Si bien estos gestos no están destinados de un modo explícito a la comunicación, sí que nos aportan información sobre el estado de ánimo del individuo.

Es preciso aclarar que los gestos que la persona realice no pueden ser decodificados de forma separada del conjunto del comportamiento no verbal y verbal del paciente. Es decir, una señal con la mano puede transmitir un significado más fuerte si va acompañada de una cierta forma de mirar o de hablar. El lenguaje de los gestos y las posturas debe interpretarse bajo una visión de conjunto.

Si bien estar atentos a los gestos y a la postura del paciente cuando nos comunicamos con él nos ayuda a percibir mejor los mensajes o a expresarlos de forma más adecuada, es importante clarificar con el cliente la situación y no dar nuestra interpretación de lo que creemos que ocurre y sacar nuestras propias conclusiones. Por ejemplo, un paciente que está sentado con la cabeza hacia abajo y los brazos cruzados, es mejor preguntarle por qué está así que interpretar que se está protegiendo de querer comunicarse con el profesional o que está deprimido. En definitiva, para comunicarse bien con el paciente no se debe interpretar lo que nosotros creemos que es según nuestros significados de ciertas posturas o gestos, es mejor preguntar al paciente y clarificar siempre la situación con él.

De otra parte, el profesional de enfermería que entra en contacto con el paciente y la familia, debe también estar atento a su lenguaje corporal y a sus gestos porque a través de ellos transmite y deja percibir muchas cosas sobre sí mismo, que en algunos casos, lleva consigo que la comunicación no sea eficaz. Tal es el caso en el que el profesional de enfermería no cesa de mover las manos continuamente, hablar muy de prisa, mirarse constantemente el reloj, distraerse mirando algún objeto de la habitación del paciente, etc. Para ello, ha de estar atento a la expresión de su mirada tal como vimos anteriormente y la posición de su cuerpo en el espacio debe demostrar una actitud de interés y atención por lo que el paciente desea comunicarle. Riopelle citando a Orlando dice al respecto: “Demasiado a menudo las enfermeras dan la impresión de estar siempre apresuradas y que otros asuntos más importantes les esperan en otra parte. Como explica Orlando, colocan entre ellas y los clientes una pantalla con sus pesadas cargas y responsabilidades” (Riopelle, 1993:272).

Otra cuestión importante es el hecho de cuidar la distancia al comunicarnos con el paciente, es decir, la ocupación del espacio en el que se interactúa con él. Normalmente, la posición del profesional respecto al paciente, dado que este último se encuentra en una cama la mayoría de las veces, es de “superioridad”. Esta posición vertical del profesional al entrar en contacto con el paciente, va acompañada en muchas ocasiones de una distancia que no favorece la comunicación entre ambos. Es importante por ello, acercarse al paciente, inclinarse hacia él sin llegar a invadir su espacio personal, con el fin de que el profesional se ponga a su alcance y entrar en su verdadero campo de comunicación. Sentarse cerca del paciente y mantener la mirada al mismo nivel facilita en gran medida el proceso de la comunicación y la expresión de las necesidades y de los sentimientos de éste.

El tacto

El tacto es también un instrumento muy significativo de comunicación no verbal en los cuidados de enfermería, a través del cual, los profesionales aportan y reciben gran cantidad de información.

En los cuidados de Enfermería, el tacto lleva al profesional a tomar contacto directo con el cuerpo del paciente cuando realiza las acciones de cuidado que fundamentan el ejercicio de su profesión. Esto es lo que se conoce como *tacto funcional o profesional*, y tiene que ver con el ejercicio de las técnicas de cada profesión. Tal es el caso en el que se realiza el aseo diario del paciente, se realiza una

cura, se le cambia el pañal, se toma la temperatura, se canaliza un catéter venoso, etc. Ahora bien, la ejecución de estos cuidados técnicos precisos que hacen a los profesionales entrar en contacto directo con el cuerpo del paciente, a nuestro entender, deben llevarse a cabo, tal como vimos en el primer capítulo de este trabajo, sin olvidar la corporeidad de éste, esto es, no entender el cuerpo del paciente como un puro objeto, sino como una fuente de comunicación para expresarse en relación con los demás y el entorno y con él mismo. Este valor de la corporeidad debe ser tenido en cuenta a la hora de cuidar a personas enfermas, dado que la enfermedad hace patente y manifiesta de modo urgente y real la condición corpórea de la existencia humana, y la relación con los enfermos implica entrar en contacto con una corporeidad ajena, que debemos tratar de respetar y considerar en todo momento. Así, el profesional de enfermería con verdadero interés de proporcionar alivio y confort al paciente, teniendo presente el cumplimiento de la técnica y la esterilidad, lo toca de modo especial, con delicadeza y con deseo de ayudar a la persona que necesita de estos cuidados.

Con todo esto queremos transmitir, que los gestos realizados por el profesional de enfermería al entrar en contacto con el cuerpo del paciente, deben ser además de un tacto funcional que se encuentra limitado únicamente a las intervenciones puramente técnicas, una forma de comunicación que sirva de relación de ayuda. Debe ser un tacto que comunique la preocupación de querer comprender al paciente, de ser empático con él, de hacerle saber que deseamos acompañarle en su situación de vulnerabilidad para que llegue a vivirla del modo más sano posible. Sobre todo, en aquellas personas afásicas, pacientes terminales, etc., en los que el tacto, como puede ser el hecho de cogerle la mano o ponerla sobre su hombro, se convierte en un verdadero lenguaje que les permite drenar sus sentimientos y entrar en relación con los demás para compartir su sufrimiento y afrontar mejor la situación de crisis en la que se hallan inmersos.

Este *tacto de comunicación* que el profesional puede utilizar como una herramienta eficaz en el proceso de relación de ayuda, debe llevarse a cabo siempre teniendo la precaución de no invadir nunca el cuerpo y el espacio del paciente de manera que puedan llegar a hacer que éste se sienta incómodo o amenazado por el simple hecho de tocarlos. Para ello, es vital comunicarle siempre qué se le va a hacer en todo momento y observar las manifestaciones no verbales del paciente al entrar en contacto con él, con el fin de llevar a cabo una relación de ayuda que sea eficaz.

En definitiva, comunicar eficazmente es un elemento consustancial de la Enfermería y por tanto, de los profesionales que la ejercen. Un estudio de investigación desarrollado por la Escuela de Enfermería Santa Madrona de Barcelona dice al respecto: “La comunicación es una herramienta de trabajo de la enfermera demasiado primordial para que no exista conciencia de dicha importancia desde el principio en el candidato; me parece necesario afirmarlo bien alto y con toda claridad, ya que la profesión está considerada como una ocupación “práctica” exclusivamente y no de la palabra, sea escrita o hablada; y pese a ello la motivación más frecuente para esta elección personal es el *contacto humano*. Además, en sus evaluaciones todos los lugares de prácticas dan su opinión sobre la fluidez y la pertinencia sobre las comunicaciones y las transmisiones demostradas por los estudiantes; saber expresarse por escrito como verbalmente de forma clara y natural es una competencia indispensable para la enfermera, tanto en su trabajo como en sus implicaciones a favor del desarrollo de la profesión” (EUE Santa Madrona, 2004: 33).

4. Relación de ayuda y humanización de los cuidados enfermeros

En el presente apartado, es nuestra intención justificar el papel fundamental que presenta la relación de ayuda como instrumento necesario para promover la humanización de los servicios de salud desde enfermería. Para ello, intentaremos definir qué se entiende por *humanizar* la salud, apoyándonos en el pensamiento de los diferentes autores que vienen trabajando en torno a esta cuestión y en la documentación generada en torno al Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria activado en nuestro país en el año 1984.

Antes de intentar definir qué entendemos por humanizar el mundo de la salud, es conveniente acercarnos a la etimología del término *humanizar*.

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se entiende por *humanizar*: “hacerse humano, familiar y afable a alguien o algo”; “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Según un estudio filológico inédito realizado por Pilar Martínez, citado por Bermejo (1999b, 2003a), nos permite decir que *humanizar* proviene de la clásica *humanar* y que hace referencia a la encarnación del Verbo Divino (Dios hecho hombre), así como a tener una mayor cercanía, afabilidad y ternura para con nuestros semejantes. *Humanizar* deriva entonces de *humanar* a través del

sufijo latino – *izare*, tomando esta concepción de: cercanía, afabilidad, humildad. Por otro lado, el *Diccionario de Uso Español de María Moliner*, de 1990, aparece el término *humanizar* como aquello que lleva consigo < el hacer una cosa más humana, menos cruel y dura para los hombres> y *humanizarse* como el hecho de <hacerse más humano, menos cruel o menos severo>. A pesar de que existen muchos usos de la palabra *humanizar*, en tal caso, este término se utiliza para expresar el deseo de que algo sea bueno, en acorde con la condición del ser humano y que responda a la dignidad de la persona (Bermejo, 2003a).

4.1. La deshumanización en el mundo de la salud

Partimos de la base de que el concepto de humanizar tiene que ver con una cuestión ética, con los valores humanos. Siendo conscientes de que es un fenómeno complejo y de sus implicaciones a nivel jurídico, social, antropológico, ético, etc; nuestra intención es aportar unas nociones acerca del significado del concepto de *humanizar* y de *deshumanización* centrándonos en el mundo de la salud.

En el año 1984 el Instituto Nacional de Salud activó un *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, que comenzó a generar documentación en torno a la cuestión de la humanización de la salud. Este plan responde a un sentir generalizado en nuestra sociedad: la necesidad de humanizar. El plan debe ser llevado a cabo, basándose en el hecho de que la enfermedad provoca en la persona un situación de indefensión que la lleva a sentirse desvalida, razón por la cual necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Este plan en su página 19 dice: “La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada añaden suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido frente a esa situación que no domina”. Es bien sabido, que a través de la Constitución española en su artículo 43 y de la Ley General de Sanidad, se universaliza el derecho a la protección de la salud y de la asistencia sanitaria, sin embargo, junto a la extensión de la asistencia sanitaria ha ido la deshumanización de la misma.

Como indica adecuadamente Bermejo (1999b), el *Plan de humanización de la asistencia hospitalaria*, justifica esta necesidad de humanizar apoyándose en el desvalimiento de la persona enferma y de la progresiva masificación y tecnificación de la asistencia hospitalaria, sin embargo, a lo largo del plan no se define en ningún momento del texto lo que se entiende por “humanización”.

Esta Reforma Hospitalaria de 1984 se orientaba en cuatro direcciones: ordenación territorial de los hospitales, aspectos de gestión, mejora del funcionamiento asistencial y humanización de la asistencia. Esta última es reclamada a través de la *Carta de Derechos y Deberes de los pacientes*, indicando su instrumentación práctica y medidas concretas de actuación: carta de presentación y recepción del paciente, creación de comisiones de humanización de la asistencia, control y tratamiento de listas de espera, bibliotecas en los hospitales para los pacientes, ampliación de horarios de visita, elección de los alimentos para cubrir su necesidad de nutrición, etc. Ahora bien, parece ser que todo esto estaba poco fundamentado a nivel antropológico, y tal vez, y haciendo alusión a las palabras de Bermejo, por eso sigamos teniendo la misma sensación que hace unos años: la necesidad de humanizar.

Ocurre que este plan de humanización presentado inicialmente con escasa fundamentación antropológica, se estaba llevado a cabo a través de una concreción muy precisa de actividades, de protocolos, de normas a seguir, sin ninguna llamada a la dimensión ética de la interacción entre los usuarios del sistema y los profesionales de la salud. Humanizar no se trataba de un proceso de mecanismos y de estructuras, no se trataba de normas, sino de conductas y actitudes. A partir de estas reflexiones se comenzó a profundizar más en el significado de “humanizar la asistencia hospitalaria”; a explorar el hecho de humanizar desde su significado antropológico de solidarizarse con la vulnerabilidad ajena.

Apoyándonos en el análisis fenomenológico en torno a la *deshumanización* en el ámbito de la salud, que realizan Bermejo (1999b, 2003a), Brusco (1999), Escudero (2003) y Hospital (2004), entre otros, podríamos aportar los siguientes puntos:

Desarrollo tecnológico

El desarrollo tecnológico y la tecnología suele ser uno de los aspectos asociados a la deshumanización de la salud y la sociedad en general. Como indicaba el *Plan de humanización de la asistencia sanitaria*, junto a la técnica había ido produciéndose un proceso de deshumanización. Los profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares, gestores, políticos, etc.) han olvidado en la mayoría de los casos, poner la relación humana al servicio del enfermo: “la competencia técnica por sí sola no humaniza al otro ni nos hace más humanos a nosotros, sus poseedores. A las

personas nos humaniza el afecto dado y recibido, la emoción, la calidez del trato, la ternura, el respeto con discreción, el servicio diligente” (Ruiz, 1999: 34).

Ahora bien, sin que podamos negar la estrecha relación entre tecnificación y deshumanización, la técnica, de vital importancia en el cuidado de las personas, no es sinónimo de deshumanización en sí misma, sino en función de cómo se utilice, es decir, ésta debe estar al servicio de la persona y no viceversa. Debe aplicarse en un marco de actuación centrado en la persona y en todas sus dimensiones y no solamente en la enfermedad. Esto es así, porque en la mayoría de los casos se aplica una visión reduccionista que fragmenta al ser humano y lo contempla sólo con el prisma de la técnica y se busca la solución de su situación de crisis sólo a través de la ciencia instrumental. Sin embargo, la palabra, el uso de la razón y la relación como instrumentos terapéuticos al servicio de los valores que el hombre siente como importantes e identificadores de ser hombre, también son medios eficaces de sanación y cuidados.

De otra parte, la tecnificación de los cuidados de la salud y la masificación de la asistencia, ha llevado consigo la despersonalización de las personas enfermas. El paciente pasa a ser objeto en lugar de sujeto de cuidados, dejando a un lado su subjetividad y las vivencias internas que le ocasiona el contacto con el sufrimiento. La dinámica a seguir ya está determinada (acogida fría e impersonal, falta de información, escasa participación en los procesos terapéuticos). Tal como dice Allué (1999), tras el primer diagnóstico, el enfermo deja de ser él mismo para convertirse en una patología, y este es el primer paso para la despersonalización. La persona “paciente” se convierte en “un caso más” (el mieloma múltiple de la 225, la tuberculosis de la 230, etc). En esta tendencia a ver al individuo como un objeto “las cualidades del corazón son como tragadas por la trascendencia de la técnica: cuanto más se tecnifican los cuidados sanitarios más se hacen mecánicas las relaciones con las personas” (Bermejo, 2003a:23).

Por tanto, humanizar los cuidados es, ante todo, respetar la dignidad de todo ser humano y relacionarnos unos con otros de manera personalizada, especialmente cuando nos encontramos en situaciones de vulnerabilidad y necesidad como es el caso de la enfermedad. Humanizar desde el fondo de la actividad profesional, lleva consigo tener claro que nuestra tarea tiene más que ver con el enfermo que con la enfermedad, y los conocimientos que tenemos sobre ella son para servir a la persona

que la padece. Se trata de “considerar a toda la persona en relación con el enfermo. Trascender el reduccionismo tan propio de la tendencia médica de centrarse en los desajustes físicos, yendo más allá, a la consideración de la dimensión cognitiva, de la dimensión emotiva y afectiva, social y relacional, y de la dimensión ética y espiritual, de las que no se puede escapar ninguna visión antropológica mínimamente seria” (Bermejo, 1999c:16).

Relaciones humanas de tipo funcional

Como decíamos anteriormente, al no tratar a la persona de un modo global y personalizado, ésta deja de ser agente de su propio proceso para llegar a ser “paciente” que interacciona con un grupo de profesionales en el marco de una relación de poder que desemboca en una relación de tipo paternalista, en la que los profesionales de la salud son quienes saben lo que le conviene al paciente y quienes determinan qué se le va hacer, cuándo y cómo; ocultando en ocasiones parte de la información sobre su propia situación, sin poner atención en la capacidad individual de las personas a ocuparse de ellas mismas y de su propio cuerpo.

La cultura de trabajo

El propio diseño de los hospitales se presenta ya fragmentado a partir de las diferentes especialidades médicas. Los aspectos estructurales y de organización no se ven como un “todo”, los hospitales están diseñados a partir de diferentes servicios y Unidades de Especialización en los que trabajan a su vez diferentes profesionales en el marco de un equipo multidisciplinar. Pero el trabajo en equipo no es lo que cabría esperar, y la colaboración interdisciplinar es obstaculizada por comportamientos autosuficientes o individualistas. La jerarquía y las relaciones de poder entre las diferentes disciplinas está bien delimitada y la comunicación entre ellas es escasa en algunas ocasiones, y tal como dice Ruiz (1999), cada uno de estas disciplinas reclama su autonomía y no desea que nadie opine acerca del ejercicio de su especialidad. En ocasiones, esta fragmentación y relación de poder en el marco de la organización sanitaria crea conflictos y “los conflictos entre servicios y especialidades, así como los que existen en los diferentes miembros del *staf* hospitalario, aunque sean corrientes en todo colectivo laboral, en el sanitario repercuten directamente sobre la salud del

usuario, que se halla en franca desventaja física, pero no siempre auditiva, por lo que suele sentirse víctima por partida doble” (Allué, 1999:42). Esta fragmentación es percibida por el paciente como una fragmentación de los cuidados que recibe, lo cual va en detrimento de la armonía de unos cuidados centrados en la persona de un modo global y humanizador.

Por ello, el trabajo en equipo es un camino importante de humanización de los cuidados y la salud, porque la capacidad de trabajar en conjunto ayudándose unos profesionales a otros, programando las actividades y confrontando las posibles conductas disidentes, repercute de un modo muy favorable en el paciente. Todo esto requiere el reconocimiento de todos los profesionales del equipo (desde el profesional de cocina hasta el gerente del hospital) y la participación entre ellos con el único fin de atender a la persona desde una ética del cuidado. Los hospitales, antes que un lugar de trabajo para los sanos, deben concebirse como un lugar de cuidado y acompañamiento para los enfermos y la familia.

Los propios profesionales

Otro elemento asociado a la deshumanización es la propia forma de actuar de los profesionales en algunas ocasiones.

Si bien es verdad, que estos no son responsables directos de la prioridad dada al aspecto técnico, económico y administrativo impuesto por las políticas de salud y la racionalidad empresarial, tal como afirma Brusco citado por Bermejo (2003a), se mueven en una rutina de trabajo en la que dan prioridad a las necesidades fisiológicas del enfermo y a todo aquello que se mide cuantitativamente, dado que es lo que se les exige y evalúa (Hospital, 2004). Los aspectos psíquicos, humanos y espirituales se dejan en un segundo plano, y no ponen la relación y los fundamentos en los que se basa su competencia relacional al servicio del enfermo, en la mayoría de las ocasiones porque no saben cómo hacerlo, cómo ejercer su capacidad de humanización en la labor que desempeñan (Piqué y Pozo, 1999). Encuentran dificultades para acompañar humanamente a la persona que sufre. Principalmente porque ejercen en el marco de una cultura en la que no existe pedagogía de la enfermedad, el sufrimiento, la fragilidad, la vulnerabilidad y la muerte del ser humano (Abad et al, 2005). Todo esto es aún tema tabú y en la medida que se vaya reintroduciendo en nuestros esquemas mentales y en la formación de los profesionales de la salud, sin negarlo ni reprimirlo, el

acompañamiento a las personas que se encuentran en situación de crisis y la capacidad de humanización de los profesionales irá creciendo considerablemente, y a nuestro entender, alcanzará la excelencia de los cuidados.

Aspectos socioculturales

Como ya vimos anteriormente en el primer capítulo de este trabajo, la forma de pensar y sentir la salud y la enfermedad es también una construcción sociocultural, por tanto, cabe decir que en nuestra sociedad occidental se ha venido pensando que se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia o sintomatología, entendiendo la salud como ausencia de enfermedad física, siendo esta última, un hecho científico externo al individuo causado por una bacteria, un virus u otro agente patógeno (Flores, 2004). Con esto se entiende que en el marco social de la medicina occidental la salud operaba en oposición o ausencia de enfermedad, vinculando esta última con agentes científicamente demostrables.

De este modo, en nuestra sociedad actual lo que predomina es la idea de salud, la persona sana es la persona aceptada y por ende, padecer una enfermedad está visto como un proceso negativo y generador de angustia que no es aceptado socialmente. En nuestra cultura occidental actual el hecho de estar enfermo tiene un peso negativo en la persona que está sufriendo, dado que en los patrones y modelos culturales la idea de salud tiene una importancia fundamental y la enfermedad significa la mutilación y la negación de la persona.

Así, a través de la tecnificación de la salud, la sociedad deja a un lado la concepción de ésta y del ser humano como un “todo” integral, forjando un modelo de individuo al servicio de la técnica y sus “sanadores”, es decir, los profesionales clínicos, a costa de eliminar cualidades fundamentales del ser humano. La población actual de nuestra sociedad demanda los avances de la técnica en la creencia de que ella restaurará su estado de salud, al tiempo que existe una supervaloración de los profesionales de este campo, en especial del médico, sobre los que se proyecta en ocasiones una serie de exigencias que ellos mismos no pueden llegar a cumplir y que lleva consigo el alejamiento entre el profesional y el enfermo y, en definitiva, la deshumanización de la salud.

4.2. La relación de ayuda en enfermería como instrumento de humanización

A la luz de todo lo visto anteriormente, es posible que se pueda pensar que no habría motivos para hablar de deshumanización en el mundo de la salud, si no se da el caso de relaciones agresivas, incompetencia en la aplicación de los tratamientos o cuidados adecuados, faltas de respeto, etc. No obstante, aún allí donde no percibimos comportamientos maleficentes o visible incompetencia profesional, es decir, elementos negativos denunciables, nos percatamos, tal como venimos viendo hasta ahora, que para que los cuidados sean prestados con competencia en los momentos de sufrimiento y enfermedad, en los que la persona se presenta vulnerable y frágil, se requieren conocimientos y habilidades que van más allá de los conocimientos técnicos.

No cabe duda, que la relación es un elemento fundamental en todo proceso de humanización. El clima humano de un centro sanitario depende ante todo de las relaciones que se crean entre las personas que son atendidas y los profesionales. Sin embargo, nos encontramos con que los sanitarios en numerosas ocasiones han experimentado la necesidad de herramientas y recursos relacionales para interaccionar con los que sufren las consecuencias de la enfermedad.

De este modo la relación de ayuda desempeña un papel especial en los cuidados de salud en general, y en enfermería en particular, como un instrumento necesario para promover la humanización de la salud, y por ello los profesionales de enfermería deben desarrollar y potenciar las habilidades humanísticas, porque la excelencia de los cuidados exige utilizar la relación de ayuda como auténtica tecnología humanizadora (Barbero, 1999). El uso adecuado de la técnica, la buena voluntad, el ser buena persona o considerarse a sí mismo un *buen profesional*, la palmadita en la espalda, el saludo cortés, la sonrisa, el apretón de manos, etc., ayudan, pero no garantizan que la relación sea de ayuda o pretendidamente humanizadora: “Ciertamente podemos haber dedicado miles de horas a valorar y desbridar úlceras muy complejas, pero probablemente no se ha dedicado apenas tiempo a enseñarnos cómo explicarle al paciente lo que hacemos, cómo detectar anticipadamente sus miedos y ansiedades o cómo responder a preguntas difíciles que de vez en cuando nos formulan” (Barbero, 1999:51). El profesional de enfermería ha de ser diestro en el uso de las técnicas tanto diagnósticas como de tratamiento de cuidados, pero la relación y la comunicación es lo que impregna todo el quehacer profesional y lo que da competencia al ejercicio humano de la profesión de enfermería

(Bermejo, 1999b). Así, un profesional formado en relación de ayuda, es decir, hábil en el manejo de sus recursos relacionales, sabrá desarrollar su capacidad de humanización en el ejercicio de su profesión, poniendo la palabra y el encuentro al servicio del enfermo y la familia, y de este modo, les ayudará a enfrentarse a sus problemas del mejor modo posible y a recorrer un camino de crecimiento.

En definitiva, si bien, y tal como indica Escudero (2003), la tecnología y el humanismo han sido siempre presentados como elementos contrapuestos o incluso excluyentes, estos son en realidad complementarios en toda asistencia sanitaria en general y en enfermería en particular. Por ello, a nuestro entender, la relación de ayuda es fundamental en la expresión de la excelencia de los cuidados de enfermería como un elemento de humanización. Para desarrollar y manejar la más sofisticada tecnología es necesario profesionales que, además de su buena voluntad, se entrenen cada día en el desarrollo de su competencia relacional y en su tarea humanizadora (Barbero, 1999).

5. Actitudes y habilidades en la relación de ayuda en enfermería

A partir de las aportaciones esenciales de la Antropología Filosófica, Social y Cultural y de la Psicología Humanístico-existencial, donde hallamos fundamentos teóricos de la Relación de Ayuda en general, trataremos de acercarnos al conjunto de actitudes y habilidades propias de los profesionales de enfermería en el ejercicio de su profesión en particular, para que tenga lugar una relación de ayuda eficaz con las personas que interaccionan en su quehacer diario con el fin de que éstas afronten del modo más sano posible los problemas y el sufrimiento que ocasiona el estar enfermo, sobre todo, cuando se trata de situaciones difíciles, en muchos casos cercanas a la muerte, como es el caso de los enfermos oncológicos o afectados por enfermedades infecciosas.

5.1. La actitud empática

Como ya vimos al analizar el pensamiento de C. Rogers, la empatía constituye uno de los tres elementos esenciales, junto a la consideración positiva y la autenticidad del terapeuta, para que tenga lugar una relación de ayuda eficaz con la persona en situación de crisis.

El término *empatía* fue acuñado por el psicólogo E. Tichener (1867-1927) en 1909 en inglés, “*empathy*”, para traducir el término “*einfühlung*” (“*sentir el adentrarse de uno mismo en algo*”) del filósofo alemán Lipps (1851-1914). Tichener, citado por Bermejo (1998) construye el término empatía partiendo del griego “*pathos*”- que significa sentimiento, emoción- y del prefijo “*en*” que significa dentro. Su etimología sugiere *sentir en, sentir dentro de*, incluso, tal vez, algo así como *sentir con otro desde dentro del otro*. Se trataría de la capacidad de captar, entender y dar respuestas a las experiencias únicas del prójimo, intentando en todo momento comprender la forma individual en que cada persona vive sus problemas, bien sea de salud o de otra índole, así como su punto de vista sobre sus necesidades, que pueden o no coincidir con las necesidades identificadas de quien realiza la asistencia. De este modo será posible acercarse a la realidad de la persona que necesita ayuda.

Como bien dice Madrid (2005) citando a Eisenberg y Strayer, más que una definición correcta del término empatía, existen diferentes definiciones. Según el mismo Madrid, entiende la empatía como una habilidad cognitiva para reconocer, comprender y expresar los pensamientos, las perspectivas y los sentimientos de otro individuo. De otra parte, C. Rogers definía esta actitud como la disposición interior del profesional de ayuda, que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive la persona desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas, etc., el significado que las cosas tienen para el cliente y cómo éste las experimenta. En tal caso, es una actitud, una disposición interna de la persona que presta atención para intentar comprender cómo vive de modo subjetivo la situación la persona que sufre, el significado que da a su situación actual, con el fin de poder ayudarla y acompañarla mejor en su camino de crecimiento personal.

Ahora bien, esta actitud interior es la posibilidad de sentir con el otro, pero no de sentir lo mismo que el otro, en este caso, estaríamos hablando de *simpatía*. “El paso de la empatía a la simpatía es en ocasiones demasiado fácil, y un terapeuta debe estar siempre atento a prevenir sus posibles tendencias a deslizarse desde la comprensión del otro hacia su identificación con él” (González de Rivera, 2004:6). Más que de sentir lo mismo que el otro, es cuestión de recepción de sus vivencias y de comprensión de sus emociones. Es vital clarificar esta cuestión, es decir, ser empático es captar y aceptar la subjetividad del otro sin reducirla a la propia experiencia, sin tratar al otro desde nuestros miedos, prejuicios y valores, sino desde su propia

concepción de las cosas. A esta cuestión alude Chalifour (1994) cuando indica que la enfermera debe estar atenta para evitar simpatizar demasiado con la vivencia del cliente hasta el punto de confundir su experiencia con la del otro y dejar de tratarlo desde el significado individual de su enfermedad: “si el cliente le habla de su miedo a morir cuando ella siente el mismo temor a la muerte será más difícil permanecer atenta al cliente y comprender este miedo únicamente desde su punto de vista (Chalifour, 1994:181). Y esto es así, porque intentar ser “simpático” con la persona que sufre y por ende hacer propios los sentimientos del ayudado y experimentar lo mismo que él en el marco de una identificación emocional, llevaría consigo el caer en el síndrome del burn-out o “estar quemado” como le ocurre a muchos profesionales tal como indican las investigaciones de Gala (1991), Fornes, (1991) y Yagüe (1999), entre otras muchas, y que lleva consigo una fatiga física y un desgaste emocional en los profesionales de enfermería que les conduce a una situación de tensión cuando interaccionan con la persona que sufre, la cual se traduce en desinterés y un trato despersonalizado que aboca en la deshumanización de los cuidados que se brindan al paciente y la familia. Esto es así, porque el ejercicio de la profesión requiere un despliegue de actividades tanto técnicas como relacionales en las que es necesario un control mental y emocional específico, tanto en la realización de cualquier técnica como en el manejo de las situaciones de sufrimiento a causa de una enfermedad con un pronóstico sombrío, donde se hace necesario mantener intacto el propio interior al tener que compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

A pesar de que no es nuestra intención desarrollar en esta investigación todas las causas y consecuencias que el Síndrome de Burn-out produce en los profesionales de enfermería, dado que no es el tema central que nos ocupa, sí pretendemos resaltar el interés que tiene para estos profesionales el adiestrarse en el manejo de la actitud empática, con el fin de no sentirse identificados con los sentimientos del enfermo y ofrecer una relación de ayuda eficaz, porque la excesiva implicación emocional o hiperimplicación lleva consigo que la relación pierda su eficacia terapéutica (Baltuille, 2002).

5.2. Diferentes estilos de relación de ayuda

Tal como venimos viendo, nuestra pretensión es abogar por un estilo de Relación de Ayuda que se centre en toda la persona atendiendo a todas las dimensiones que

conforman su *ser y estar* en el mundo, por encima de un estilo de Relación de Ayuda reduccionista centrado en la enfermedad. Cabe decir, que en toda Relación de Ayuda existen dos elementos importantes. Por un lado, estaría la disposición del ayudante, que puede estar centrada en la persona o en la enfermedad, y por el otro, el uso del poder que éste haga de sus conocimientos y de su posición ante la persona que necesita ayuda, pues no hay que olvidar, que la relación de ayuda es una relación que no se da entre iguales. De este modo, podemos distinguir entre realizar una Relación de Ayuda *Directiva* o una Relación de Ayuda *Facilitadora*.

Una relación *directiva* sería aquella en la que el profesional ejerce su poder indispensable (imponer ciertos cuidados, el propio rol, ciertos tratamientos,..) para llevar a la persona en una determinada dirección induciéndola a sentir o pensar según un esquema determinado de cómo se espera que se comporte. En este caso, más que ejercer un poder legítimo se realiza un dominio sobre el paciente (Cibanal, 1991), y el profesional ejerce un tipo de relación que va en la línea del paternalismo, de propuestas de soluciones inmediatas, de juicios moralizantes, etc. No se atiende al paciente como el verdadero protagonista de lo que está viviendo sino que se espera objetivamente de él que cumpla el rol establecido que le toca por ser paciente.

Por otro lado, hablaremos de una relación *facilitadora* en la que la disposición interna del que ayuda sea intentar comprender, por medio de la empatía y la escucha activa, cómo vive el paciente la situación de crisis en la que se encuentra, para de este modo, por medio del profesional y él, juntos intentar buscar los recursos internos con los que cuenta para buscar una solución a su dificultad.

Con el propósito de clarificar lo anteriormente expuesto y en acuerdo con un estilo de relación de ayuda en enfermería centrado en el cliente, veamos a continuación unas nociones acerca de los diferentes estilos de relación de ayuda y la respuesta en el diálogo de ayuda que un profesional puede llevar a cabo, atendiendo a las enseñanzas de Bermejo (1998a):

Estilo autoritario "Manager"

Tiene lugar cuando el profesional se centra más en el problema que en la propia persona del ayudado y utiliza sus propios recursos, sin tener en cuenta los del

ayudado ni las vivencias subjetivas de éste, en una relación de dominio-sumisión, sin implicar a la persona que necesita ayuda en la solución del problema.

Puede ser el caso por ejemplo, en el que un paciente adulto preocupado ante una intervención quirúrgica le comenta a la enfermera: “mire, estoy preocupado, mi cuñado murió el año pasado y lo operaron de lo mismo que a mí”; y esta responde: “Ande, ande, no piense esas tonterías”; “mire, escúcheme a mí que llevo muchos años trabajando y no le va a pasar”; “lo que usted tiene que hacer es animarse, mire a su compañero de la cama de al lado que le van a operar de hernia y está tranquilo”.

Estilo democrático-participativo

Aunque también centrado en el problema más que en la persona, se lleva a cabo a través de una relación facilitadora que implica a la persona ayuda a solucionarlo. Se proponen soluciones en lugar de imponerlas. Siguiendo con el ejemplo anterior la enfermera diría: “bueno, ante lo que te ocurre podemos encontrar una solución para que no pienses en ello”; “yo podría ayudarte: intenta no pensar en ello, ponte a ver la tele, no sé,..., hay otras soluciones para no pensar en ello”.

Estilo paternalista

En este tipo de relación el profesional se centra en la persona tratando de tener en cuenta “cómo vive” el problema, pero le ayuda de un modo directivo pretendiendo “salvarle” la vida. El profesional se siente responsable de la persona necesitada de ayuda, como si de un padre o una madre se tratara, y tiende a protegerlo implicándose demasiado con el paciente, siendo *simpático* con él. En el ejemplo citado la enfermera diría: “comprendo perfectamente lo que sientes, tú confía en mí que yo te voy ayudar”; “conozco a otros pacientes que les pasa lo mismo, pero salen adelante, no te desanimas, yo te voy ayudar a salir de este sufrimiento.”

Estilo empático- participativo

Centrado en la persona y llevado a cabo a través de una actitud facilitadora. El profesional está atento a la experiencia del paciente, intenta comprenderlo, y sobre todo, pone énfasis en que el paciente se haga cargo de su situación, de que el mismo

se explore y tenga conocimiento de sus dificultades a la vez que de los recursos internos que posee para afrontarlas, de que él sea el protagonista. El profesional está atento a la valoración cognitiva y afectiva que la persona hace de lo que le pasa, acompañándole en la identificación de lo que desea hacer o cree que debe hacer en relación a lo que realmente puede hacer. A la frase: “mire, estoy preocupado, mi cuñado murió el año pasado y lo operaron de lo mismo que a mí” se podría responder: “veo que está preocupado por la operación, ¿qué es lo que más le preocupa?”, “me dice que está preocupado, me gustaría que me contara qué es lo que más le preocupa”. Este tipo de intervenciones empáticas van a facilitar que el profesional continúe centrándose en la persona, porque ésta se sentirá escuchada y comprendida y sentirá necesidad de seguir caminando para autoexplorarse y encontrar la mejor solución a su propia situación de crisis.

5.3. La comunicación empática en la relación de ayuda en enfermería

El desarrollo de la actitud empática por parte de los profesionales de enfermería lleva a que ésta se traduzca, tanto a nivel de comunicación verbal como no verbal, en un despliegue de habilidades concretas, en especial, la *escucha activa*, actitud que analizaremos más adelante, y la *respuesta comprensiva o empática*. Atendiendo a las enseñanzas de Muchielli citado por Bermejo (1998a), en el apartado que nos ocupa, realizaremos un breve recorrido por los diferentes tipos de respuestas que el profesional de enfermería puede utilizar en la relación y comunicación con el paciente, con el fin de justificar el importante papel, que a nuestro entender, tiene la utilización del estilo empático y de las respuesta empática en el proceso de relación de ayuda en enfermería si se pretende que ésta sea eficaz.

Respuesta de valoración o juicio moral

Sería aquel tipo de respuesta en la que el profesional expresa la propia opinión en relación al mérito, la utilidad o moralidad de lo que la persona necesitada de ayuda comunica. Desde los propios valores morales del profesional, éste indica al ayudado cómo debería comportarse ante la situación que vive, lo que lleva consigo, que éste llegue a sentirse en desigualdad moral e inferioridad ante el profesional, llegando a tener sentimientos de culpa, rebelión o angustia.

A modo de ejemplo: ante un paciente afectado por una enfermedad de transmisión sexual, éste puede decirle al enfermero: “he llevado una vida muy promiscua, sé que me han contagiado pero me preocupa también que yo haya infectado a mi esposa”. El enfermero dando una respuesta de juicio moral podría decir: “debes saber que lo que has hecho no es correcto, no está bien. No se puede llevar una vida así, no has hecho bien las cosas”.

Respuesta interpretativa

Cuando el profesional utiliza este tipo de respuesta lo que hace es poner la atención en uno de los aspectos, que a su entender es más importante, de todos los expuestos por el paciente y lo interpreta a partir de su propios referentes internos, al tiempo que indica el modo en el que debería ser tratado dicho aspecto. Esto ocasiona en el paciente el sentimiento de no haber sido comprendido y produce irritación e incluso resistencia a seguir confiando sus sentimientos al profesional al sentir que su propia experiencia no está siendo interpretada desde su punto de vista.

Una respuesta interpretativa del enfermero sería: “yo comprendo que todos llevamos una vida complicada, y que a todos nos pueden pasar cosas, aunque en tu caso seguro que es por la educación liberal que te dieron de pequeño”.

Respuesta de apoyo-consuelo

El profesional intenta ayudar poniendo ejemplos conocidos de su propia experiencia o de la experiencia de otros y restando importancia al asunto. Consiste en una actitud maternalista o paternalista de intentar proteger al que sufre, lo que provoca en el ayudando una actitud de dependencia o involución en la solución de su problema. Aunque el profesional intenta animar, todo queda en una solidaridad emocional o una serie de palabras optimistas que en la mayoría de los casos se dicen sin demasiada convicción y que suena a palabras “huecas o vacías”.

Para el caso propuesto una respuesta de este tipo sería: “La vida es así. Ahora no pienses en ello, es mucho mejor. No te preocupes que todo irá bien”.

Respuesta de investigación

Inicialmente el profesional la utiliza para obtener más datos y profundizar en la situación expuesta por el ayudado. Ahora bien, este tipo de respuesta es adecuada siempre que la relación no se convierta en un interrogatorio, sino en una utilización adecuada de preguntas abiertas y cerradas, con el fin de conocer adecuadamente la situación del paciente, de modo que le ayudemos eficazmente a utilizar sus recursos internos.

Atendiendo al ejemplo anterior, un tipo de respuesta de investigación dada por el enfermero podría ser: “¿quién crees que te ha podido contagiar? ¿Cuándo crees que fue?”

Respuesta de tipo “solución del problema”

Se trata de dar una solución rápida al problema que vive el ayudado. Consiste en indicarle el camino que tiene que seguir, de aconsejarle qué es lo que tiene que hacer para solucionar el tema lo antes posible. Ocurre entonces, que la persona necesitada de ayuda no es la que ha tomado la decisión responsablemente sino que ha sido una indicación del profesional, y por tanto no se siente satisfecha y puede llegar incluso a sentir la obligación de tener que hacerlo sin desearlo.

En este caso el enfermero podría responder: “Pienso que lo que tienes que hacer es hablar con tu esposa y las persona implicadas para solucionarlo todo”.

Respuesta empática o comunicación empática

Tal como indicamos al principio de este apartado, la disposición interna de la empatía se lleva a cabo a través de dos elementos principalmente, la *escucha activa* y la *respuesta empática*.

Madrid (2005) considera que este tipo de respuesta es muy eficaz para crear una base sólida en la configuración del encuentro personal con el paciente, así como, para llegar a comprender bien su problema. Este mismo autor, prefiere llamar a este tipo de respuesta *comunicación empática* y la define “como la capacidad de captar el mundo íntimo de otra persona desde su propio marco de referencia y de comunicárselo en un lenguaje adecuado para ella, teniendo en cuenta la naturaleza del contenido y las características de la otra persona” (Madrid, 2005:252). Con este

tipo de respuesta lo que se pretende es captar el mundo íntimo de la persona desde su marco de referencia interno mediante la empatía, y tener la destreza y la capacidad de saber comunicarle al paciente que se ha comprendido lo que le preocupa realmente.

Responder de modo empático supone poner especial atención en la persona necesitada de ayuda, concentrarse en lo que dice o no dice para poder ayudarle del mejor modo posible. Es el modo menos natural de responder en la relación, pero a través de este tipo de respuesta se comunica comprensión de manera más eficaz, y se acompaña mejor a la persona aceptándola tal como es, sin juicios de valor, y ayudándola a hacerse cargo de su propia situación.

Siguiendo con el ejemplo anteriormente propuesto una respuesta empática dada por el profesional de enfermería podría ser: “me parece observar que te inquieta pensar en cómo han ocurrido las cosas para haber llegado a la situación en la que estás y en las personas que están implicadas”.

Antes de continuar analizando los distintos tipos de respuesta empática y los efectos positivos de las mismas en el paciente y en la comunicación con éste, es necesario clarificar que “la necesidad de educarse en el arte de usar respuesta empáticas no tiene como objetivo último dejar de hacer un prudente y adecuado uso de las demás respuestas. Lo importante en la relación de ayuda con la persona que sufre no es hacer uso únicamente de un tipo de respuestas, sino aumentar el número de respuestas empáticas” (Bermejo, 1998a:49).

5.3.1. La reformulación

Al analizar el pensamiento de Rogers y Carkhuff, veíamos que la reformulación, como un tipo de respuesta empática, se caracteriza por ser una técnica de reflejo, esto es, devolver al cliente como si de un espejo se tratase, a través del lenguaje verbal y corporal, lo que se ha comprendido de todo lo que le preocupa y le causa una situación de necesidad y sufrimiento interno. De este modo el paciente se siente escuchado y comprendido y se hace partícipe de su experiencia, explorando cada vez más su mundo interior al tomar conciencia de que es comprendido tal como se comunica (Madrid,1986). En definitiva, lejos de ser una pura repetición de las palabras dichas por el paciente (que resultaría absurdo), reformular consiste en

transmitir y comunicar a la persona necesitada de ayuda, de un modo verbal o no, lo que se ha comprendido de lo que vive en la situación actual en la que se encuentra, e incluso, lo que el profesional intuye que le sucede al ayudado y que también forma parte del problema.

El profesional de enfermería podrá reformular a partir de varias técnicas tales como: *expresiones verbales de apoyo* (ciertamente, aja, claro, ..); *conductas expresivas de aceptación* (postura, mirada, expresión del rostro..); la *reiteración* (claro y breve resumen de lo explicado por el cliente), la *dilucidación* (recoger el contenido emocional del cliente de un modo más o menos explícito y transmitirlo de manera clara y ordenada) o *el reflejo del sentimiento* (dar nombre al fondo emotivo percibido, poner nombre a los sentimientos), entre otras. Veamos a continuación unas nociones sobre estas tres últimas:

La reiteración

Consiste en un claro y breve resumen de lo explicado por el paciente durante la conversación de ayuda, dando respuesta a los contenidos que éste trasmite, de modo que experimente que está siendo escuchado y que el profesional se centra en él. Es la forma más sencilla de reformular. Un ejemplo podría ser:

Paciente: Esta mañana he vuelto a tener mucho frío y he tiritado más fuerte que nunca, yo creo que estoy peor.

Enfermera: has tiritado más fuerte que nunca...

Paciente: Sí, bueno, luego ya se me pasó, pero cuando Ana, tu compañera auxiliar me tomó la temperatura, la tenía muy alta, la verdad es que yo me notaba más caliente que nunca.

Enfermera: Así que has tenido una fiebre alta que te preocupa...

Paciente: Sí, porque es lo mismo que le empezó a pasar a mi compañero Jorge, que también estaba enfermo de sida y que ya murió.

La dilucidación

A través de este tipo de reformulación el profesional intenta poner orden en lo que expone el paciente y devolverlo con más claridad. Se buscan sentimientos que no han sido reflejados de un modo explícito por el paciente o el familiar, pero que tienen

influencia en el proceso de relación de ayuda, con la intención de clarificarlos y de dar respuesta a los contenidos y al sentimiento. Bermejo y Carabias (1998c) indican que intentar poner orden o aclarar lo que el paciente o el familiar comunican puede llevar consigo mayor riesgo o directivismo del ayudante, ahora bien, la prudencia y el abandono por parte del profesional ante la posible reacción negativa del paciente, pueden hacer de esta habilidad una oportunidad para el acompañamiento en la toma de soluciones para afrontar del modo más sano posible la dificultad en la que se encuentra la persona necesitada de ayuda. A modo de ejemplo:

Paciente: Llevamos ya quince días con mi marido ingresados en el hospital. Mis hijos no vienen a verme. A mí nadie me releva y estoy cansadísima. Me preocupa porque creo que él se está dando cuenta de “lo malo” que tiene.

Enfermera: Veo que por un lado no te sientes atendida por tus hijos y que estás cansada, y por otro, que te preocupa el que tu marido sospecha que tiene un cáncer.

El reflejo del sentimiento

Este tipo de respuesta resulta muy útil para que el paciente se sienta comprendido. Se trata de recoger el contenido emocional del cliente de un modo más o menos explícito y transmitirlo, de intentar poner nombre a los sentimientos que el paciente está experimentando en ese momento y que podemos intuir a través de su lenguaje verbal y no verbal en todo lo que está comunicando. Un ejemplo podría ser:

Paciente: Yo no entiendo por qué esto me tiene que pasar a mí. Siempre me cuidé bien y llevé mucho cuidado con las prácticas de riesgo. Además soy deportista, no fumo, ni bebo. La gente piensa que he sido imprudente y no me he cuidado. Esto no es justo.

Enfermera: Por lo que me cuenta, comprendo que está enfadado...

Apoyándonos en todo lo visto hasta ahora, podemos concluir que una disposición interna por parte de los profesionales de enfermería que se fundamenta en la empatía y se despliega en la práctica a través de la respuesta o comprensión empática, va a permitir que éstos lleven a cabo una relación de ayuda en enfermería de un modo más eficaz y por ende, que el paciente se sienta comprendido y acompañado en su proceso interno de crecimiento personal. En acuerdo con Madrid (2005:370-373) que a su vez, se apoya en el pensamiento de la Psicología

Humanístico-Existencial, y en especial, en el pensamiento de Rogers y Carkhuff, podríamos sintetizar los efectos positivos de la comunicación empática en los siguientes puntos:

- el paciente se siente valorado y aceptado como persona;
- el paciente se siente reafirmado en su propia existencia como persona original, autónoma y valiosa;
- el paciente aprende a aceptar los propios sentimientos;
- enseña al paciente a confiar en su propia experiencia;
- ayuda a que el paciente explore su problema con libertad y se autoexplora más profundamente;
- fomenta la responsabilidad del paciente;
- contribuye a superar la soledad del paciente;
- crea una base sólida que consolida los procesos de relación de ayuda;
- mejora el nivel de autoconocimiento del propio agente de ayuda:
 - le sirve para evaluar su capacidad de captar y retener los distintos elementos de la comunicación: contenido informativo, relacional y demanda, detectando los obstáculos que encuentra para comprender el mundo personal del otro.
 - le sirve para comprobar su propia habilidad de comunicarse.
 - le hace tomar más clara conciencia de su propia identidad.

Ahora bien, nos parece importante terminar este apartado destacando el hecho de que ser empático se trata de una actitud que consigue ser espontánea mediante el adiestramiento y que no está exenta de dificultades para que se desarrolle en las propias relaciones, así como en las relaciones que son de ayuda. Entre estas dificultades podríamos encontrar las siguientes:

- Tener una actitud empática requiere el prerequisite de dejar a un lado los propios pensamientos, valores, opiniones, gustos, creencias, etc. y tener la capacidad

de aprender a ver las cosas desde el marco de referencia interno del otro, sin moralizar, sin juzgar ni tratar de solucionar de inmediato el problema del paciente o el familiar según el punto de vista del profesional. Sin embargo, esta es una cuestión difícil, dado que por el influjo del pensamiento positivista y biomédico en el desarrollo de la comunicación interpersonal, la tendencia de los profesionales de la salud va encaminada a dar consejos, a poner soluciones inmediatas, a indicarle al paciente que no está bien que demuestre determinada actitud (llanto, tristeza, enfado, incertidumbre,...). Es más cómodo juzgar e interpretar que “meter el dedo en la llaga” y tomar contacto con el mundo subjetivo del paciente. Según indica adecuadamente Bermejo (1998a), muchos profesionales se defienden de la *implicación emotiva* con el paciente poniendo en práctica toda una serie de maniobras que impidan el encuentro con el interior del paciente: la reducción de la atención a la enfermedad, la prisa, el recurso a la técnica, no desear tomar demasiado contacto con un paciente porque pregunta mucho, etc.

- Otra dificultad para llegar a ser empático tiene lugar en el caso en el que el profesional de la salud al encontrarse con la propia vulnerabilidad y fragilidad del otro, se puede ver afectado porque se encuentra con su propia vulnerabilidad como ser humano que es, y como persona que puede llegar a ser un potencial necesitado de ayuda, que puede descubrir su propia necesidad al encontrarse de frente con el sufrimiento del paciente o la familia; o tal vez, que ya sufrió en un momento determinado de su vida una situación similar o parecida y esto le haga “sangrar sus heridas”, y de este modo, no llegar a establecer una relación sana y eficaz de ayuda.

- Por último, y tal como vimos anteriormente, cuando el profesional se identifica emocionalmente con la situación del paciente no siendo empático sino *simpático* con su sufrimiento, no consigue comprender al otro desde fuera, sino que puede llegar a hacer propios los sentimientos del paciente o el familiar y sentir los mismos que ellos, no realizando una separación emotiva que le puede llevar, tal como indicamos, al Síndrome de *burn-out* o “estar quemado”.

5.4. La escucha activa

Según Lapierre (1990: 312): “Entrar en la habitación de un paciente con la intención de dedicar un poco de tiempo para escucharle puede ser un acto terapéutico cien veces más eficaz que inyectarle una perfusión”. Es evidente que la escucha es pieza fundamental e insustituible de toda comunicación. Ahora bien, escuchar no es sólo el acto auditivo entre dos personas, no se trata sólo de oír, sino de poner atención para oír. Tal como indica adecuadamente Alemany (1998), escuchar es otra cosa. Es un proceso psicológico que se apoya en la audición, y que necesita de otras variables como interés, atención, motivación, etc., es decir, escuchar no es simplemente el acto de “dejar hablar”, sino que implica la dinámica de una actitud, de una disposición interna por parte del receptor que se centra en la totalidad de la otra persona, o lo que es lo mismo, un modo de disponerse que estriba en el deseo de adentrarse en la realidad propia o ajena, con la intención de leerla, comprenderla, interpretarla, aprehenderla y en algunos casos, intentar trasformarla.

En esta misma línea, Madrid (1986, 2005), indica que la escucha es la técnica de comunicación más descuidada, y somos poco exigentes al llamar a cualquier cosa “escucha”. Ocurre que se entiende el acto de escuchar como una espera obligada, en el momento que la otra persona nos está hablando, para tomar entonces nuestro turno de palabra, y sin embargo, la escucha es algo más complejo de lo que puede parecer a priori, porque como decíamos anteriormente, escuchar equivale a algo más que oír las palabras, o decir “sí” o te “comprendo”, sino que lleva consigo el tener una actitud de disponibilidad y apertura a la experiencia del comunicante, lo que obliga a un compromiso y entrega personal seria del receptor, porque en el fondo, escuchar es centrarse en todas las necesidades de la persona: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y reconocimiento y de autorrealización, tal como indica Maslow (1991,2000). El arte de la escucha requiere de una buena capacidad de comprensión intelectual y afectiva, y es necesario adiestrarse en este arte dado que una escucha activa hace que el terapeuta sea capaz de comunicar la autenticidad de su comprensión (empatía), preocupación y aceptación de la otra persona y, al mismo tiempo, de mejorar su comprensión del tema y llevar a cabo una relación de ayuda eficaz (Okun, 2001).

No obstante, centrarse en el otro es difícil en el diálogo porque la escucha es un fenómeno complejo que comporta muchos elementos. Por ello, escuchar de una forma activa, esto es, centrándose en todas las dimensiones de la persona que nos

comunica sus problemas, sus alegrías, sus miedos, etc., supone el esfuerzo de poner verdadera atención en lo que nos dice. Al respecto, Carkhuff, citado por Marroquín (1991:110-112) distingue tres tipos de escucha que exponemos a continuación:

- En primer lugar, *La atención física*, es decir, la postura física del ayudante (relajado, atento a la mirada, brazos y manos sueltas, etc.) que indican al emisor que nos interesa lo que nos está transmitiendo y que queremos seguir escuchándole.
- En segundo lugar, *La observación*, que indica la capacidad que el ayudante tiene de captar el comportamiento no verbal del emisor, atento a cómo éste se presenta en la interacción mediante la postura de su cuerpo, las expresiones de su rostro, sus movimientos. La observación es fundamental en todo acto de escucha porque trasmite a la persona que desea ayudar una información muy valiosa sobre el mundo interno y externo de la persona necesitada de ayuda.
- En tercer lugar, *La escucha propiamente dicha* que lleva consigo el poner máxima concentración en la persona necesitada de ayuda y en el mensaje contenido en las palabras y en el paralenguaje, es decir, el conjunto de signos acústicos que acompañan a las palabras más allá del significado literal de las mismas (fluidez verbal, nivel de energía en la pronunciación, tartamudeo, insistencia en repetir ciertas palabras, los silencios, la respiración, etc), con el fin de comprender mejor su experiencia personal, el significado que da a la situación que vive, sus valores, sus creencias, los recursos con los que cuenta para afrontar la situación, etc.

Del mismo modo, para poder llevar a cabo una escucha activa a través del énfasis que la persona que escucha pone en cuidar la atención física y la observación de las manifestaciones no verbales y verbales del que nos habla, es esencial en todo proceso de relación de ayuda, adiestrarse en el conocimiento y la superación de los diferentes obstáculos que es posible encontrarse en toda dinámica de escucha. Éstos, pueden llegar a ser desde los obstáculos propios del *área física o fisiológica* (cansancio corporal, los ruidos físicos, el clima, etc), los del *área emocional* (sentimientos del ayudante y los “contagiados” por el ayudado) y los del *área cognitiva o mental* (prejuicios morales, culturales, primeras impresiones, etc).

Poniendo atención en el *área emocional* podemos decir que escuchamos a los demás con todo nuestro bagaje de sentimientos y emociones, con todo lo que somos y con nuestras vivencias, de igual manera que se encuentra el otro frente a nosotros, y

así, ayudante y ayudado pueden “contagiarse” de las emociones y sentimientos del otro. Hay que tener presente que estas dificultades emocionales pueden llegar a ocasionar interferencias en la escucha dando lugar a que no haya una distancia empática entre las dos personas. Escuchar activamente significa poner especial atención al mundo interior del otro, pero sin que esto llegue a desequilibrar nuestro mundo interno, de modo que no se sepa mantener la distancia y se acabe siendo *simpático* con la persona necesitada de ayuda.

Así mismo, tiene igual importancia poner la atención en el área *cognitiva o mental* dado que es una de las áreas que más dificultan el proceso de la escucha activa. Aquí estaríamos hablando de todo el conjunto de prejuicios morales, culturales, primeras impresiones, ideas preconcebidas, etc, que tenemos en nuestro cerebro y que llevamos con nosotros mientras interaccionamos con los demás. Bien es cierto que no es posible evitar todo este conjunto de pensamientos pero sí lo es el poder canalizarlos bien con el fin de reducir su efecto y hacer que interfieran lo menos posible en el proceso de comunicación. Al respecto, Alemany (1998) indica que las personas somos capaces de percibir, elaborar y comprender el mensaje contenido en 600 palabras por minuto, mientras que emitimos normalmente entre 100 y 140, el resto que nos queda es lo que este autor denomina “espacio libre mental” y que ocupamos en un ir y venir de nuestros pensamientos, ideas, prejuicios, etc. Intentar “vaciar” o reducir en la medida de lo posible “el espacio libre mental” con el fin de escuchar activamente a la otra persona es a nuestro parecer, un elemento esencial en todo proceso de relación de ayuda. Para ello, es necesario “dejar a un lado” nuestros propios pensamientos y prejuicios. Bien es cierto, que esto no supone ceder nuestro “estar de acuerdo” a bajo precio en una relación de pasividad, pero sí estar dispuestos interiormente para acoger las expresiones de la vida del otro sin juzgar ni intentar imponer nuestros propios pensamientos, ideas y valores, sino con atención, respeto y modestia.

Siguiendo a Bermejo (1998:42-43), detenemos nuestra atención en algunos obstáculos concretos que pueden interferir en el proceso de una escucha eficaz dentro de las áreas cognitiva y emocional:

- El obstáculo de la ansiedad, que tiene lugar siempre que el ayudante está preocupado por sí mismo, por cómo es recibido y por cómo tiene que responder, y quizá también por el miedo a que el otro despierte en él alguna de sus zonas capaces de “sangrar” porque están heridas. Un profesional que haya sufrido la

pérdida de un ser querido puede tener más dificultad para interaccionar en una relación de ayuda con personas que están cercanas a la muerte, porque el sufrimiento de éstas, puede hacer que el profesional se enfrente con el suyo propio, lo que dificulta la escucha activa y la empatía y por ende, que la relación de ayuda sea eficaz.

- El obstáculo de la superficialidad, manifestado sobre todo en la dificultad para reparar en los sentimientos de los demás. Se tiende a generalizar o a huir de los temas más comprometidos a nivel emotivo. No se personaliza en la relación, sino que ésta se fundamenta en frases como: no pasa nada; la vida es así; hay que ser fuerte; etc.

- La tendencia a juzgar, a imponer inmediatamente las propias ideas y decir lo que es justo y lo que no lo es. Es propio de quien dirige su mirada inmediatamente a normas o esquemas personales, a sus ideas religiosas, políticas, éticas, etc, en lugar de centrarse en cuanto la otra persona expone. Frases como las siguientes dirigen la relación: “no digas eso”; “tú lo que tienes que hacer es...”; “cómo se te ocurre pensar eso”; “no tienes que estar así”; etc. Escuchar requiere desaprender tendencias a dar consejos inmediatos, soluciones fáciles desde fuera, consuelos baratos, tendencias que nos llevan a preguntar más de la cuenta, etc., y aprender a dejar a un lado las posturas autoritarias y directivas en la relación, desarrollando aquellas posturas que despliegan el acompañar al que sufre para que éste busque dentro de sí sus propios recursos para afrontar la situación en la que se encuentra.

- La impaciencia, la impulsividad, que lleva a algunos a no permitir que el otro se exprese y termine a su ritmo sus frases. Es fundamental respetar el ritmo de cada persona al expresarse en todo proceso de relación de ayuda.

- El obstáculo de la pasividad, experimentado por aquellos que tienden a dar siempre la razón al ayudado por el hecho de serlo, y faltos por tanto de una capacidad de intervención activa y confrontadora en el momento oportuno.

- La tendencia a predicar, a proponer en seguida “sermones” que deberían dar razón de lo que el otro está experimentando, según el propio criterio. Se escucha haciendo *silencio* dentro de sí, evitando todo juicio sobre el otro y sobre lo que

dice, evitando dejarse llevar por prejuicios, liberándose de la obsesión por uno mismo y haciendo espacio al otro.

En definitiva, si atendemos a las definiciones que encontramos en el Diccionario terminológico de ciencias médicas acerca del término *terapia o terapéutica*, ésta se define como “parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de los medios propios para este fin”; así, *tratamiento*, es definido como “conjunto de medios de toda clase que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades”. Con todo esto, queremos decir que bajo este marco conceptual se hace evidente que la comunicación interpersonal es un medio terapéutico, o lo que es lo mismo, un medio puesto al servicio de la persona necesitada de ayuda para acompañarle en su proceso de curación o en el alivio de sus dolencias. Por todo esto, la escucha, como elemento esencial de todo proceso de comunicación, es un elemento que sana, que ayuda al que sufre a curarse o a suavizar su dolor: “en muchas ocasiones, el calor humano manifestado mediante la atención y la escucha es la única medicina que necesita alguien para curar o para morir en paz” (Marchesi et al. 1986:24). Escuchar es una forma de ser útil y ayudar y quien se siente escuchado se abre más al proceso de cambio.

Ahora bien, como indicábamos al principio la escucha no es sólo un fenómeno auditivo, no es sólo dejar hablar esperando que el otro termine, es más bien un fenómeno complejo que comporta muchos elementos (físicos, cognitivos y emocionales) y que el ser humano no posee de forma natural, sino que se adquiere a través de un entrenamiento previo. Es una actitud o disposición interior que debe expresarse como destreza interpersonal y que está sujeta a la observación, la evaluación, la enseñanza y el aprendizaje. Por tanto, a nuestro entender, es fundamental que los profesionales de enfermería manejen adecuadamente la escucha activa en el propósito de llegar a ofrecer una relación de ayuda eficaz a los pacientes. Es importante que aprendan a “escuchar la parte escondida del “iceberg” emotivo: los miedos, los temores y el sentimiento de indefensión que se esconden detrás de una lágrima o de una mirada; la confianza y la ilusión que palpitan en lo más íntimo del corazón; el anhelo de una pronta y fácil recuperación o de un final sereno y familiar escondidos detrás de cada rostro concreto” (Bermejo y Carabias, 1998c:56).

5.5. Personalizar

Tal y como veíamos al analizar el pensamiento de Carkhuff en el primer capítulo de esta investigación, la destreza de personalizar consiste en concretar, especificar, evitar la generalización y la racionalización, para centrarse en la persona necesitada de ayuda.

El profesional de enfermería que despliega en el proceso de relación de ayuda una actitud basada en la personalización del problema de su paciente, conseguirá que éste entienda que aunque las causas del problema que viven estén fuera de él, el protagonista es él, así como quien debe buscar los recursos para afrontar la situación del mejor modo posible a través de la ayuda del profesional. Se trata de promover al máximo el protagonismo del paciente o familiar para afrontar las dificultades generadas por la enfermedad o el entorno que le rodea.

No obstante, personalizar no es fácil dada nuestra tendencia a utilizar *frases hechas*: “esto que te pasa a ti le ocurre a muchos”; “no debes preocuparte, la vida es así”; etc., así como la tendencia a las intervenciones de tipo consolador o de un claro directivismo en la relación. Intervenciones estas, que al utilizarlas el profesional más que centrarse en la persona del ayudado y personalizar lo que está viviendo en ese momento, lo que hace es generalizar. Por todo esto, y siguiendo a Carkhuff, cuando un paciente o un familiar exponen aquello que le causa sufrimiento es necesario por parte del profesional de enfermería personalizar el significado (qué significa para ti cuanto estás diciendo...); personalizar el problema (cómo contribuyes tú a que tu dificultad deje de serlo o tenga lugar); personalizar el sentimiento (cómo te sientes al tomar conciencia que el problema es tuyo); y personalizar el fin (qué quieres hacer tú en relación a lo que puedes y a lo que crees que debes hacer para hacer frente a la situación). En definitiva, el profesional de enfermería que desarrolla la habilidad de personalizar intenta ayudar al paciente o la familia a hacerse cargo que el problema es suyo y tendrán que definir qué es lo que deben hacer para afrontarlo, explorando en su interior cómo contribuyen a que la situación se dé o denunciando en su caso, las causas externas que puedan provocarlo.

5.6. Confrontar

Apoyándonos en el pensamiento de Giordani (1997) vimos que este autor comprendía la habilidad de confrontar como aquella que hace que el paciente tome conciencia de los elementos que obstaculizan la relación con los demás y el conocimiento de sí mismo: “La confrontación puede ser definida como una iniciativa tomada por el terapeuta para poner al cliente frente a eventuales contradicciones presentes en su modo de pensar, de sentir o de actuar, que a su vez ejercitan también una influencia sobre la relación de ayuda” (Giordani, 1997: 195).

Chalifour, citando a Trottier y Goselin (1992), entre otros autores, proponen un ensayo de definición global de este concepto: “Fundado principalmente sobre la comprensión que el profesional tiene del mundo subjetivo del cliente, la confrontación es un conjunto de intervenciones activas del profesional cuya finalidad es reducir distorsiones o contraindicaciones observables en la conducta del cliente y en la comunicación con él; estas distorsiones están relacionadas con las percepciones que el cliente tiene de sí mismo, de su mundo interior y exterior, así como las percepciones que él tiene del profesional y de la relación que mantiene con el mismo” (Chalifour, 1994:200). En esta misma obra, este autor afirma que el último objetivo de esta habilidad que debe buscar el profesional, y en nuestro caso el profesional de enfermería, es acompañar al paciente o la familia a un contacto mejor consigo mismo, sus afirmaciones y contradicciones, sus fuerzas y debilidades y sus posibilidades de acción para vivir del modo mejor posible la situación en la que se encuentra, reconciliándose con las visiones contradictorias que tiene de sí mismo y de la situación.

Al utilizar la confrontación el profesional presenta a la consideración del paciente las incongruencias y las contradicciones entre lo que este piensa, dice, siente y hace. Bermejo y Carabias (1998c), aportando material de trabajo para los profesionales de enfermería en el proceso de relación de ayuda, hablan de diferentes tipos de confrontación que pueden llevar a cabo estos profesionales con el paciente y la familia.

La confrontación resulta una de las destrezas más difíciles de llevar a cabo durante el proceso de relación de ayuda, al tiempo que es necesaria si queremos acompañar adecuadamente en el mundo del dolor y el sufrimiento (Bermejo y Carabias, 1998c).

Un tipo de confrontación, sería lo que Kirwan, citado por Bermejo (1998a), denomina *confrontación didáctica*, y que el profesional de enfermería llevaría a cabo, en el momento que comunica informaciones que el posee y que le son útiles al paciente. Informar en la medida que al profesional de enfermería se lo permita su campo de actuación sobre aquellas cuestiones que le preocupan al paciente o la familia, es de suma importancia, dado que aquellos que a los profesionales les resulta familiar en su quehacer diario, al paciente o a la familia les puede resultar totalmente nuevo o ajeno a su experiencia.

Otro tipo de confrontación es el que lleva al profesional de enfermería a ayudar al paciente o al familiar a tomar conciencia de las posibles contradicciones entre lo que desea o busca y lo que en realidad hace. Puede darse el caso, por ejemplo, que padece una enfermedad cardíaca y continúa con hábitos malsanos, como fumar, comidas grasas, no hacer deporte, etc., y sin embargo afirmar que quiere curarse a pesar de no seguir los tratamientos.

De otra parte encontramos un tipo de confrontación de gran importancia como es aquella en la que el profesional de enfermería utiliza los recursos del paciente como un refuerzo positivo en la relación y en el afrontamiento del problema que vive, y anima a éste, a través de una actitud facilitadora, es decir, atenta a la dignidad del ayudado en el marco de una relación empática, a promover al máximo esta posibilidades con las que el paciente cuenta. Del mismo modo, que ayuda al paciente o a la familia, a tomar conciencia de aquellas cosas deseadas por éstos que no son posibles de realizar porque lo impide la realidad que se impone o las circunstancias de la situación.

Así mismo, en la práctica de los profesionales de enfermería, tienen lugar situaciones en las que es necesario que se utilice la *confrontación ética*, o lo que es lo mismo, acompañar a la persona necesitada de ayuda para que busque lo mejor cuando se encuentran en medio de un conflicto de valores percibido por ella misma, como puede ser el caso de un aborto, la decisión de someterse a una intervención con riesgos secundarios o valores personales en conflicto, padecer una enfermedad de transmisión sexual y no saber cómo comunicarlo, etc. Para ello, y tal como indica adecuadamente Gafo (1994a, 1994b), Kerouac (1996), Feito (2000) y Alberdi (2005), entre otros autores, el profesional de enfermería ha de basar su praxis en una *ética del cuidado*, lo que significa que incorpora una actitud o comportamiento ético (el

cuidado excelente), basado en una actitud moral (la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos) que se apoya en los cimientos de los principios de la Bioética: *beneficiencia* (procurar siempre el bien al paciente); *no-maleficencia* (no hacer mal al paciente); *justicia* (obligación ética de dar a la persona lo que verdaderamente necesita o corresponde); *autonomía* (libertad, decisión del propio paciente de los bienes a realizar por los profesionales conforme a sus expectativas de bienestar).

Ante los conflictos éticos, los profesionales de enfermería han de intentar comprender el significado que el evento tiene en la vida de las personas que están a su cargo, cómo éstas interpretan la situación que viven, qué relevancia tiene para sus proyectos y el concepto de sí mismos (Alberdi, 2005). Así, el profesional de enfermería se encuentra ante el reto de trabajar para aumentar su competencia en el acompañamiento a las personas que se encuentran en conflicto ético y han de ser confrontadas correctamente, y para ello, a nuestro parecer, es esencial que éste trabaje sobre sí mismo (conocer la propia escala de valores e interiorizarla, autoconfrontarse, dejarse impactar sanamente por los conflictos sin juzgar ni moralizar), brindando unos cuidados al paciente y la familia, que basándose en la búsqueda del bien, se desplieguen en el marco de una relación de ayuda empática, lejos de todo autoritarismo o paternalismo, que permita a la persona ser él mismo y tener presente su condición de ser en la relación.

Cibanal (1991:109), atendiendo a la relación entre los profesionales de enfermería y los pacientes, analiza los contenidos de la confrontación y apunta interesantes pistas acerca de qué es lo que la enfermera/o debe confrontar: toda actitud o comportamiento destructor dirigido hacia sí mismo o hacia los otros; las incongruencias entre el lenguaje verbal y el no verbal, entre lo que dice y lo que da a entender, etc; su manera de ver la realidad frente a otras formas de abordarla; el no respeto a las reglas establecidas o aceptadas durante la entrevista cara a cara; los desconocimientos o falsos conocimientos que pueden subyacer en lo que el paciente dice: a menudo el paciente subestima o sobrestima la situación, a las otras personas o a sí mismo; las exageraciones; los juegos en la relación interpersonal; las generalizaciones, distorsiones; los comportamientos que derivan de mensajes estereotipados. *Ejemplo*: “debes agradar a todo el mundo”; las huidas y el rechazo de la responsabilidad; las necesidades no reconocidas o no satisfechas; el contenido del mensaje con el sentimiento que acompaña, etc.

Cualidades de una buena confrontación

Como hemos tratado de explicar hasta ahora, al confrontar, el profesional de enfermería pretende acompañar al paciente y hacer que tome consciencia de una actitud, un comportamiento o un sentimiento inapropiado a la situación en la que se encuentra, y que sea capaz de hacer frente a las situaciones que no se atreve a resolver, reestructurando su mundo relacional y aprendiendo que el origen de sus dificultades de relación están, principalmente, dentro de él.

Ahora bien, para confrontar adecuadamente, no basta con estar dotado de buenas intenciones, es necesario programarla cuidadosamente, buscar el momento oportuno y utilizar la forma más adecuada para el ayudando que ha de ser confrontado. Esto es así, porque puede darse el caso en el que la confrontación del comportamiento del paciente o el familiar ante la situación, puede ser vivida por éstos como una amenaza y no como una situación de explorar lo que la persona vive para afrontar la situación del modo más sano posible. Por todo esto, es necesario que el profesional de enfermería realice la confrontación en el marco de una relación empática, cuidando el tono de voz y el lenguaje corporal, evitando toda serie de juicios moralizantes y consejos y valorando todo lo positivo de la persona en la resolución del problema, de modo que el hecho de confrontar no resulte contraproducente y ocasione una crisis en la relación. Cabe destacar aquí, las indicaciones de Cibanal (1991:110), que responde con la siguiente lista acerca de las cualidades de una buena confrontación entre el profesional de enfermería y el paciente: esta debe darse una vez establecido un buen clima de confianza; debe ser específica: evitar hablar en términos generales: no debe atenerse a una descripción inapropiada del comportamiento, sino que debe suministrar indicaciones sobre la manera de intercambiar; debe ser propuesta, nunca impuesta; no debe entorpecer las otras prioridades del proceso de relación de ayuda; debe emanar de una voluntad auténtica de ayudar al paciente y no de un deseo de descargar sobre él nuestras propias tensiones o agresividades; debe ser directa y respetuosa teniendo en cuenta el contexto; debe acompañarse de respeto a la libertad y responsabilidad del paciente; etc.

5.7. El profesional de enfermería y su autoconocimiento

Además de las actitudes vistas hasta ahora y que hemos intentado exponer de modo más amplio, también veíamos, al analizar el pensamiento de C. Rogers y R. Carkhuff, otra serie de actitudes importantes y necesarias como son la *autenticidad*, *congruencia* o *genuinidad*, la *especificidad*, la *aceptación positiva* y la *automanifestación* del terapeuta, si queremos que la relación de ayuda de los profesionales de enfermería con la persona que interactúan en su campo de actuación sea realmente de ayuda. No obstante, para que esto sea así, a nuestro parecer, resulta esencial que el profesional sea consciente de sus propias emociones (autoconocimiento) al tiempo que de las de los demás (empatía), y sea capaz de expresarlas en todo su potencial y aplicarlas a la relación de ayuda. Este autoconocimiento es indispensable dado que quien no se conoce a sí mismo y no mantiene un equilibrio afectivo, encontrará dificultad en establecer una relación correcta con la persona necesitada de ayuda. Por tanto, resulta básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos de forma adaptativa e inteligente.

Tal como veíamos en el primer capítulo, al analizar las tres actitudes principales que presentaba Rogers (1989) para que tuviera lugar la relación de ayuda, definíamos la *autenticidad* del terapeuta como una actitud que lleva a la persona que ayuda a ser ella misma en la relación tal como es. Se trata de la coherencia exacta entre lo que la persona que ayuda vive internamente, piensa y el modo en que lo comunica en su lenguaje verbal y no verbal. Según Ortigosa (2002), si el terapeuta se relaciona con el cliente como persona real que es, es decir, aceptando y manejando de un modo positivo y equilibrado en la relación, sus sentimientos, valores, actitudes individuales y los sentimientos, valores y realidad del cliente, entonces la relación será eficaz y constructiva.

El profesional de enfermería que desee lograr establecer una relación de ayuda eficaz con otra persona, es indispensable que mantenga una relación de ayuda consigo mismo, en la que se perciba los propios sentimientos y los acepte. Esto hará que llegue a ser auténtico en la relación sin escudarse detrás de ninguna máscara defensiva, sino comportándose tal como se es, percibiendo y aceptando los propios sentimientos y conservando el equilibrio en el manejo de los mismos y de los lazos afectivos con la persona necesitada de ayuda, aceptando y comprendiendo al otro sin que se tambalee su mundo interno.

Del mismo modo, el autoconocimiento de uno mismo, facilita que en la relación se dé la *aceptación incondicional*, o lo que es lo mismo, llegar a acoger el mundo emotivo de la persona tal como es y existe en su totalidad, adoptando el marco de referencia de la persona a través de la *empatía* y absteniéndose de todo juicio o valoración crítica de lo que la persona que sufre muestra de sí misma, al tiempo que se evita proyectar sobre ella la propia escala de valores, sobre todo, cuando no concuerda con la del profesional de enfermería. En definitiva, y tal como ya vimos, se trata de no ser juez o modelo a seguir, sino persona que acompaña y ayuda, dado que los juicios de valor no estimulan el desarrollo personal. A modo de ejemplo, podemos analizar la siguiente conversación tomado de Cibanal (1991:6-7):

Enfermera (*Entra en la habitación donde hay una joven*): Buenos días, señorita.

Paciente: Buenos días, señora.

Enfermera: Soy Clementina, la enfermera que va a ocuparse de usted esta tarde. Si necesita de alguna cosa no dude en pedírmela.

Paciente: Muchísimas gracias, señora, es usted muy amable (...) Yo no sé (*dice eso como quien se siente inquieto, intranquilo, preocupado*) Sabe, me gustaría decirle algo (...) ¿Usted sabe por qué estoy aquí?

Enfermera: No, verdaderamente no, pues acabo de entrar en el servicio y mis compañeras todavía no me han dicho nada.

Paciente: Pues, no sé como decírselo, yo, yo estoy encinta, y para que mis padres no lo sepan he venido para deshacerme de este embarazo.

Enfermera: Pero, ¿usted es consciente de que lo que va hacer es un crimen?

(...)

Podemos constatar con el ejemplo visto anteriormente que la enfermera interpreta la conducta o actitud de la paciente a partir de su propia escala de valores y de su manera de ver las cosas.

5.8. La asertividad, habilidad para la integración de los propios sentimientos

Tal como venimos apuntando hasta ahora, la relación con la persona necesitada de ayuda produce sentimientos en nosotros, y una habilidad importante dentro del conjunto de las necesarias para que la relación de ayuda en enfermería sea eficaz es la *asertividad*. El profesional de enfermería que despliegue en su quehacer diario un modo asertivo de interacción con las personas con las que se encuentra, será capaz de manejar el propio estado emotivo, acogiendo los sentimientos ajenos y respetando los derechos que el otro tiene a experimentarlos. Si bien el estilo asertivo es el más difícil de utilizar, también el más sano emocionalmente, y expresar lo que se necesita con respeto e intentando no agredir al otro, es una competencia emocional esencial para las relaciones interpersonales (Cabrera et al, 1998).

Ser asertivo significa saber definir y defender los derechos y opiniones propios y respetar los de los demás. Según Caballo (1993) el constructo “asertividad” es comprendido como un estilo de comunicación mediante el cual se realiza una expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás, sin agredir y sin ser agredidos. La persona que es asertiva no adopta un comportamiento agresivo atacando el comportamiento o las ideas del otro, ni por el contrario, manifiesta una actitud remisiva adaptándose a las exigencias y a los puntos de vista del otro evitando la confrontación, sino que, su comportamiento es asertivo en el momento que hace respetar sus derechos al tiempo que no se violan los derechos del otro, manifestando de forma honesta y abierta su posición y haciendo ver al otro que se respeta la suya (Roca,2003).

Cabrera et al (1998), convencidos de que la asertividad como habilidad de relación resulta esencial en el cuidado de enfermería, dado que potencia el cuidado integral del paciente y su familia, incrementando la calidad asistencial y disminuyendo el riesgo de estrés o *burn-out*, llevaron a cabo un estudio cuantitativo para analizar el grado de asertividad de los profesionales de enfermería en el Hospital de Mollet en Barcelona, donde los resultados demostraron que un alto porcentaje de profesionales enfermeros obtuvo grados de asertividad bajos. Estos investigadores en sus conclusiones finales, ponen énfasis en la necesidad de aumentar la formación específica en dicha habilidad de comunicación, con el fin de aumentar la calidad asistencial que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes y a los familiares.

A su vez, Lupiani et al (1998) en un estudio comparativo entre alumnos y profesionales de enfermería realizado para analizar cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en enfermería, concluyen que hay que desarrollar e implementar niveles más elevados de habilidad social y comunicación entre los profesionales de enfermería. Dicen estos autores, que si bien es cierto que los profesionales han alcanzado en los últimos años altas cotas de excelencia en conocimientos y habilidades biotécnicas, en los aspectos comunicativos y de interacción tal vez vayan a la zaga.

Apoyándonos en Bermejo (1998:73-74), indicamos la lista de características que apunta sobre la persona asertiva: es una persona que se siente libre para manifestarse, ya sea mediante palabras y/o actos. Más o menos, viene a decir: “Éste soy yo, y esto es lo que yo siento, pienso, quiero”; puede comunicarse con personas de todos los niveles - amigos, extraños y familiares-, y esta comunicación es siempre abierta, directa, franca y adecuada; tiene orientación activa en la vida. Va tras lo que quiere. Y en contraste con la persona pasiva, que aguarda a que las cosas sucedan, intenta hacer que sucedan las cosas; actúa de un modo que juzga respetable. Al comprender que no siempre puede ganar, acepta sus limitaciones. Sin embargo, siempre lo intenta con todas sus fuerzas, de modo que, gane, pierda o empate, conserve su propio respeto; sabe controlarse y no deja que los otros le controlen; distingue sus derechos legítimos, los defiende e impide que le sean usurpados, pero también reconoce los derechos de los demás y el respeto de los mismos; expresa sus sentimientos, ya sean de cólera o de ternura; no manipula con su conducta. La asertividad consiste en profundizar la experiencia y la expresión de la humanidad, no en convertirse en un artista del engaño; sabe decir que no cuando quiere decir que no, porque conoce las consecuencias de decir que no: lleva a actividades que le hacen a uno perder el respeto por sí mismo; lleva a sentirse abrumado al hacer cosas que uno no desea o no puede o no tiene energías para hacer; permite que los demás le exploten, y crece el resentimiento y contribuye a la falta de comunicación con los demás (pues dice “sí” cuando quiere decir “no”).

A la luz de todo lo visto anteriormente, podemos constatar que para llevar a cabo una relación de ayuda eficaz que alcance la excelencia de los cuidados en enfermería para con los pacientes y familiares que se encuentran en una situación de crisis causada por la enfermedad que sufren, ésta debe estar basada en una relación atenta al despliegue de todas las *técnicas humanas* que conforman el marco de su Competencia Relacional en los Cuidados de Enfermería: empatía, aceptación positiva,

autenticidad, confrontación, personalización del problema, escucha activa, automanifestación, especificidad, conocimiento de sí mismo y asertividad, entre otras, en el seno de una relación *facilitadora* que se aleje de todo “profesionalismo”, es decir, distancia, frialdad, directivismo, autoritarismo, etc., con el paciente, así como de todo paternalismo o maternalismo que base la relación del paciente en una amistad, benevolencia, conformismo, etc. Así, el profesional de enfermería acompañará a la persona que sufre para que utilice los recursos internos de los que dispone para afrontar la situación y producirse el cambio o la vivencia de la enfermedad, en el caso en el que éste no pueda producirse, del mejor modo posible.

Unido a todo lo anterior, y de un modo transversal, pensamos que se hace esencial en todo proceso de relación de ayuda el *autoconocimiento* del profesional de enfermería, con el fin de que no se corra el riesgo de ser subjetivos en la relación y percibamos la situación de la persona a la que ayudamos según nuestra propia realidad o incluso lleguemos a identificarnos emocionalmente con el paciente en el momento de “meter el dedo en la llaga” y encontrarnos de frente con su sufrimiento, el cual, puede hacer que “sangren nuestras heridas” y que se pierda la eficacia en la relación. En definitiva, tal como indica adecuadamente Bermejo (1997) centrándose en la formación de la relación de ayuda en enfermería, pensamos que el punto de partida de estos profesionales debería ser un punto interrogativo sobre su propio estilo de relacionarse con los enfermos y familiares, al tiempo que se disponen interiormente para mejorar y modular la relación en una actitud de acogida y crecimiento personal a través de una reflexión sobre la propia experiencia y sobre el propio estilo de relacionarse en el ejercicio de su profesión.

En nuestra pretensión de comprender la relación de ayuda en enfermería, como un proceso adquirido a través del aprendizaje y por tanto, susceptible de ser enseñado, aprendido, medido y evaluado, en el siguiente capítulo, trataremos de acercarnos al conocimiento de los estudios sobre relación de ayuda en la formación inicial y a las ofertas de formación en lo que se refiere a la formación permanente de estos profesionales, así como al análisis de la metodología y de los contenidos para una relación de ayuda en cuidados de enfermería expuesta por los diferentes autores que vienen trabajando actualmente esta cuestión en el campo de la formación de los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO III

EDUCABILIDAD DE LA RELACIÓN DE AYUDA

En el presente capítulo es nuestra intención inicial acercarnos al conocimiento de la metodología y de los contenidos en relación de ayuda que los profesionales adquieren a través de los programas oficiales de formación inicial, así como, a través de las ofertas de formación permanente en relación de ayuda en enfermería. Del mismo modo, trataremos de exponer las propuestas formativas de los diferentes autores que se han acercado a la cuestión que nos ocupa y analizaremos la literatura pedagógica, así como los centros de formación, en torno a la relación de ayuda en enfermería.

1. De una *gracia* dada a una humanización adquirida

Tal como se vio en el desarrollo del capítulo anterior, y como indica adecuadamente La Torre (2003) en su tesis doctoral acerca de la influencia de las prácticas asistenciales en la construcción del pensamiento enfermero, el positivismo ha tenido un gran impacto en las ciencias de la salud en general, y en la enfermería en particular, y esto se ha dejado notar tanto en la formación inicial como en la bibliografía enfermera que evidencian que se sigue formando a técnicos, lo que conduce a que en el ámbito asistencial a menudo la tecnología y el humanismo se presentan como elementos contrapuestos o incluso excluyentes, cuando lo que sucede realmente es que ambos son complementarios en la asistencia sanitaria en general y en los cuidados de enfermería en particular: “todos los profesionales sanitarios son responsables de la humanización asistencial, pero dada la mayor presencia y continuidad al lado del enfermo de las enfermeras, a ellas se les reconoce un papel fundamental en esta labor” (Escudero, 2003:165). Por tanto, si la enfermería es considerada como el arte noble de acompañar al paciente a afrontar sanamente las dificultades que comporta la enfermedad; como el arte de ayudar a procurar el mayor confort a quien no se puede curar y de inducir conductas saludables para prevenir, requiere aceptar que los profesionales de la enfermería no pueden ser únicamente buenos conocedores de la técnica (Bermejo, 1999).

Humanizar las relaciones de los profesionales sanitarios con los pacientes, principalmente entre los profesionales de medicina y de enfermería, ha sido desde Hipócrates una de las grandes preocupaciones durante la historia (Escudero, 2003). Si

bien es cierto que hay “flashes empáticos” entre las personas (Bermejo, 1997) y toda una serie de disposiciones caracterológicas o aptitudes favorables a la relación de ayuda, el humanismo no es algo que se dé de manera espontánea en los profesionales, como si de una *gracia* dada se tratase, sino que debe ser enseñado y practicado. Es decir, al margen de las aptitudes que una persona pueda tener para realizar algo en concreto, cuando se trata de actitudes, o lo que es lo mismo, de disposiciones internas, éstas son objeto de aprendizaje y, lo que es más importante, se deben enseñar (Sánchez Riesco, 2001).

Podríamos decir entonces que para disponerse en una actitud se requiere la capacidad de hacerlo además de una buena voluntad, por lo que a nuestro entender, se hace esencial el entrenamiento en todo un conjunto de actitudes y habilidades que doten al profesional de enfermería de competencia para llevar a cabo la relación de ayuda en el ejercicio de su profesión. García Monge escribe en un capítulo que lleva por título *aprender a desaprender* en Alemany (1998), en el que indica que un primer paso para aprender de forma madura es desaprender si queremos adaptarnos y evolucionar. Así, Bermejo (1999c), apoyándose en el pensamiento de este autor, hace hincapié en la importancia de humanizar el encuentro con el sufrimiento “aprendiendo a desaprender” los estilos de relación de los profesionales de la salud que no favorecen que la relación sea realmente de ayuda. De este modo, apunta hacia la importancia de desaprender la tendencia a dar respuestas espontáneas del tipo “apoyo-consuelo” que estriban de todo un conjunto de frases hechas que nos permiten escapar del vértigo producido por el encuentro de la verdad; desaprender la tendencia a intervenir en el diálogo de ayuda sobre todo preguntando en exceso; desaprender el estilo moralizante que emite juicios sobre el contenido o la forma de cuanto el otro comunica; desaprender el estilo de relación que termina dando consejos y soluciones inmediatas allí donde no han sido ni siquiera pedidas. Y esto es posible, proyectando un camino privilegiado de aprendizaje de la relación de ayuda.

De otra parte, cabe destacar que estudios realizados sobre el personal de enfermería (Fornes, 1992) demuestran que estos profesionales viven como una situación de estrés el momento en el que debe tratar con los sentimientos y las emociones de los pacientes y no se encuentra preparados para ello. Ocurre que si bien los modelos de relación de ayuda en enfermería están cada vez más difundidos teóricamente no están suficientemente interiorizados y puestos en práctica (Bermejo, 1999b) y esto es posible que se deba a que se da escasa trascendencia a la relación de ayuda en el periodo de formación de los profesionales (Pascual, 2003).

En un estudio realizado por García Marco et al (2004) en el que llevaron a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la formación en relación de ayuda en enfermería, se llegó a la conclusión de que la relación de ayuda enfermera-paciente emerge como asignatura pendiente, y que una adecuada formación pre y post-grado son necesarias y demandas por los profesionales. Los autores de esta investigación hacen hincapié en la necesidad de una formación adecuada que permita afrontar la relación a la enfermera, dado que es uno de los profesionales que mantiene contacto con el paciente la mayor parte del tiempo.

En esta misma línea de investigación, Bevia y Cibanal (1991), Fontanals (1994), Pérez Andrés et al (2002), Escudero (2003), resaltan la necesidad de preparación en relación de ayuda a través de programas de formación en las universidades. En los estudios realizados por estos investigadores, se llega a la conclusión de que existe déficit en la formación de los estudiantes de enfermería que se sienten insatisfechos unas veces, ansiosos o incluso agobiados en su trabajo de relación. Estos autores abogan por la necesidad de una formación específica que respondan a los problemas que presentan los estudiantes cuando interaccionan con los pacientes necesitados de ayuda durante el periodo práctico de formación al tiempo que, sería necesario reevaluar la formación dada con el fin de responder lo mejor posible a las necesidades del alumno. Bevia y Cibanal (1991), destacan el hecho de que los alumnos modelan sus prácticas fijándose en profesionales que han carecido en su propia formación de un entrenamiento en relación de ayuda y por tanto, el tipo de relación que llevan a cabo con el paciente depende más de su propia experiencia personal que de unos conocimientos específicos en este tema. Es evidente, que esta situación lleva a que sea mayor la distancia existente entre los conocimientos que pueda adquirir el alumno durante su formación inicial a nivel teórico y la realidad que encuentran en el campo asistencial, lo que hace que sea difícil evaluar estos conocimientos en relación de ayuda aprendidos, dado que para generalizar una habilidad aprendida es necesaria tanto su repetición como verla reflejada en otros.

En definitiva, partiendo de que los profesionales de enfermería están en contacto con personas que presentan situaciones difíciles de afrontar (pérdidas, dolor, miedo, sufrimiento, etc.) y que necesitan ayuda, es nuestra intención poner énfasis en la importancia de potenciar un camino privilegiado en el aprendizaje de la relación de ayuda en enfermería si se quiere alcanzar la excelencia de los cuidados en la profesión, que nos haga comprender que las disposiciones internas para ayudar a la persona que sufre son objeto de aprendizaje, más allá del carácter del profesional o de

la buena voluntad para llevarlas a cabo. A nuestro entender es esencial una perspectiva *humanista* en la formación de los profesionales de enfermería que conjugue el saber técnico de la profesión con la realidad y la vida del hombre, y prestar los cuidados a través del prisma de la *Antropología Enfermera* que aquí defendemos: una formación técnica centrada en la comprensión holística de la persona y en el reconocimiento de que todo pasa a través del valor terapéutico de la comunicación y la relación humana.

2. El papel profesional de enfermería: capacidades, competencias y destrezas generales en el escenario social del futuro.

Al acercarnos a la propuesta de ficha de directrices de la titulación de Enfermería dentro del Marco Europeo de Enseñanza Superior, remitida a las diferentes universidades por la Secretaría General del Consejo de Coordinación Universitaria a fecha de marzo de 2006, en la página 3 de dicho documento encontramos *los Objetivos del Título de Enfermería: capacidades, competencias y destrezas generales* que indican que la obtención del título permitirá al profesional de enfermería:

1. Conocer y ser capaz de aplicar en la práctica los principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
2. Estudiar el funcionamiento, desarrollo e interacciones de la persona, grupos o comunidad, en el contexto social y sanitario.
3. Realizar valoraciones sistemáticas de las personas atendidas, planificando las acciones, realizando los cuidados adecuados y evaluando el impacto de las intervenciones.
4. Cuidar a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin enjuiciamiento, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, y garantizando el secreto profesional.
5. Promover el derecho de participación, información, responsabilidad y toma de decisiones de las personas atendidas en su proceso de salud-enfermedad.
6. Llevar a cabo medidas de prevención de enfermedades e impulsar estilos de vida saludables, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas.
7. Educar, guiar, facilitar, apoyar la salud, el bienestar, el confort y la seguridad de las personas o grupos atendidos.
8. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros.
9. Conocer la naturaleza ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y los cuidados.
10. Conocer los principios de financiación sociosanitarios, capacitando para la utilización adecuada de los recursos.
11. Comprometerse con el autoaprendizaje como instrumento de desarrollo y responsabilidad profesional.
12. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad percibida.
13. Tener capacidad innovadora y de divulgación de los hallazgos científicos.

Centrando nuestra atención en el plano de la formación en relación de ayuda podría justificarse que ésta es esencial en el marco general de las competencias, capacidades y destrezas generales del profesional de enfermería y en especial en los puntos 4 y 8 que presenta el cuadro de directrices de la profesión.

De otra parte, en nuestro país, existe un código deontológico propio desde 1989, año en el que fue aprobado por el Consejo General de Diplomados de Enfermería. El código es de cumplimiento obligado, tal y como se manifiesta en su segundo apartado. Cada colegio provincial puede establecer su propio código deontológico, que también será de cumplimiento obligado. En él, las áreas que se consideran de responsabilidad de las enfermeras son las siguientes:

- Prevención de enfermedades
- Mantenimiento de la salud
- Atención, rehabilitación e integración del enfermo
- Educación para la salud
- Formación, administración e investigación en enfermería.

Respecto a la cuestión que nos ocupa, cabe destacar que en el capítulo III dedicado a los *Derechos de los enfermos y de los profesionales de enfermería* encontramos el Artículo 18 de dicho código ético dice: “Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte, cuando ésta ya no puede evitarse”. Pensamos que una adecuada formación en relación de ayuda y técnicas de comunicación procurará las competencias, capacidades y destrezas necesarias al profesional de enfermería para mejor cumplimiento y desarrollo de todo lo que el texto de dicho artículo propone desde el punto de vista ético.

Por otro lado, interesados por la adecuación de la Formación Enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior propuesto a partir de la Declaración de Bolonia el 19 de Junio de 1999 para la construcción de un Marco Superior Europeo de Enseñanza, la Escuela Santa Madrona de la Universidad de Barcelona, llevó a cabo

durante el año 2004 y en colaboración con diferentes profesionales de varias universidades europeas, un estudio de investigación denominado *La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional*. En dicho estudio, Anne Lekeux, presidenta de la Federación Europea de Educadores en Enfermería (FINE) escribe un capítulo titulado *Organización-contenido-pedagogías: perspectivas de la formación en enfermería desde una óptica europea* en el que realiza una contextualización del papel profesional de enfermería indicando que éste se puede concebir en cinco funciones principales:

1. Apoyo y suplencia en las actividades de la vida cotidiana
2. Acompañamiento en diferentes situaciones de la vida, de crisis, de duelo.
3. Participación en las medidas preventivas, de diagnóstico y terapéuticas en colaboración con el médico.
4. Participación en la prevención de enfermedades y el fomento de la salud, así como en las acciones correspondientes, contribuyendo a la calidad, la eficacia y el desarrollo profesional.
5. Desarrollo de la investigación, fomento de la calidad de la asistencia y fomento de la formación en enfermería.

En este mismo estudio, Esteban Pont y Montserrat Teixidor de la Escuela Santa Madrona al hablar sobre la importancia de desarrollar el aprendizaje experiencial y plantear propuestas de actuación para la mejora de la formación inicial de enfermería, indican una serie de capacidades clave que los profesionales deben adquirir con el fin de alcanzar la excelencia de los cuidados. Dentro de estas capacidades clave se encuentra la capacidad de relación interpersonal: “Es la disposición y habilidad para comunicarse con un trato adecuado en lo referente a la atención y la empatía, valorando el contexto y los objetivos de la comunicación. Relacionarse interpersonalmente supone analizar, negociar, persuadir, comprender, escuchar, ser receptiva, comunicarse, informar... (AAVV, 2004:49). Así mismo, al mencionar las propuestas de innovación sobre el plan de estudios indican que otro aspecto importante que debe contemplar todo currículum de enfermería es la necesidad de que los profesionales sean formados en técnicas de comunicación verbal y no verbal en la relación de ayuda, de modo que les capacite para establecer canales de comunicación fiables y estables con las personas que tendrán que atender y poder así desarrollar la construcción de competencias profesionales que les permitan comprender las situaciones significativas para las personas en el proceso de salud-

enfermedad y poder llevar a cabo una relación de ayuda adecuada en los cuidados que prestan para alcanzar el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que la excelencia de los cuidados.

Por otro lado, cabe decir, que la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (INVESTEN) perteneciente al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en Madrid, en su objetivo, entre muchos otros, de establecer consenso sobre prioridades de investigación a nivel nacional, realizó un estudio Delphi entre abril de 1998 y enero de 1999 para el establecimiento de las mismas, donde una de los puntos fundamentales consiste en evaluar el grado de adecuación de los cuidados de enfermería en los pacientes terminales y su familia. Por tanto, y en nuestro interés por una formación adecuada en relación de ayuda de los profesionales de enfermería, ésta se hace también prioritaria si se quiere conseguir el desarrollo de la profesión y la excelencia del Cuidado.

2.1. Cambios en el entorno social: nuevas necesidades de ayuda

Como bien asevera la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, B.O.E. número 128, transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar, lo que plantea nuevos retos en la organización del Sistema Nacional de Salud y en la forma de responder de sus profesionales ante la sociedad.

De otra parte, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte presentó en febrero de 2003 el *Documento-Marco para la Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior*. A partir de esta presentación, un comité de expertos del Colegio General de Enfermería de España, elaboró un *Proyecto para la adecuación de la Formación Enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior*. En dicho proyecto se indica adecuadamente que la enfermería, al ser una profesión de servicio está en gran medida condicionada por los cambios de la sociedad en la que se encuentra, que tiene unos valores, unas necesidades y unas expectativas a las que los profesionales de enfermería deben saber responder y tener capacidad para adaptarse a los cambios sociales. Es evidente, que las nuevas demandas sociales

requieren de un análisis de las tendencias de necesidad de ayuda que la comunidad demanda a los profesionales de enfermería.

A continuación, trataremos de acercarnos brevemente a las nuevas demandas que la sociedad viene planteando en el campo de la salud y la enfermedad:

Salud, dolor y muerte

Tanto la salud, como el tema del dolor y la muerte han adquirido nuevos valores sociales en los últimos tiempos. **La Salud** se comprende cada vez más como un recurso para la vida cotidiana y como un instrumento que nos permite desarrollar nuestros propios potenciales para responder de forma adaptativa y satisfactoria a los estímulos externos e internos. **El dolor** se está considerando cada vez más como identidad nosológica merecedora de atención y tratamiento, independientemente de su causa original. **La muerte** considerada como el fracaso sanitario, crea cada vez mayor conciencia entre los profesionales de la salud como una cuestión que hay que abordar dentro de una responsabilidad en atención a la comunidad. Para ello se crean Unidades del Dolor, Unidades de Paliativos, Unidades de Atención al enfermo de sida, etc.

Participación de los usuarios

Se hace cada vez más evidente el reconocimiento de los derechos de los usuarios a la participación, información, responsabilidad y decisión respecto a su situación de salud-enfermedad y a la utilización de los servicios que el Sistema de Salud les ofrece. El incremento cultural y de conocimientos de la población está cambiando el papel del usuario de los servicios sanitarios, que demanda su derecho a ser escuchado y estar informado, lo que lleva consigo que los profesionales de enfermería deben estar capacitados para una comunicación racional y efectiva, respetando las diferencias individuales y culturales en una relación terapéutica eficaz que orienta el usuario hacia la prevención y promoción de la salud.

El aumento de esperanza de vida

Como es bien sabido el aumento de la esperanza de vida gracias a los avances científicos ha traído consigo el envejecimiento de la población, al tiempo que se sufre un descenso en la tasa de natalidad. La consecuencia inmediata a corto plazo de esta situación social será la aparición de un perfil epidemiológico caracterizado por el dominio de las enfermedades crónico –degenerativas. Si bien la técnica es beneficiosa y necesaria, hay ocasiones en la que ésta puede retrasar la muerte pero no siempre ofrecerá una calidad de vida aceptable si la aplicación de la misma lleva consigo el conocido “encarnizamiento terapéutico”. A nuestro entender, este incremento de la esperanza de vida, significa el desafío de asistir mejor a este tipo de pacientes atentos a todos los códigos de su *salud biográfica* (Magliozzi, 2006), o lo que es lo mismo, sus vivencias, sus pensamientos, sus miedos, sus recursos de afrontamiento, etc., en una etapa tan importante y definitiva de sus vidas.

Organización de los recursos sanitarios

En las últimas décadas se ha empezado a tener la percepción de que no se disponen de recursos suficientes para prestar todos los servicios a todos y en todo momento, lo que da lugar a una distribución de los recursos que llevará a los profesionales y gestores a una clarificación constante sobre la mejor utilización de los mismos para aumentar la eficacia clínica. Los profesionales de enfermería deberán ser conscientes de una *Cultura de la Calidad y los Costes* aprendiendo a gestionar los cuidados de enfermería y decidiendo en base a su conocimiento la mejor manera de utilizar los recursos disponibles para garantizar la asistencia adecuada a los pacientes (Vacas, 2001).

Redefinir el rol actual del profesional

El usuario como individuo con derecho a la participación en su proceso de salud- enfermedad persigue cada vez más no sólo la eficacia sino la efectividad en los procesos asistenciales. Los ciudadanos reconocerán la profesión enfermera si los servicios que presta son específicos de esa profesión e imprescindibles para la sociedad. Las enfermeras tienen que demostrar que son necesarias y que su contribución a la comunidad es significativa.

Como indica adecuadamente *El Proyecto para la adecuación de la Formación Enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior*, citando los estudios realizados por Koska (1989), Aiken et al (1994) y Prescott (1993), los cuidados enfermeros son la principal razón por el que los pacientes van al hospital y dichas investigaciones demuestran que hay una relación significativa entre el nivel y la combinación del personal de enfermería en los hospitales y los resultados obtenidos con los pacientes, dado que a medida que aumenta el número de enfermeras disminuye la tasa de mortalidad ajustada en función del riesgo, así como el número de días de estancia y los cuidados prestados son de mayor calidad.

En relación con lo anterior, al hablar de la importancia que presenta el que las enfermeras aprendan a gestionar los cuidados que prestan en relación costo/efectividad, nos parece importante resaltar lo que dicho proyecto indica en su página 24: "Para ser eficaces en este último aspecto se necesita una definición de las intervenciones enfermeras y de los cuidados previstos que, en la mayor medida posible, recoja explícitamente el interés único de las enfermeras en el individuo como un todo (y no en partes de él ni en las enfermedades) y sus actividades clínicas que están dirigidas a ayudar al paciente a responder a la enfermedad y potenciar su salud".

Se nos plantea así una cuestión en torno al tema que venimos abordando: ¿Prestar los cuidados desde la perspectiva Humanista y Holística centrada en la persona a través de una formación adecuada en relación de ayuda, hace más eficaz y efectivo el proceso asistencial en pro del paciente al tiempo que disminuye los costes? Inicialmente partimos de la consideración positiva de que esto sería posible de demostrar empíricamente de un modo favorable, y pensamos que podría tenerse en consideración como tema de estudio.

En definitiva, la salud es hoy la principal preocupación de hombres y mujeres, y tal como hemos visto hasta ahora, el nuevo escenario social trae consigo por una parte el desarrollo de nuevas tecnologías y la aplicación de novedosos métodos al mundo sociosanitario que han mejorado las condiciones del enfermo, así como la aparición de nuevas complicaciones de salud y nuevas enfermedades que requieren de unas intervenciones por parte de enfermería adecuadas a las expectativas de la comunidad. Conseguir este objetivo necesita por parte de los profesionales el desarrollo de actividades para la salud individual y comunitaria al tiempo que sepan dar soporte en la atención a los enfermos crónicos y ancianos, para lo que a nuestro entender, nos parece esencial tener habilidades terapéuticas de comunicación y

formación en relación de ayuda, que no sólo serán necesarias para poder dar respuesta a las nuevas demandas sociales, sino que será algo insustituible por la técnica, dado que ninguna máquina puede suplir el efecto sanador de una mirada, de unas manos, de la palabra adecuada o el silencio oportuno. La presencia humana es insustituible en los procesos de enfermedad, dolor y muerte. El desarrollo en el manejo de la técnica y la relación humana de ayuda dotará a los profesionales de enfermería de las competencias, capacidades y destrezas necesarias que propone con interés el Espacio Europeo de Educación Superior en la Formación Enfermera para alcanzar la excelencia de la profesión.

3. La relación de ayuda en los estudios de enfermería

En este apartado hemos querido realizar una comparación entre los programas oficiales en formación inicial de los estudios de Enfermería de varias universidades españolas, con el fin de ver en cuales de ellos se encontraba la asignatura de Relación de Ayuda tal como la venimos entendiendo a lo largo de este trabajo de investigación. Así mismo, pretendemos dar algunas nociones acerca de los objetivos principales y la metodología llevada a cabo en las universidades donde se halla esta asignatura para su enseñanza y evaluación. Por último, hemos tratado de acercarnos a las ofertas de formación continuada para los profesionales de enfermería en torno a los conocimientos en relación de ayuda en el ejercicio de su profesión.

3.1. La relación de ayuda en la Formación Inicial

En la pretensión de conocer los programas oficiales de Enfermería en algunas universidades españolas, hemos querido realizar una lectura de los planes de estudios de la Diplomatura en Enfermería en las Escuelas de Enfermería de Alicante, Autónoma de Madrid, Cádiz, Cataluña, Complutense de Madrid, Granada, Gijón, Ibiza, Murcia, Navarra, Salamanca, Sevilla y Valencia. Con esto, queremos decir, que no ha sido nuestra intención analizar de modo individual los contenidos, objetivos, metodología y evaluación de cada uno de los planes de estudio para su posterior exposición en este trabajo, sino tal como decíamos, hemos querido realizar una lectura de los mismos con la intención de descubrir qué lugar ocupa el aprendizaje en relación de ayuda en los cuidados de enfermería tal como aquí venimos abordando la cuestión, dentro de los programas oficiales de formación en Enfermería. Así, cabe decir, que

inicialmente es tan sólo en la Escuela de Enfermería de Alicante y en las diferentes escuelas de Enfermería de la Universidad de Barcelona y de la Autónoma de Barcelona, que la Relación de Ayuda en Enfermería se imparte como materia troncal y obligatoria durante el segundo año de carrera. En el resto de las comunidades analizadas, se imparte algunas asignaturas de carácter optativo que tienen que ver, dentro de los contenidos y objetivos de formación que proponen, con el conocimiento de la Antropología Social y Cultural, el aprendizaje en habilidades sociales, técnicas de comunicación y nociones generales sobre la relación de ayuda como es el caso de la asignatura *Relaciones Humanas en Enfermería* (ver tabla I). Hay otras Escuelas de Enfermería, como es el caso de A Coruña, Almería, Burgos, Granada o Zaragoza, donde no se han encontrado asignatura, que en el título de las mismas, haya relación con el tema que no ocupa desde la perspectiva antropológico, filosófica –humanista y holística que aquí abordamos.

E. U. Enfermería	Título de la asignatura	Tipo de asignatura
E. U. E. Alicante	Relación de ayuda	Obligatoria
E. U. E. Univ. Autónoma de Madrid	Relaciones Humanas	Optativa
E.U.E. Hospital S. Creu I S. Pau Univ. Autónoma de Barcelona	Relación de ayuda en Enfermería	Obligatoria
E.U. E. Vall D'Hebron	Relación de ayuda en Enfermería Antropología Social Técnicas de Comunicación	Obligatoria Optativa Optativa
E.U. E. Gimbernat I Arboc Univ. Autónoma de Barcelona	Relación de ayuda en Enfermería	Obligatoria
E. U. E. Santa Madrona Univ. Autónoma de Barcelona	Counsellin y VIH: acompañar la situación de crisis, la enfermedad y la muerte	Optativa
E. U. E. Del Mar Univ. de Barcelona	Antropología Social	Optativa
E. U. E. Ciencias de la Salud (Inst. Cataluña)	Antropología	Obligatoria
E.U.E. Blanquerna (Univ. Ramón Llull, Barcelona)	Antropología de la Salud	Obligatoria

E.U.E. Ciencias de la Salud (Univ. Vic, Barcelona)	Relación de ayuda en Enfermería	Obligatoria
E.U. E. Univ. Cádiz	Relaciones Humanas	Optativa
E. U. E. Cabueñes (Univ. de Gijón)	Antropología de la Salud Relaciones Humanas	Optativa Optativa
E. U. E. Univ. de Islas Baleares	Relaciones Humanas	Obligatoria
E. U. E. Univ. de Murcia	Relaciones Humanas Antropología Social Cuidados de Enfermería a pacientes en situación terminal	Optativa Optativa Optativa
E. U. E. Univ. de Navarra	Fundamentos de Antropología Habilidades Sociales Cuestiones acerca de la muerte	Obligatoria Optativa Optativa
E.U.E. Univ. de Salamanca	Técnicas de Comunicación en Enfermería	Optativa
E.U. E. Univ. de Valencia	La enfermería ante el dolor y la muerte. Relaciones Humanas	Optativa Optativa

Fuente: páginas web de las diferentes universidades estudiadas.

En cuanto a los programas de la Universidad de Alicante y Cataluña donde se imparte la asignatura relación de ayuda en Enfermería de modo obligatorio para todos los estudiantes, los **contenidos** teóricos se desarrollan principalmente, apoyándose en el pensamiento de la Psicología Humanístico-Existencial y en sus dos grandes exponentes, C. Rogers y R. Carkhuff, así como, en los modelos de enfermería centrados en la persona, especialmente el modelo de Peplau y en las enseñanzas de los principales autores que vienen trabajando la cuestión de la relación de ayuda en la profesión enfermera como son: M. C. Arce, J.C. Bermejo, L. Cibanal, R. Carabias a nivel nacional, y J. Chalifour a nivel internacional. Podrían resumirse los contenidos principales del modo siguiente:

- Qué se entiende por relación de ayuda: definición y objetivos.
- La relación de ayuda como herramienta esencial en los cuidados de enfermería.
- Niveles de intervención y diferentes estilos de relación.
- Modelo descriptivo de la relación de ayuda en enfermería.
- Fases de la relación de ayuda.
- Escenarios para la puesta en práctica de la relación de ayuda.

Los **objetivos** de formación que se proponen conseguir con el desarrollo de los contenidos expuestos podrían ser los siguientes principalmente:

- Tener los conocimientos necesarios sobre el proceso de comunicación para aplicar la relación de ayuda tomando consciencia de los diferentes roles, responsabilidades y funciones de enfermería.
- Aplicar los elementos básicos de la relación de ayuda (conocimientos, actitudes y habilidades), para ayudar a afrontar la situación de crisis al paciente desde una perspectiva holística de los cuidados manteniendo la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.
- Identificar cuando sea necesario la intervención de un especialista u otras intervenciones.
- Autoconocimiento del propio estilo de relación del profesional de enfermería.

3.1.1. Metodología para la formación en relación de ayuda

Para enseñar y aprender a ser eficaz en el proceso de relación de ayuda, autores como Chalifour y Bermejo proponen que los contenidos, actitudes y habilidades que se indican teóricamente, deben vivirse en el momento que se presentan de manera que el grupo de aprendizaje se convierta en un *laboratorio de relación de ayuda*. Para preparar una buena formación en este campo proponen, además de la obvia presentación de los contenidos a nivel teórico, algunos principios como elementos clave para definir la metodología de trabajo sobre la relación de ayuda:

1. En primer lugar, es necesario realizar una *reflexión sobre la propia experiencia*. Se trataría de acostumbrarse a reflexionar sobre el propio

modo de relacionarse con las personas que sufren y a las que queremos ayudar, en el marco de un autoconocimiento y modulación de las propias actitudes. Una reflexión sobre los propios encuentros debería incluir al menos los siguientes elementos (Bermejo, 1997:163-164):

- *un análisis de las dinámicas del ayudado*: informaciones que posee, sentimientos que experimenta, necesidades, valores en juego, modos de vivir las relaciones, conflictos... Se trata de hacer una especie de “diagnóstico” de la situación del paciente desde una perspectiva global y sobre la relación con el profesional de enfermería;
- *un análisis de las dinámicas del ayudante*: se trata de una autoobservación de lo que el propio ayudante ha vivido en la relación con el destinatario de la ayuda. Aquí será útil identificar los mecanismos más o menos conscientes, las máscaras que quizás se han utilizado, los sentimientos experimentados, las habilidades desplegadas, los tipos de intervenciones, las dificultades y los recursos desplegados en la relación;
- un análisis del fenómeno de la relación, es decir, el proceso que se ha vivido, las dinámicas surgidas entre ayudante y ayudado.

2. Otro principio fundamental para una buena metodología en relación de ayuda en cuidados de enfermería es el *adiestramiento en habilidades y técnicas de comunicación*. Resulta evidente que si bien es necesario poseer los conocimientos a nivel teórico (“saber”), la competencia relacional está también determinada por el “saber hacer”, por lo que se vuelve esencial entrenarse en el uso de las habilidades en las que se despliegan las actitudes propias de la relación de ayuda.

Según estos autores, un programa de formación en relación de ayuda en enfermería debe incluir ésta en todas sus modalidades y ser presentada como *proceso*, es decir, con sus diferentes etapas, que van desde la acogida hasta la despedida, identificando los sentimientos presentes en la relación, así como de qué manera está siendo afrontada por la persona necesitada de ayuda y qué objetivos y plan de acción hemos de marcarnos para que la relación sea eficaz.

Tal como veíamos al acercarnos al pensamiento de R. Carkhuff, la relación de ayuda era entendida como un proceso en el cual se iniciaba en una fase de autoexploración del problema, pasando por una segunda fase de autocomprensión

del problema por parte del ayudado y personalización del mismo por parte del ayudante, para en una tercera fase pasar a la acción. El profesional pone en práctica en cada una de estas fases los conocimientos, actitudes y habilidades propias de la relación de ayuda en el marco de su competencia relacional y emocional. El desarrollo de cada una de las fases del proceso de enfermería, al margen del conocimiento a nivel teórico de cada una de ellas, es más una cuestión práctica que se adquiere por medio del aprendizaje en el aula y el ejercicio de la profesión posteriormente. Es por esto, que no es nuestra intención desarrollar ampliamente los contenidos teóricos de cada una de las fases, dado que haría demasiado prolijo nuestro trabajo. Cibanal y Arce (1991b), proponen las siguientes fases en su aplicación remodeladas a partir del Modelo de Enfermería de H. Peplau:

1. **Configuración del encuentro personal:** Acogida y orientación al paciente. En esta fase el profesional debe poner su atención en la recepción adecuada de la persona tanto en el ámbito físico como en el psicológico. De este modo, debe cuidar las características adecuadas del espacio físico (ubicación, luz, ruidos, etc), como su lenguaje corporal que se encuentre en una disposición interna de acogida a la persona necesitada de ayuda, mostrando actitudes de empatía, disponibilidad, escucha activa, etc., para una mejor acogida y orientación del paciente. En esta fase, tal como dice Chalifour (1994) el conocimiento de cómo desarrollar y realizar una buena entrevista por parte del profesional de enfermería es fundamental para desarrollar una relación de ayuda eficaz.
2. **Exposición, clarificación e identificación del problema:** en esta fase se tiene como objetivo la definición y personificación del problema, de lo que al paciente le preocupa y le impide afrontar la situación. Para ello es necesario que el profesional tenga las actitudes y habilidades propias de la relación de ayuda y sepa ayudar al paciente a que se comprometa y responsabilice con su problema.
3. **Confrontación y reestructuración del problema:** En esta fase el profesional de enfermería debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución o mejora de su situación, haciéndose responsable el paciente de sus vivencias, del modo en que él contribuye a que la situación tenga lugar, a aceptar lo que no se puede solucionar, etc.
4. **Iniciación del plan de acción:** definir los diagnósticos y plantearse los objetivos y el plan de acción que hará que el paciente mejore a partir del uso de sus propios recursos internos.

5. **Fase de evaluación:** esta fase debe ser tanto una autoevaluación del paciente como del profesional de enfermería evaluando el cumplimiento o no de los objetivos propuestos.
6. **Fase de separación:** en la que el individuo ha mejorado a través de su participación y toma conciencia de la importancia de trabajar para sí mismo utilizando sus propios recursos a través de su responsabilidad y autonomía.

Las dinámicas propuestas tanto a nivel individual como de grupo para el desarrollo de los contenidos y el aprendizaje en relación de ayuda, mediante la realización de seminarios y talleres en el aula, deben estar centradas en el uso de todo tipo de ejercicios que favorezcan poner en práctica los conocimientos, actitudes y habilidades expuestas a nivel teórico. Para esto resulta de gran utilidad el análisis de conversaciones reales; juegos de rol que presenten diferentes situaciones de relación de ayuda, ejercicios para aprender a usar las respuestas empáticas, para aprender a escuchar activamente, a confrontar etc., proyección de trozos de películas, etc: “considero que el análisis de conversaciones reales, la simulación de situaciones en pequeños grupos, verbalmente o por escrito, y los juegos de rol con todo el grupo, son los modos privilegiados para el adiestramiento a las habilidades y técnicas propias de la relación de ayuda” (Bermejo, 1997:166).

En cuanto a la evaluación cabe decir que, en las diferentes Escuelas de Enfermería donde se trabaja la formación de la relación de ayuda, los conocimientos teóricos se evalúan mediante exámenes finales tipo test principalmente y los conocimientos prácticos a través de la realización de trabajos escritos de modo individual o en grupo (comentario de libros, películas, diario de campo durante su estancia en los diferentes hospitales, etc.) y el análisis de entrevistas realizadas en el aula mediante la simulación de situaciones de relación de ayuda a personas concretas (pérdidas, procesos de duelo, pacientes con VIH, etc.). Es necesario aprobar las dos partes, teórica y práctica, para acceder a la nota final.

3.2. La relación de ayuda en la Formación Continuada

Como es bien sabido, la Formación Continuada es imprescindible e inherente al desarrollo profesional continuo. Avanza a la par que la profesión, adaptándose a los nuevos modelos y tipos de formación. En el ámbito de la sanidad y especialmente en el de la Enfermería, está ligada a la necesidad de mejorar y garantizar su desarrollo

profesional y sus competencias. Podríamos decir que es la base para la optimización de la calidad de los cuidados que prestan estos profesionales.

La *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* (BOE nº 301), por medio de la cual se actualiza y adapta el régimen jurídico de este personal, tanto en lo referente al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actual de la asistencia sanitaria, contempla en su artículo 10 que es responsabilidad de los gestores sanitarios diseñar grandes líneas de formación sanitaria y definir sus tareas, así como, de los profesionales sanitarios que se deben implicar en la construcción y el diseño de dichas líneas y programas de formación atendiendo a las necesidades asistenciales de la comunidad.

A su vez, la importancia de la Formación Continuada en las profesiones de salud como una necesidad consustancial a la calidad y desarrollo de las mismas, es también recogida como un imperativo legal, en los artículos 34 y 38 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y también en el artículo 33 de la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias* (B.O.E. Nº 280), que regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias en lo que se refiere a su ejercicio, la formación, el desarrollo profesional y la participación y ordenación de las profesiones sanitarias.

En todo proceso de Formación Continuada la acreditación oficial de la misma es un elemento clave e importante para que dicha formación sea reconocida como tal frente a la formación no acreditada, especialmente cuando se requiere que la formación sea tenida en cuenta en los procesos de desarrollo profesional.

Derivado del alcance y las particularidades de la Formación Continuada de los profesionales sanitarios, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, han encomendado, mediante expreso encargo, a los Consejos Generales de las Profesiones Sanitarias, la Acreditación de la Formación Continuada en sus respectivos ámbitos. Así, la gestión de los procesos de Acreditación de la

Formación Continuada de Enfermería es una competencia del Consejo General de Enfermería, en base a la Encomienda mencionada en el párrafo anterior.

El Consejo General de Enfermería de España pone al servicio de los usuarios un listado de cursos acreditados de formación continuada cuya realización de los mismos viene respaldada por un total de 190 Entidades entre las que se encuentran varios Hospitales a nivel nacional, los diferentes Colegios de Enfermería de las distintas comunidades autónomas, Asociaciones Profesionales de Enfermería e Instituciones Privadas.

El Consejo General de Enfermería permite acceder a través de su página web a dicho listado. Para ello ofrece un buscador donde se indican los descriptores a buscar, especialidades, comunidad autónoma y entidad. La mayoría de los cursos ofertados tienen relación con los contenidos formativos en el plano de la *Competencia Técnica* de los profesionales de enfermería. Ahora bien, en nuestro interés por conocer la cuestión de la formación en relación de ayuda y técnicas de comunicación de los profesionales de enfermería a partir de los cursos que se le ofrecen de Formación Continuada, indagamos en este listado utilizando los descriptores: relación de ayuda, ayuda, relación y comunicación. Los resultados fueron los siguientes:

Descriptor/es introducido para la búsqueda del curso	Resultados obtenidos: N° de cursos	Datos del curso
Comunicación	2 cursos	1- <i>Comunicación y asistencia al anciano para enfermería</i> , Logoss, Jaén 2. <i>Comunicación y Educación para la salud</i> , Satse Castilla y León, Valladolid.
relación	No existen resultados	
Counselling	No existen resultados	
Ayuda	Un curso	<i>Cooperación internacional y ayuda humanitaria</i> , A.E. Enfermería de Urgencias y Emergencias, Sevilla
Relación de ayuda	No existen resultados	

Fuente: www.afce.iscis.es

Por otra parte, en el año 2006, con el fin de llevar a cabo las estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005/2010 y el Contrato Marco de Gestión del Servicio Murciano de Salud, es presentado el *Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria* para los profesionales de la salud, fruto de la colaboración de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Dicho plan, tiene como objetivo fundamenta integrar, potenciar y coordinar las estructuras y procesos formativos del Sistema de Salud de la Región de Murcia, con el fin de facilitar la interacción entre aprendizaje y desempeño profesional. La participación en los cursos contenidos en el plan se ofrece a todo el personal del

Servicio Murciano de Salud. El personal de la Consejería de Sanidad sólo puede acceder a las acciones formativas de carácter sanitario. Dichos cursos están homologados por la Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia, y son ratificados a partir de un diploma de asistencia cuando los alumnos han acudido como mínimo a un 90% de las sesiones. A su vez, en aquellos cursos que presentan una evaluación previa, el alumno recibe un diploma de aprovechamiento. Tanto a nivel de Especialización como de Atención Primaria, cada centro oferta un programa de formación. El programa periférico de cada centro está dirigido principalmente a sus propios profesionales, pudiendo acceder trabajadores de otros centros en caso de plaza vacantes. Por otro lado, existe una serie de cursos dentro de un *Plan Estratégico Común* al que pueden asistir todos los trabajadores de los diferentes centros de la región. A continuación exponemos los cursos ofertados en este *Plan Integrado de Formación Continuada*, que resulta de interés en la formación del profesional en cuanto al valor terapéutico de la comunicación y la relación de ayuda en enfermería.

Nombre del curso	Horas de duración	Centro que oferta el programa	Profesionales de la Salud al que va dirigido
Seminario de comunicación	5	Programa Estratégico Común	Todos
La comunicación con el usuario como herramienta para la mejora de la calidad	16	Programa Estratégico Común	Todos
La asertividad en la atención al usuario de los servicios sanitarios	15	G.de A.P. de Cartagena	Todos
Comunicación y atención al paciente	12	G. de A.P. de Cartagena	Todos
Introducción a la entrevista clínica	10	G. de A.P de Cartagena	Médicos Residentes
Entrevista Clínica	20	G. de A.P. de Cartagena	Médicos Residentes
Comunicación básica y relación médico paciente	20	G. de A.P. de Murcia	Médicos Residentes

Habilidades para una comunicación eficaz	20	H. U. Virgen de la Arrixaca	Todos
Relación de ayuda	40	H.U. Virgen de la Arrixaca	Todos
La inteligencia emocional, medida para prevenir estrés y burn out en personal sanitario	30	H. Los Arcos	Todos
Actividades terapéuticas: recursos de calidad en los cuidados de enfermería.	30	H. Los Arcos	Todos
Inteligencia emocional (Básica y Avanzada)	16	H. Morales Meseguer	Todos
Habilidades comunicativas e inteligencia emocional	24	H. Rafael Méndez	Todos
Comunicación y atención al paciente	15	H. Rafael Méndez	Todos
Habilidades para la comunicación	20	H. General Reina Sofía	Todos
Habilidades personales para la relación de ayuda	20	H. Santa María del Rosell	Todos

Fuente: Folleto informativo sobre el *Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria 2006*

A continuación exponemos los cursos propuestos para el año 2007 dentro del plan de formación que venimos abordando. Dado que en el nuevo formato presentado para este año, no indica en la mayoría de los cursos al personal que va dirigido, tampoco los indicamos nosotros en la siguiente tabla:

Nombre del cursos	Horas de duración	Centro que oferta el curso
Habilidades emocionales para una gestión óptima	15 horas	Programa Estratégico Común

La comunicación como proceso de intercambio.	12 horas	Programa Estratégico Común
Taller de habilidades comunicativas y sociales para prevenir y/o afrontar agresiones en el ámbito sanitario	30 horas	Programa Estratégico Común
Técnicas de comunicación y habilidades sociales	20 horas	Ramón Alberca
La inteligencia emocional como medida para la prevención de stress y burn-out en el personal sanitario	30 horas	Hospital Los Arcos
Habilidades de relación en la atención al usuario	15 horas	H.U.V. Arrixaca
Relación de ayuda	40 horas	H.U.V. Arrixaca
Prevención del burn-out. Taller de Asertividad	5 horas	H.U.V. Arrixaca
Técnicas de Apoyo Psicológico y Social en situaciones de crisis	20 Horas	FSP-UGT
Habilidades para la comunicación y relación con el enfermo	20 horas	SAE
Comunicación para la prevención y afrontamiento de situaciones conflictivas	20 horas	Hospital Reina Sofía
La Asertividad en los Servicios Sanitarios	15 horas	AP Cartagena
Claves en la comunicación y resolución de conflictos	20 horas	AP Cartagena
Habilidades de comunicación interpersonal	16 horas	H. Morales Meseguer
Inteligencia emocional (básica y avanzada)	16 horas	H. Morales Meseguer
Acompañamiento en los procesos de muerte y duelo	40 horas	H. Morales Meseguer
Counseling: la satisfacción de profesionales y usuarios	20 horas	H. Morales Meseguer

Fuente: Folleto informativo sobre el *Plan Estratégico Común de Formación* año 2007

Bien es cierto, que cada vez más los profesionales de la salud, entre los que se encuentran los profesionales de enfermería, han comprendido que el hecho de ofrecer

apoyo técnico o un consejo de experto no es suficiente para la eficacia de sus acciones y por ende, están interesados en procurar una relación de ayuda eficaz a los pacientes con los que interactúan. No obstante, a nuestro entender, esta cuestión no se encuentra aún suficientemente desarrollada en el marco de la Formación Continuada en Enfermería.

3.2.1. La formación en relación de ayuda y el Centro de Humanización de la Salud

En principal referente nacional de Formación Continuada en relación de ayuda que podemos encontrar a nivel nacional es el Centro de Humanización de la Salud (CEHS). Este Centro fue creado en 1989 por los Religiosos Camilos y se encuentra ubicado en el la localidad de Tres Cantos en Madrid.

Atendiendo a la memoria realizada en el año 2006 acerca del funcionamiento y desarrollo de dicho Centro de Humanización de la Salud, podríamos decir que: hunde sus raíces en el humanismo cristiano y en su inspiración evangélica; es una plataforma de animación y formación especializada en la humanización de la salud, la enfermedad, la dependencia y el final de la vida; es un medio para la promoción de una nueva cultura sensible a los valores humanos y las aspiraciones más hondas de la persona; es una institución interdisciplinar y abierta a la colaboración.

Entre los principales objetivos del CHES encontramos los siguientes: contribuir a la humanización de la salud y de la enfermedad, a fin de que toda persona (sana o enferma, profesional o usuario) pueda desarrollar sus potencialidades humanas y vivir en plenitud; incorporar habilidades y técnicas de la relación terapéutica y de la humanización en el ejercicio de las profesiones sociosanitarias; prestar especial atención a las personas, sectores y situaciones de mayor vulnerabilidad social donde la atención humana y humanizadora es más urgente.

El CEHS cuenta con gran capital humano. En este centro trabaja un equipo de profesionales religiosos y seculares especializados en distintas disciplinas: enfermería, medicina, psicología, teología, relación de ayuda, terapia ocupacional, counselling, rehabilitación, etc., que llevan a cabo actividades de formación, investigación y

asesoría, inserción laboral, realización de jornadas, etc, cuyo denominador común es la humanización en la atención a la persona necesitada de ayuda.

Formación

El CEHS promueve y programa anualmente una serie de cursos presenciales y a distancia, jornadas y encuentros sobre un amplio abanico de temas cuyo denominador común es la humanización. Imparte cursos de formación profesional de grado medio así como distintos máster y postgrados relacionados con el mundo de la salud y la acción social. El CEHS en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de la Consejería de Trabajo y la Consejería de Educación de Madrid, responde a las solicitudes provenientes de Instituciones y organismos colaborando en actividades formativas, participando en conferencias, diseñando planes de formación en línea humanizadora, así como, una amplia oferta de cursos a medida, en lo que podemos encontrar cursos específicos de relación de ayuda en enfermería entre muchos otros.

En cuanto a las acciones formativas impartidas por el CEHS, los cursos pueden ser presenciales en las aulas del Centro donde acuden alumnos de toda España siendo la modalidad más común los fines de semana, o también cursos a distancia a lo largo de todo el año. En la modalidad de cursos presenciales también se organizan actividades formativas en colaboración con otras entidades tanto en Madrid como en otros puntos de España.

Por otra parte, el CEHS continúa ofreciendo y ampliando su oferta formativa para titulados superiores en colaboración con la Fundació Pere Tarrés- Universitat Ramon Llull, ofreciendo una serie de postgrado y másters tales como;

- Postgrado en Gestión de Residencias y Servicios para Personas Mayores
- Postgrado en Humanización de la Intervención Social
- Máster en Counselling
- Postgrado interdisciplinar en Cuidados Paliativos

3.2.2. Literatura específica acerca de la relación de ayuda en enfermería

Como se puede observar al indagar en las investigaciones del tema que nos ocupa, encontramos que en la mayoría de los casos se desarrolla la cuestión de la Relación de Ayuda- qué es, qué beneficios presenta y cómo llevarla a cabo- de un modo general o más concretamente poniendo énfasis en el análisis de una o varias de las actitudes, habilidades y destrezas que la constituyen como proceso tanto en las diferentes publicaciones a nivel nacional como internacional. No obstante, al iniciar este estudio una de las limitaciones a las que tuvimos que hacer frente es la poca literatura que existe en la formación inicial de enfermería, no siendo muy creciente el número de investigaciones, sobre todo a nivel nacional, que centran su análisis en la cuestión de la comunicación y la relación de ayuda en las Ciencias de la Salud y más concretamente en la profesión enfermera.

En cuanto a la importancia en la formación y relación de ayuda en esta profesión, cabe destacar a nivel internacional las investigaciones del candiense J. Chalifour así como los artículos presentados por los profesionales de enfermería norteamericanos y sudamericanos presentes en la bibliografía de este trabajo.

En España la principal literatura que se encuentra actualmente centrada de un modo específico en las técnicas de comunicación y relación de ayuda, así como, en la importancia de su formación en las ciencias de la salud en general y en enfermería en particular, la hayamos principalmente en las obras de autores como Arranz, Bimbela, Cibanal, Bermejo y Carabias. Estos últimos analizan cuestiones tales como qué se entiende por relación de ayuda en enfermería, qué beneficios presenta para la profesión y cómo llevarla a cabo a través de la formación y el aprendizaje.

De toda esta literatura cabe destacar la difusión realizada por el CEHS. Dicho Centro, publica desde 1992 la revista *Humanizar*. En ella se tratan temas relacionados con el mundo de la salud y de la enfermedad desde un punto de vista humano y humanizador. A su vez, el CEHS colabora con distintas editoriales españolas y extranjeras en la programación y publicación de títulos vinculados con el mundo de la salud y la acción social, donde se encuentran publicaciones referidas a la relación de ayuda en enfermería a partir de las investigaciones de Bermejo y Carabias, Barbero, Villar, entre otros.

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Cualquier investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de problemas a resolver. Esto se realiza de forma planificada y con un determinado fin, con la intención de generar conocimiento. El sentido de tal proceso es la comprensión de los fenómenos que constituyen nuestra realidad y que producen inquietud en el investigador hacia la búsqueda de respuestas que interpreten o expliquen tales acontecimientos (Bover, 2004). Para ello, es necesario establecer un camino adecuado que guíe el proceso de búsqueda desde la reflexión hasta la obtención de los resultados mediante un método que permita el mejor abordaje del fenómeno.

Nuestra reflexión teórica aporta que el proceso de relación de ayuda en enfermería es algo consustancial para alcanzar el bien intrínseco de la profesión que no es otro que la excelencia del cuidado. Entender el *cuidado* enfermero como el hecho de estar atento a todas las necesidades de la persona de una forma holística, tiene especial relevancia para nuestra investigación, ya que los cuidados enfermeros son algo más complejos que aprender a realizar unas determinadas técnicas. Por tanto, entendemos que la relación de ayuda es una intervención de enfermería, una *técnica humana* comprendida en el marco de la *competencia relacional* de la profesión, esencial para alcanzar la excelencia del cuidado y la humanización de la salud, por lo que debe formar parte de la estructura o andamiaje que sostiene los conocimientos y valores adquiridos por los profesionales de enfermería a través de su formación.

1. Cuestión de fondo de la investigación

La cuestión básica del estudio surge por la confrontación entre la posición epistemológica en referencia al marco teórico y la ontología expresada sobre el *cuidado* enfermero y la *competencia relacional* de la profesión. Entendemos que por un lado, el diagnóstico de una enfermedad siempre altera el mundo interior de una persona, especialmente si la enfermedad diagnosticada es crónica e irreversible, y por el otro, que atender y preocuparse de todo este nuevo mundo de sentimientos y emociones que al enfermo le toca vivir significa estar atento al desarrollo del paciente

desde una perspectiva holística y humanizadora del *cuidado enfermero*. Esta cuestión ha sido:

¿Cómo tiene lugar el proceso de relación de ayuda en enfermería cuando estos profesionales entran en contacto con las situaciones de crisis vividas por los pacientes oncológicos y enfermos de sida y su familia?

2. Hipótesis guía y objetivos del estudio

La pregunta de fondo de la presente investigación hace de guía en el itinerario metodológico y marca un plan idóneo e irrenunciable para hallar las respuestas oportunas. Partimos, por tanto, de una formulación de la hipótesis guía (directriz general o epistemológica) en los siguientes términos:

La relación de ayuda como competencia relacional, es una intervención de enfermería observable, medible – cualitativa y cuantitativamente- y educable, en el proceso de formación inicial y permanente de la profesión enfermera, y en el nivel teórico y en el nivel asistencial. De ahí se sigue, que sea considerada central entre las actitudes y destrezas requeridas a los profesionales, especialmente a la hora de intervenir con pacientes oncológicos, con enfermos de sida y con sus familias.

Nuestro interés personal y profesional conecta con nuestro interés epistemológico, y nos lleva a conocer cómo viven y tiene lugar la intervención de relación de ayuda por parte de los profesionales de enfermería, y a plantearnos como **objetivo general** describir, conocer y valorar el proceso de relación de ayuda en el *cuidado* de pacientes oncológicos e infecciosos y sus familias.

A fin de responder a la pregunta realizada hemos definido cuatro objetivos específicos:

1. *Identificar las estrategias (actitudes y habilidades) específicas que desarrollan los profesionales de enfermería, cuando intervienen en procesos de relación de ayuda en casos oncológicos y de sida, tanto con los enfermos como con sus familias.*

El hecho de que tenga lugar un proceso de relación de ayuda eficaz dentro del marco de la competencia relacional de enfermería, lleva consigo el despliegue de toda una serie de actitudes tales como la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional principalmente, así como, de unas habilidades (personalización, confrontación, etc). Se trataría por tanto, de descubrir, a partir del discurso de los informantes, qué estrategias de relación de ayuda como parte del cuidado enfermero utilizan los enfermero/as con pacientes afectados de una enfermedad infecciosa u oncológica y sus familias, y qué efectos tiene en la trayectoria de la dolencia.

2. *Detectar las dificultades para llevar a cabo la relación de ayuda aproximando una tipología y sus causas.*

Entendiendo la relación de ayuda en enfermería como una *técnica humana* al tiempo que un instrumento de humanización de los cuidados comprendida en el marco de la competencia relacional de la profesión enfermera, hemos podido constatar a través de la literatura analizada, que los profesionales encuentran dificultades para llevarla a cabo y dar respuesta a las necesidades de los cuidados enfermeros que nuestra sociedad demanda.

3. *Conocer el significado y la atribución axiológica que los profesionales otorgan a la relación de ayuda en el ejercicio ordinario de su profesión.*

Cuidar a una persona necesitada de ayuda comprende estar atento a sus necesidades de una forma holística, dado que los cuidados enfermeros, tal y como venimos diciendo, son algo más complejos que aprender a realizar unas determinadas técnicas. Sin embargo, al revisar la literatura en torno a esta cuestión, hemos podido constatar que el *cuidado* se encuentra centrado en la enfermedad desde un punto de vista clínico y biológico en la mayoría de los casos. Aunque la atención debe ser tan clínicamente eficaz como sea posible, igualmente la calidad humana de la asistencia no debe disminuirse o relegarse a un segundo plano de prioridad por la simple razón de que sea difícil de expresar cuantitativamente (Sanz, 2000)

4. Relacionar la formación – inicial y permanente- de la competencia enfermera de la relación de ayuda y la intervención en casos oncológicos y de sida.

Muchos profesionales parecen no sentir la necesidad de marchar hacia el desarrollo de la competencia relacional (Bayes y Moreira, 2000). ¿Se debe quizá porque han perdido la vocación con la que iniciaron la carrera?; ¿puede deberse a que no se les ha enseñado y no han tenido buenos modelos de aprendizaje en torno a esta cuestión durante su formación inicial y continuada?; ¿ha tenido lugar un cambio en los valores de la profesión tal como propone el pensamiento enfermero centrado en la persona?

3. Metodología: tipo de estudio

El método utilizado en este estudio es de tipo cualitativo. Atendiendo a las investigaciones de Coffey y Atkinson (2005), Morse et al (2005), Pérez Serrano (2004) Téllez (2002), Mercado et al (2002a, 2002b), García Ferrando et al (2000), Rodríguez Gómez et al (1999) y Valles (1997, 2002), entre otros, la investigación cualitativa es una vía adecuada para la comprensión holística de la existencia humana y tiene como objetivo la exploración y la comprensión de la realidad en la que nos movemos con intención de diagnosticarla, aportar un análisis profundo de la misma y diseñar líneas de mejora. Este tipo de métodos se adapta adecuadamente a la búsqueda de la comprensión, más que a la predicción de una determinada realidad social. Atendiendo a Dezin y Lincoln (1994) los diseños cualitativos son guías flexibles que deben permitir el tránsito de las ideas al mundo empírico; su función es situar al investigador en lugares y conectarlos con personas. Citando a Souza (2002:442) podemos decir que los estudios cualitativos “ofrecen la interpretación de los participantes, penetran en su mundo y llegan a describir las características y estructura del fenómeno que están experimentando”. La investigación cualitativa permite enfocar la experiencia vivida por las personas a la par de la interpretación y el significado que las personas le atribuyen. Bover (2004:127), nos dice citando a Fernández de Sammamed (1995): “que la investigación cualitativa tiene utilidad y debe aplicarse en el estudio de hechos, conceptos y temas poco conocidos que precisan mayor aclaración, ayudando en la comprensión de aspectos que están en el mundo subjetivo de los individuos, explorando creencias, expectativas y sentimientos, y explicando el porqué de los comportamientos y actitudes”.

A nuestro entender, y apoyándonos en la idea de Fernández de Samamed, en esta investigación la cuestión en torno al proceso de relación de ayuda en enfermería sería el tema poco conocido. Lo que nos lleva a explorar las creencias, los sentimientos y los conocimientos que los profesionales desarrollan para llevarla a cabo, así como las dificultades que encuentran, y cómo esto, modula su comportamiento, percepciones y actitudes ante la persona necesitada de ayuda y cómo a su vez, lleva a que se alcance la excelencia de los cuidados en enfermería.

En el primer capítulo de esta investigación, quedó expuesto que la realidad humana puede ser analizada a través de los fenómenos tal como estos son y se manifiesta en la conciencia, de la manera en que son vivenciados individualmente por cada persona, y cómo este análisis es posible mediante el método fenomenológico, ya que éste se refiere a la voluntad de comprender a los seres humanos a partir de cómo ven ellos las cosas, es decir, la apreciación subjetiva del mundo de la persona, o lo que es lo mismo, el “estar en el mundo” que diría Heidegger (1999). En definitiva, los individuos viven en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales son el centro. Estas experiencias son “su realidad”, “su campo fenoménico o experiencial” y reaccionan ante ellas tal y como las perciben en su mundo (Rogers, 1989).

La investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativas, tales como la etnografía, la teoría fundamentada o la investigación-acción, entre otras, destaca el énfasis sobre lo individual y la experiencia subjetiva (Rodríguez Gómez et al, 1999). La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia. En este caso, el investigador trata de ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

Tal y como indica adecuadamente Espitia (2000), la fenomenología interpretativa tiene como objetivo comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, articulando las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos, y de los profesionales de enfermería en el caso que nos ocupa: “debido a los intentos de la fenomenología por revelar el significado esencial de la experiencia humana, esa filosofía y su enfoque le sirven bien a la investigación en enfermería” (Morse et al, 2005:169).

Las diferentes investigaciones llevadas a cabo en enfermería a través de una perspectiva fenomenológica por Camargo y Souza, 2003, Sanches y Boemer, 2002 y Castillo, 2000, entre otras, demuestran que el marco de la fenomenología, al comprender al paciente en su singularidad, nos ayuda a mejorar los cuidados de enfermería. Cibanal (1997:25) dice al respecto que “la concepción fenomenológica nos confirma la visión holística que debe desarrollar la enfermera al abordar al paciente”.

Es dentro de esta tendencia, donde se sitúa la metodología cualitativa del presente estudio. En el caso de la relación de ayuda en enfermería donde elementos como la subjetividad, las implicaciones personales, las habilidades de comunicación, las creencias en torno al valor de la misma en el *cuidado*, los conocimientos y la manera de interaccionar con el paciente y la familia, son definitivos para que ésta llegue a ser eficaz, resulta esencial un análisis cualitativo para poder obtener la máxima comprensión del fenómeno.

Tal y como indica Zoucha (1999) la investigación cualitativa resulta idónea a la hora de realizar estudios de investigación en enfermería si se quieren observar las respuestas humanas y el modo de proporcionar cuidados empáticos a personas dentro de sus culturas y contextos psicosociales específicos. En esta misma línea, De la Cuesta (1997) afirma que los estudios cualitativos tienen especial importancia para los profesionales de la salud que se centran en el cuidado, la comunicación y la interacción con las personas.

En nuestro caso, y tal como indica Rodríguez Gómez et al (1999), entendemos que la investigación cualitativa se preocupa especialmente por el significado que los participantes atribuyen a sus prácticas y a las situaciones educativas en las que se desarrollan. De todo ello, podríamos deducir que la investigación cualitativa se muestra, tanto como instrumento y como concepto, como un método adecuado para explorar las cuestiones que son inherentes al estudio que planteamos: el proceso de relación de ayuda en enfermería al interaccionar con pacientes oncológicos y afectados de sida y las familias de los mismos.

El proceso de investigación llevado a cabo se ha desarrollado en tres fases sucesivas que tienen en cuenta el marco teórico construido a partir de la revisión de la literatura y los objetivos desarrollados a partir del mismo: fase de recogida de datos, análisis del contenido y fase de descripción e interpretación de los datos recogidos. En

las siguientes líneas expondremos el contexto del estudio y los participantes del mismo, para pasar posteriormente al desarrollo de dichas fases:

3.1. Contexto y participantes del estudio

Tal y como venimos indicando, nuestro trabajo de investigación tiene como eje analítico el estudio de la *competencia relacional* en enfermería centrándonos en el proceso de relación de ayuda. Para ello, realizamos nuestro estudio en las unidades de hospitalización de Oncología-Hematología, Unidad de Infecciosas, Unidad de trasplantes de médula ósea y Hospital de Día Médico, situadas respectivamente en la 2ª planta izquierda y en la 2ª planta derecha, 5º centro y 1º planta del hospital *Morales Meseguer* de la ciudad de Murcia, Hospital Público dependiente de la Comunidad Autónoma.

A partir de la premisa de que el diagnóstico de una enfermedad siempre altera el mundo interior de una persona especialmente si la enfermedad diagnosticada es crónica e irreversible, la elección de estas unidades de estudio-observación se justifica atendiendo a que en ellas la conciencia de la enfermedad y la muerte están presentes de un modo constante en los profesionales, los pacientes y los familiares, y donde, a nuestro parecer, la relación de ayuda resulta crítica y decisiva y adquiere una significación especial. Estas unidades acogen a enfermos afectados por varios tipos de cáncer y enfermos de sida principalmente, así como personas que padecen otro tipo de enfermedades infecciosas como puede ser la tuberculosis o diversos tipos de hepatitis. Algunos de estos enfermos se encuentran aislados y la mayoría de ellos pasan largos periodos de tiempo hospitalizados, lo que da lugar a que los profesionales tengan más oportunidad de entrar en contacto con el mundo emotivo de las personas que atienden (pacientes y familia) y de desplegar los cuidados oportunos en el ejercicio de su *competencia relacional*.

Pretendemos que la población objeto de estudio sean los/as enfermeros/as que trabajan en las unidades seleccionadas para esta investigación o que hayan trabajado en ellas durante un tiempo no inferior a tres meses.

Atendiendo a las indicaciones de Pérez Serrano (2004), Téllez (2002), Mercado et al (2002^a, 2002 b), García Ferrando et al (2000), Rodríguez Gómez et al (1999) y Valles (1997, 2002), entre otros, la cuestión de a cuántas personas entrevistar se ha llevado a cabo teniendo en cuenta que tanto en las *entrevistas en profundidad* como

en las *entrevistas en grupo* y su número de componentes, no se persigue la *representación estadística*, sino la *representación tipológica, socio-estructural*, de acuerdo con los propósitos de la investigación y las contingencias de medios y tiempo. Una muestra cualitativa no es mejor cuanto mayor sea el número de participantes, sino en la medida que logra presentar todas las diversidades pertinentes al colectivo analizado (Canales, 2001). Hemos tenido presente en la selección de los entrevistados el criterio de *saturación o redundancia*, que designa el momento en el que el investigador se percató de que añadir datos nuevos a su investigación no ocasiona una comprensión mejor del fenómeno estudiado, o lo que es lo mismo, el investigador no encuentra por parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado, tal y como indican Valles (1997), Rodríguez Gómez (1999), Calderón (2002), Pérez Serrano (2004) y Morse et al (2005). Así mismo, no queremos olvidar en el diseño de la muestra, tanto para las *entrevistas en profundidad* como para los *grupos de discusión*, los principios de *heterogeneidad* y *accesibilidad* con el fin de lograr el mejor proceso comunicativo y alcanzar la máxima *variabilidad* en la comprensión del fenómeno objeto de estudio (Losada y López, 2003). Por tanto hemos tenido en cuenta las siguientes decisiones tomadas de Gordon en Valles (1997): la selección de los entrevistados más capaces y dispuestos a dar información relevante y la elección del tiempo y lugar más apropiados para la entrevista. A la luz de lo visto anteriormente, realizamos un total de 22 entrevistas individuales en profundidad y 3 entrevistas en grupo.

3.2. Fase de recogida de datos

En esta fase hemos utilizamos la técnica de entrevista estructurada en profundidad, con una redacción y orden de preguntas de respuesta libre o abierta, igual para todos los entrevistados, y la técnica de entrevistas grupales o grupos de discusión, como principal método de recogida de datos. Tanto en las entrevistas individuales en profundidad como en los grupos de discusión, se encuentran reflejados los temas y subtemas que deben cubrirse de acuerdo con los objetivos informativos de nuestra investigación. En el momento de llevarlas a cabo durante el tiempo que duró la recogida de datos para la investigación, tuvimos presente los cuatro criterios indicados por Merton y Kendall (en Valles, 1997: 185):

1. *No dirección* (tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas).
2. *Especificidad* (animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas).
3. *Amplitud* (indagar en la gama de evocaciones (memoria) experimentadas por el sujeto).
4. *Profundidad y contexto personal* (“la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga colorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica, debería obtener el contexto personal relevante, las asociaciones ideosincráticas, las creencias y las ideas”).

La técnica de entrevista en profundidad es útil porque asegura que el investigador obtendrá toda la información pretendida, a la vez que permite que el entrevistado tenga libertad para responder y aclarar los conceptos del estudio. Del mismo modo, la entrevista en profundidad es un método adecuado para recoger el discurso verbal de los participantes en el interés de comprender la perspectiva que una persona tiene de acerca de un determinado tema (Valles, 1997,2002).

Este tipo de entrevista es especialmente adecuada para recoger información subjetiva y personal de los actores sociales (Ribot Catalá et al, 2000), es decir, cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales, y el empleo de la misma presupone que el objeto temático de la investigación, en nuestro caso el proceso de relación de ayuda, será analizado a través de la experiencia que de él poseen los individuos que son parte y producto de la realidad estudiada (Delgado y Gutiérrez, 1994). El estilo especialmente abierto de esta técnica nos ha permitido la obtención de una gran riqueza informativa (intensiva, de carácter holístico o contextualizada), en las palabras o enfoques de los profesionales de enfermería que han participado en la investigación.

Como métodos complementarios han sido adecuados la observación y un cuestionario socio-demográfico para cada participante. A su vez, después de cada entrevista individual, resultó muy conveniente tomar apuntes como notas de campo sobre el profesional de enfermería entrevistado, su imagen, su comunicación no

verbal, etc, y que nos fueron de gran ayuda en el momento de transcribir los datos de las entrevistas. El guión utilizado para la entrevista individual es el siguiente:

0. Encuadre autobiográfico

Sexo: 1. Varón Edad

2. Mujer Estado Civil: 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a

4. Viudo/a

Nivel académico: 1. DUE 2. DUE por curso nivelación 3. ATS

Año de estudio:

Lugar de estudio:

Otros estudios:

Unidad de trabajo: 1. Oncología-hematología 2. Enfermedades infecciosas. 3.

Hospital de Día Médico 4. Transplantes de médula

Tiempo que lleva trabajando en la Unidad:

Tiempo trabajado con enfermos de sida y/o Onco- Hematología:

1. Competencia en relación de ayuda

- ¿En qué medida piensas que se encuentran los enfermeros/as preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a los pacientes en los difíciles momentos por los que pasa al sufrir una enfermedad terminal?
- ¿Consideras que los profesionales conocen bien las técnicas de comunicación y relación de ayuda (escucha activa, empatía, confrontación del problema, etc)?
- ¿Qué importancia piensa usted que dan los enfermeros/as al proceso de relación de ayuda en enfermería en el quehacer diario de su profesión?
¿Piensa que se tiene en cuenta?
- ¿Cómo definirías el estilo de relación de ayuda que los enfermeros/as tienen con los pacientes?

2. Formación y expectativas

- ¿Crees que los enfermeros/as consideran la relación de ayuda importante para el cuidado enfermero? ¿por qué?
- ¿Cuál crees que es la formación inicial recibida en relación de ayuda de los enfermeros/as? ¿existe alguna asignatura específica?
- ¿Piensas que hay interés por este tema y las enfermeras/os tratan de buscar formación continuada en relación de ayuda?
- Cuéntame cómo ha sido tu formación en este campo: durante la carrera y después: periodos de prácticas, lugares en los que te iniciaste laboralmente, profesionales que te hayan hablado del tema, cursos, etc.
- ¿Cómo piensas que podría mejorar el aprendizaje en relación de ayuda en enfermería?

3. Relación ayuda profesional-paciente-familia.

- ¿Además de en este hospital había trabajado antes con enfermos de sida o con cáncer?
- ¿Estas en el servicio por elección tuya? ¿qué pensaste o experimentaste cuando tuviste conocimiento de que trabajarías en este servicio?
- Si por alguna razón tuvieras que dejar el servicio un tiempo, ¿lo elegirías de nuevo para trabajar?
- Háblame de aquello que menos te gusta o que te resulta más difícil al relacionarte en tu trabajo con enfermos oncológicos o de sida.
- ¿Qué es lo más importante para ti cuando cuidas a este tipo de pacientes?
- ¿Qué piensas que ellos piden o esperan de ti como enfermero/a?
- Al entrar en contacto con los pacientes ¿te cuesta tocarlos, ser tierno, dejar escapar tus sentimientos, etc.?
- ¿Te plantean preguntas que te resultan comprometedoras? ¿qué tipo de preguntas? ¿qué sentimientos experimentas al recibir las? ¿eres consciente de los mismos y de cómo los manejas?
- ¿Te has sentido implicado más de lo que esperabas con el problema del paciente? (*explicar: “llevarse los problemas a casa”*)
- ¿Encuentras dificultad para hablar con los pacientes y la familia de las cuestiones delicadas: muerte, dolor, sufrimiento, etc.? ¿qué técnicas de relación de ayuda utilizas?
- ¿Existen otras dificultades con las que te has encontrado a lo largo de tu trayectoria profesional en contacto con pacientes oncológicos o enfermos de sida? ¿se comentan estas dificultades con los compañeros o con el resto del equipo de trabajo?
- ¿Cómo es la relación con la familia?
- ¿Cómo definirías la relación de ayuda en enfermería?
- Hay algo que desees añadir que no se haya tratado durante la entrevista

En cuanto a los grupos de discusión y tal y como indica Krueger (1998), incluir esta estrategia en un estudio cualitativo se justifica porque a través de ella podemos provocar más riqueza de información ya que la interacción que se produce entre sus componentes hace que las ideas afloran con más facilidad. Ocurre que en ellos se da el efecto de sinergia: la situación de grupo hace que las respuestas o intervenciones surjan como reacción a las respuestas o intervenciones de otros miembros presentes en la reunión. De esta manera se logra una especie de retroalimentación entre los distintos sujetos que son parte del grupo, creando un entorno en el cual se induce a alimentar la discusión. A través de esta técnica de recogida de datos perseguimos el objetivo de conocer *qué opinan, cómo se sienten, qué saben*, y sobre todo, *qué nuevas perspectivas* se abren a partir de la discusión en relación con el tema objeto de investigación (Losada y López, 2003). La entrevista en grupo nos permite combinar los elementos de la entrevista individual y la observación participante, dado que adicionalmente nos proporciona acceso a formas de información distintas de las otras dos técnicas. El guión utilizado para el debate y la discusión durante la realización de las entrevistas grupales fue el siguiente:

1. ¿Además de en este hospital habíais trabajado antes con enfermos de sida o con cáncer? ¿Cómo llegasteis a este servicio?

2. Me gustaría que me contarais cuales son las funciones principales que tiene el enfermero/as en el cuidado al paciente terminal dentro del equipo de salud de la unidad

3. ¿Pensáis que los cuidados enfermeros que prestan a los pacientes terminales y a su familia son importantes? ¿Por qué?

(Comenzaremos con estas preguntas con el fin de crear identidad en el grupo)

4. ¿Qué es lo más importante para vosotras/os en el cuidado a estos pacientes y su familia?

5. ¿Qué cosas son las que menos os gustan o resultan más difíciles en el cuidado del paciente terminal y su familia?

6. ¿Cuál es vuestra experiencia en las situaciones que habéis tenido que hablar con los pacientes y la familia de las cuestiones delicadas: muerte, dolor, sufrimiento, etc.? ¿Cómo os sentís? *(Para profundizar: ¿Os resulta difícil?; ¿se implican demasiado con el paciente? ¿Os encontráis preparados? ¿Qué técnicas de relación de ayuda utilizáis?)*

7. ¿Pensáis que es importante que los enfermeros que trabajan en oncología e infecciosas conozcan bien las técnicas de comunicación y relación de ayuda? ¿Por qué?

8. ¿Habéis sentido alguna vez que os han faltado herramientas para comunicarte mejor con ellos? *(para profundizar: se tiene conocimiento de las actitudes y habilidades específicas: escucha, empatía, confrontación, etc, ¿qué formación recibisteis en relación de ayuda? ¿Qué formación tras la carrera?)*

9. En vuestra opinión, ¿Cómo están los enfermero/as preparados respecto a esto? ¿Qué creéis que se podría hacer para mejorar?

10. Alguna cosa que no fue dicha y os gustaría mencionar

Antes de comenzar el reclutamiento de los enfermeros/as, pedimos permiso oficial y su colaboración al gerente y a la dirección de enfermería del Hospital Morales Meseguer, a través de una carta en la que se explicaban los objetivos y los propósitos de esta investigación, y junto a la cual se entregó un borrador con el proyecto detallado de la misma. Por otra parte, llevamos a cabo esta acción también con el Comité de Ética de dicho hospital, adjuntando un borrador con el proyecto y un currículum vitae del investigador principal, que dicho comité nos demandó posteriormente. Del mismo modo, nos pusimos en contacto con los supervisores de las unidades del hospital anteriormente citadas para informarles de nuestro proyecto de investigación y poder acceder a los informantes. Tras ello, tuvimos también la oportunidad de acercarnos a dichas unidades de estudio-observación donde pudimos exponer y explicar los objetivos del proyecto y pedir la colaboración de los profesionales de enfermería que desearan participar en él. Por otra parte, algunos profesionales decidieron participar y formar parte de la muestra a través de la conocida técnica *bola de nieve*, en la que unos informantes animan a otros a participar explicándoles sus conocimientos sobre la investigación. Fue a partir de esta técnica cualitativa, que algunos profesionales se pusieron en contacto con el investigador principal interesados en formar parte de la investigación tras haber hablado con compañeros/as que ya habían tenido la oportunidad de realizar la entrevista cualitativa con el mismo.

En el momento de realizar la entrevista individual, tuvimos siempre presente las condiciones de tiempo, lugar y registro de las entrevistas, atendiendo a la privacidad, preferencias y comodidad del entrevistado con el fin de “maximizar el flujo informativo” (Valles, 1997). Así, en el caso de aquellos profesionales de enfermería que desearon participar, se pactó previamente con ellos el lugar, el día y la hora del encuentro, ajustándose el investigador a las condiciones de tiempo y comodidad del informante, y dejando un teléfono de contacto a los participantes antes y después de la entrevista para posibles dudas o expresiones de posibles inquietudes. De este modo, unas entrevistas se llevaron a cabo en la propia casa del informante, otras en casa del entrevistador y otras en una sala habilitada por los supervisores de enfermería para tal efecto, con el fin de evitar las interrupciones en la medida de lo posible y mantener la privacidad del discurso del informante en todo momento.

Atendiendo a la bibliografía trabajada en torno a la metodología cualitativa, el tiempo medio de duración de las entrevistas ha sido una hora y media. No obstante, algunas de ellas llegaron a durar más de dos horas y media, casos en los cuales, no

creímos conveniente interrumpir dado que el informante demostraba la necesidad de contar sus experiencias de vida y la riqueza del discurso resultaba de gran valor para el desarrollo de la investigación.

Por último, cabe decir, que previo consentimiento de los entrevistados y con el fin de poder analizar y categorizar los datos contenidos en el discurso de los mismos, todas las entrevistas han sido registradas en una grabadora digital, cuyo formato de grabación nos ha permitido pasar los archivos de voz directamente al ordenador, previa instalación del programa informático correspondiente (*Digital Voice Recorder Ds-2*),

En el caso de las entrevistas en grupo nos interesaba que se dieran el principio de *heterogenidad* mencionado anteriormente, por lo que pretendimos que en los grupos constituidos de 5 a 7 personas, participaran profesionales de enfermería de las unidades de Onco-Hematología, Infecciosas, Trasplantes y Hospital de Día Médico, no obstante, la consecución de este criterio de investigación cualitativa, hizo que el reclutamiento de los informantes presentara mayor complicación que las entrevistas individuales, dado que una característica de la profesión que nos ocupa, es el hecho de que su jornada laboral se presenta en lo que se conoce como *turnos rodados*, en los que el profesional ejerce tanto en turno de mañana, de tarde como de noche, y esto complica un poco el hecho de reunir a las enfermeras/os de las diferentes unidades de trabajo un mismo día, hora y lugar, a pesar de la motivación inicial de los profesionales por colaborar en la investigación. No obstante, atentos en todo momento a las condiciones de tiempo de los informantes, y el hecho de que en los mismos participaran profesionales que habiendo trabajado en las unidades de estudio-observación en la actualidad trabajaban en unidades distintas, hizo que las entrevistas en grupo se desarrollaron favorablemente. Para el reclutamiento de los profesionales, se envió una carta a través de los supervisores con el calendario de fechas previstas para la reunión, atentos en todo momento a las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería para el cambio de turnos de trabajo y buscando posibles soluciones para facilitar la asistencia. A los profesionales que desearon participar en las entrevistas en grupo, se les llamó por teléfono los días previos a la realización de las diferentes entrevistas, para confirmar la asistencia, los datos del encuentro y las posibles dificultades surgidas en el último momento, así como que se les facilitó un número de contacto en el caso de que desearan rehusar o aclarar posibles dudas en cualquier momento del proceso.

La elección del lugar para la realización de estas entrevistas grupales se hizo en orden a los criterios cualitativos de *neutralidad*, que atiende al hecho de que sea un lugar alejado del centro de trabajo de los informantes, y al criterio de *accesibilidad*. Por ello, nos pusimos en contacto con el Instituto Teológico Franciscano de Murcia, sito en la Plaza Beato A. Hibernón, 4 de esta misma ciudad. Este lugar, además de no presentar relación con el lugar de trabajo de los profesionales de enfermería, nos pareció adecuado por ser un lugar céntrico, lo cual facilitaría el acceso de los informantes a la entrevista, y por encontrarse próximo a un punto de venta de material sanitario muy conocido por la totalidad de los profesionales de enfermería, que haría más fácil la localización geográfica del lugar, para aquellos que no lo conocieran.

A los profesionales de estas entrevistas en grupo, también se les pasó el mismo cuestionario sociodemográfico que a los profesionales entrevistados individualmente. Del mismo modo, tras finalizar y marchar los participantes, el entrevistador se quedaba un rato en la sala reflexionando sobre el desarrollo del grupo, las notas tomadas en el diario de campo en torno al lenguaje no verbal, la observación participante como moderador del grupo, etc.

3.3. Fase de análisis de contenido de los datos

Atendiendo a las características de la metodología cualitativa el análisis de los datos se ha ido realizando de un modo cíclico y reflexivo durante todo el proceso de investigación. El investigador se ha acompañado de un diario de campo donde apuntaba notas a partir de la observación realizada y los datos recogidos que le guiaban en las decisiones con relación a la recogida y análisis de los datos.

Tal y como indican Rodríguez Gómez (1999) y de Andrés (2000), la fase de análisis de una investigación lleva consigo identificar los elementos que conforman la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante ensamblando los elementos diferenciados para construir un todo estructurado y significativo. El tipo de análisis seleccionado para nuestra investigación ha sido el *análisis de contenido* de los datos recogidos en los textos, dado que este tipo de análisis nos ha permitido explorar las construcciones sociales y cómo estas influyen en el objeto de estudio (Iñiguez, 1999). Así, en nuestra investigación los discursos sociales dominantes que hemos querido explorar, recogidos en los textos tras las entrevistas, han sido los referidos a las estrategias y habilidades, dificultades,

valoración y formación adquirida de los profesionales de enfermería, siendo el objeto de estudio el proceso de relación de ayuda en el ejercicio de la profesión. Este tipo de análisis concibe al lenguaje como un elemento clave en los procesos de interacción social y los relatos expresan las convenciones sobre cómo “son las cosas” al tiempo que fluyen las contradicciones, conflictos, intereses, etc (Bover, 2004, Ruíz Olabuénaga, 2003).

Resulta esencial en todo proceso cualitativo, crear un sistema de organización básico compuesto por categorías globales del objeto de estudio, que junto al plan específico de análisis cualitativo orientarán la clasificación de los datos (Rodríguez Gómez, 1999). Atendiendo a este autor y las investigaciones de Andrés (2000), una vez establecidas las dos fases anteriores, desarrollamos un proceso deductivo de codificación a partir de las teorías ya establecidas sobre el proceso de relación de ayuda. Para ello, realizamos la *segmentación* de los diferentes temas que se abordaron en la entrevista a partir del cuestionario guía, y fuimos seleccionando los discursos elaborados y segmentando los contenidos en relación al proceso de relación de ayuda en enfermería, estableciendo categorías y codificando. Los autores arriba mencionados indican, que cada categoría incluye un significado o un tipo de significados que permite agrupar y clasificar conceptualmente unidades que hacen referencia a un mismo tema o concepto.

Las **categorías** en nuestra investigación se estructuraron en relación a los cuatro objetivos propuestos en nuestro estudio. Así, quedaron definidas las siguientes categorías:

- Estrategias y habilidades desarrolladas en el proceso de relación de ayuda en enfermería
- Dificultades encontradas durante el desarrollo del mismo
- Valor y significado de la relación de ayuda como competencia profesional en el ejercicio ordinario de la profesión
- Formación adquirida en relación de ayuda en enfermería

Una vez transcrito el texto de las entrevistas, tanto individuales como en grupo, realizamos un análisis de contenido de las mismas definiendo los códigos, entendiendo éstos, como unidades de análisis compuestas por varias líneas o frases que exponen una idea central (Coffey y Atkinson, 2003). Estos códigos pueden ser

reunidos bajo diferentes subcategorías que contemplan aspectos diferenciadores que van surgiendo dentro de las cuestiones generales definitorias de las categorías propuestas (Bover, 2004). A su vez, puede ocurrir que algunos códigos recojan el mismo texto ya que éste contiene varias ideas centrales (Rodríguez Gómez, 1994).

De Andrés (2000:44) indica que el “trabajo de análisis se centra en poner en relación dialéctica los relatos y el marco teórico para ver en qué medida aquellos se pueden entender a partir de éste”. De este modo, se fue realizando la transcripción de las diferentes entrevistas, atendiendo a las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado, y tras una primera lectura de los textos originales de cada entrevista individual o grupal, se agruparon las citas y párrafos que capturaban una idea específica sobre las cuestiones de la investigación. Dichas citas, fueron posteriormente codificadas y categorizadas atendiendo a los objetivos de la investigación contrastándose en todo momento con el marco teórico del estudio.

El proceso de análisis cualitativo fue asistido por ordenador. Valles 1997; Rodríguez Gómez 1997; Cisneros 2002; Coffey y Atkinson, 2003, entre otros, señalan que en este tipo de análisis informático en investigación cualitativa presenta como ventaja la rapidez en el manejo de la gran cantidad de datos que proporcionan los discursos de los participantes, permitiendo al investigador la exploración de numerosas cuestiones analíticas y la posibilidad de desarrollar y revisar las consistentes combinaciones de códigos. Por tanto, los datos fueron analizados con la ayuda del programa informático de análisis cualitativo Maxqda2007.

Por último, cabe decir que en acorde con el pensamiento de Ruíz Olabuénaga (2003), creemos que mediante el análisis cualitativo se pretende generar interpretaciones conceptuales de los hechos que ya están a mano, no proyectar resultados de posibles manipulaciones de estos datos. El trabajo cualitativo consiste en inscribir (descripción densa) y especificar (diagnóstico de la situación), es decir, establecer el significado que determinados actos sociales (la relación de ayuda en enfermería en nuestro caso), tienen para sus actores (enfermeros/as) y enunciar lo que este hallazgo muestra de su sociedad y, en general, de toda la sociedad.

4. Rigor metodológico

Para asegurar la validez y el rigor metodológico, en este estudio hemos querido utilizar la triangulación metodológica, entendida como el uso de varios métodos en la investigación en el estudio de un mismo objeto (Valles, 1997). Por ello, junto a las entrevistas individuales en profundidad quisimos llevar a cabo entrevistas en grupo por las características expuestas anteriormente de cada uno de estos métodos, así como, la observación como una importante técnica de investigación (Santos Guerra, 1990) y como un método excelente para ser triangulado.

Además de la triangulación metodológica, Bover (2004) considera también la búsqueda y la revisión de la literatura existente sobre las cuestiones de la investigación como un método complementario que aporta rigor al estudio. En nuestro caso consultamos diferentes bases de datos tales como, Medline, Cuiden, Cinahl, Enfispo, BVS del iscii, Pubmed, Cochrane, Lilacs, Psychoinfo y Scielo, entre otras, donde los descriptores cruzados en la búsqueda fueron: relationship, patient, nurse, enfermera/o, enfermería, counseling/ counselling, relación de ayuda, paciente terminal, enfermo terminal, holístico, actitudes, habilidades, comunicación, empatía.

Atendiendo al criterio de *credibilidad* en el marco de un estudio cualitativo (Morse et al, 2005), que designa el grado de concordancia y de asentimiento que se establece entre el sentido que el investigador atribuye a los datos recogidos y su plausibilidad tal como es percibida por los participantes en el estudio, tratamos de verificar por parte de los participantes en la investigación los resultados obtenidos para comprobar si se sienten representados por ellos.

En cuanto a la *transferibilidad* de los datos (Castillo y Vásquez, 2003), cabe señalar que los estudios cualitativos producen datos que son de gran valor social por ser contextualizados, pero eso hace que ellos no sean generalizables. Debido a que el propósito de la investigación cualitativa no es producir generalizaciones sino más bien comprensión y conocimiento en profundidad de los fenómenos particulares (Morse et al, 2005), los resultados son transferibles a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socio-culturales con el contexto en el que se recogen los datos.

La *subjetividad* del investigador cualitativo, es un elemento que influye durante todo el proceso, desde la delimitación del objeto, el método que se elija, el

análisis de los datos y la interpretación, así como su difusión a la comunidad científica y público lego. Atendiendo a esto, entendemos al investigador como un instrumento flexible de la indagación (De la Cuesta, 2003), donde, la *reflexividad* emerge como un elemento fundamental dado que el investigador no se borra del estudio, sino que se convierte en un instrumento, un vehículo para obtener datos y comprender la experiencia del otro. Robles (2002:324), indica que es fundamental “conceptuar al sujeto investigador como un “sujeto ubicado” no sólo a partir de la posición que ocupa en el mundo académico, sino también por su subjetividad y su relación con el objeto que investiga, en este caso a través de sus experiencias personales”. En investigación cualitativa es esencial demostrar que el investigador construye la investigación utilizando la *reflexividad*. Janesick (2000), citado por De la Cuesta, indica que el diseño de la investigación debe ser flexible, adaptándose, transformándose y rehaciéndose conforme avanza el estudio. Se trata de un proceso interpretativo en el que el investigador se reubica y contextualiza el proceso inicial del estudio, en el marco de la experiencia compartida entre él y los participantes, o lo que es lo mismo, dentro de la *reflexividad*.

En definitiva, la reflexividad es un elemento en cualquier tipo de estudio en general. Así, en el caso de este estudio cualitativo, en el que se entiende al investigador como un instrumento de recogida de datos, el tipo de metodología que hemos utilizado exige explorar y definir previamente de forma más explícita cuál es la posición, motivaciones e intereses del investigador en referencia al tema de la relación de ayuda en enfermería, cuestión que abordamos en el capítulo de introducción de esta investigación. Somos conscientes de que todo esto contribuirá a clarificar la aportación realizada, tanto desde la perspectiva teórica utilizada, como en la posterior interpretación y discusión de los datos obtenidos, así como, de que este proceso crítico contribuye a garantizar el rigor epistemológico del estudio.

5. Consideraciones éticas

Tal y como indica Santos Guerra (1990), la ética, como conjunto de principios y normas morales que rigen las actividades humanas, está cargada de subjetividad. Como hemos visto, Leticia Robles (2000) nos apunta la importancia de reflexionar sobre cómo construimos el conocimiento, destacando la figura del investigador como un “sujeto ubicado”, no sólo desde la posición académica, sino también por su subjetividad y relación con el objeto de investigación y en este caso a través de sus

experiencias personales con el fin de ilustrar cómo ve, habla, analiza y explica el estudio.

En el caso de los estudios cualitativos en el que el investigador es un instrumento de recogida de datos, el tipo de metodología utilizada exige explorar y definir previamente de forma más explícita cuál es la posición, motivaciones e intereses del investigador en referencia al tema de estudio, con el fin de clarificar la aportación realizada y garantizar el rigor epistemológico y metodológico del estudio.

Por ello, para salvaguardar los problemas éticos que pudieran darse durante la investigación hemos procurado actuar de manera clara y sin ocultar los propósitos de nuestro estudio. Por tanto, y tal como comentábamos, inicialmente escribimos una carta dirigida al Director de enfermería, al Comité de Ética y a la Gerente del Hospital Morales Meseguer, explicando nuestras intenciones y pidiendo el permiso y la colaboración necesaria para llevar a cabo la investigación. Por otro lado, se informó a todas las personas que fueron investigadas de la finalidad del investigador en el campo de estudio y de los objetivos que se pretenden conseguir, poniendo énfasis en el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos, para lo que se les facilitó un documento de *consentimiento informado* antes de la realización de las diferentes técnicas de recogida de información. Para conseguir la confidencialidad hemos codificado y numerado el nombre de los entrevistados.

CAPÍTULO V

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

A lo largo de este capítulo, central en la investigación, se presentan los resultados obtenidos según han ido apareciendo en el análisis de los textos transcritos de las entrevistas, tanto individuales como grupales. Con el fin de aprovechar el discurso de las narrativas obtenidas durante la recogida de datos, hemos ordenado la exposición de los hallazgos según las categorías propuestas para el análisis y, dentro de ellas, las subcategorías específicas e ideas surgidas durante el proceso de codificación que han resultado más relevantes para la investigación. Cada uno de los conceptos aparecidos ha sido ilustrado con algunas citas de las transcripciones originales, con el fin de que la idea propuesta sea captada del mejor modo posible. Así mismo, al final del desarrollo de cada categoría analizada, aportamos un gráfico en forma de tabla, con las ideas fundamentales extraídas de las narrativas de los participantes en la investigación. Tal como indicábamos en el capítulo IV diseño metodológico, deseamos añadir al respecto, que el investigador cualitativo, utiliza en todo momento durante el desarrollo de las entrevistas, tanto individuales como en grupo, las actitudes y habilidades de comunicación necesarias para obtener la mayor información posible, por lo que dichas indicaciones aparecerán también expuestas en algunos de los discursos ilustrados, con el fin de que comprendamos mejor.

Tal y como se propuso inicialmente, las categorías aparecidas y definidas según la narrativa de los/as participantes en contestación a la pregunta de investigación son:

- *Estrategias y habilidades desarrolladas en el proceso de relación de ayuda en enfermería.*
- *Dificultades encontradas durante el desarrollo del mismo.*
- *Valor y significado de la relación ayuda como competencia profesional en el ejercicio ordinario de la profesión.*
- *Formación adquirida en relación de ayuda en enfermería.*

Del análisis y codificación de las entrevistas realizadas a los diferentes actores sociales, fueron surgiendo diferentes subcategorías y diferentes códigos dentro de éstas, para cada uno de los grandes temas recogidos en cada una de las categorías

iniciales. Con el fin de realizar una mayor comprensión de los resultados presentamos a continuación la estructura general de las categorías y subcategorías:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
ESTRATEGIAS Y HABILIDADES	PREPARACIÓN Y CONOCIMIENTOS	ACTITUDES Y HABILIDADES LLEVADAS A CABO	ESTILOS DE RELACIÓN
DIFICULTADES DURANTE LA RELACIÓN	QUÉ TIPOS DE DIFICULTADES	CÓMO LAS MANEJAN	PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS DURANTE LA RELACIÓN
VALOR Y SIGNIFICADO DE LA RELACIÓN DE AYUDA	PROFESIONAL	INSTITUCIÓN	CONFLICTO AXIOLÓGICO
FORMACIÓN EN RELACIÓN DE AYUDA	FORMACIÓN INICIAL Y DOCENTES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS	FORMACIÓN CONTINUADA	PROPUESTAS DE FORMACIÓN EN RELACIÓN DE AYUDA

1. Estrategias y habilidades desplegadas en el proceso de relación de ayuda.

Nuestra pretensión principal en el análisis de esta categoría ha sido identificar las estrategias (actitudes y habilidades) específicas que desarrollan los profesionales de enfermería, cuando intervienen en procesos de relación de ayuda oncológicos y de sida, tanto con los enfermos como con sus familias.

Tal y como indicábamos en el capítulo IV, el hecho de que tenga lugar un proceso de relación de ayuda eficaz dentro del marco de la competencia relacional de enfermería lleva consigo el despliegue de una serie de actitudes esenciales: la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional principalmente, así como, de una serie de habilidades: personalización, confrontación, escucha activa, reformulación, autorrevelación, congruencia, asertividad, especificidad, etc. Se trataría por tanto, de descubrir, a partir del discurso de los informantes, qué estrategias de relación de ayuda como parte del cuidado enfermero utilizan los enfermeros/as con pacientes afectados de una enfermedad infecciosa y/o oncológica y sus familias, y qué efectos tiene en la trayectoria de la dolencia.

1.1. Conocimiento del proceso de relación de ayuda

En las manifestaciones de los informantes entrevistados cabe destacar dos aspectos: Por un lado aparece el sentimiento generalizado de no conocer adecuadamente el proceso de relación de ayuda en el momento de acompañar a los pacientes con los que interaccionan diariamente y que se encuentran en situación de crisis:

Yo creo que para acompañar a morir es en lo que menos estamos preparados, y ya no para Sida⁹ o para lo que sea, porque esos silencios tensos cuando alguien se está muriendo en la habitación, y la familia está que tal, y ..., que..., a veces entras y no sabes ni lo qué decir ni dónde meterte, y a veces no se acompaña lo suficiente, por miedo a no saber estar, yo creo que es un aprendizaje que la enfermería hemos tenido, y lo tenemos, bastante descuidado. (E12)¹⁰

⁹ En el desarrollo del discurso presentamos el término Sida con mayúscula cuando se hace conexión directa a la enfermedad. En los casos que los informantes indica dicho término en el marco de su argot profesional (“un sida”, “un oncológico”, “un vih”, etc.) de modo generalizado para designar a los pacientes, estas palabras aparecerá con minúsculas.

¹⁰ En cada uno de los discursos de los informantes aparece este símbolo, donde la E, indica que se trata de una entrevista individual y la G, de una entrevista en grupo. El número que acompaña a la inicial hace referencia al número de entrevista. Las entrevistas han sido codificadas con números con el fin de preservar la intimidad de los informantes en todo momento.

En general mal, porque yo incluso cuando llega el momento, y llevo ya aquí tiempo, es muy difícil, no sabes qué hacer, no sabes qué decir, y algunas veces piensas: bueno con estar es suficiente, pero al mismo tiempo piensas: parece que sobro, no sé, tendría que decir, hacer algo (...) (E14)

Yo creo que la relación de ayudar es saber estar en cada momento al lado del paciente y saber qué decir en cada momento, cosa que no sabemos, porque no tenemos las herramientas, lo hacemos por ciencia infusa, o por ensayo-error, unas veces acertamos y otras veces metemos la pata hasta el fondo. (G1)

Por otra parte, señalan que ante el desconocimiento de cómo llevar adecuadamente un proceso de relación de ayuda, se actúa en función de la personalidad de cada uno de los profesionales, como si se tratase de algo innato, de una *gracia* dada más que de un aprendizaje:

Yo creo lo que te decía: que no hay preparación para eso, no sabemos..., ni acompañar a la persona cuando se está en su fase terminal, en la última fase de su vida, ni a lo largo de la enfermedad, yo creo que no, y ya te digo, yo con mis pacientes actúo por algo innato que me sale, porque soy así. (E11)

Cada uno actúa según su forma de ser, hay gente que es más abierta y actúa, y hay gente que es más cerrada, y a lo mejor sólo trabaja. Pero ahí vamos, según como somos, actuamos. (..) Va con la persona, y hay gente que, que le gusta. Yo creo que vales o no vales. (E1)

Yo creo que como preparados no estamos preparados, más bien nos basamos en la experiencia de cada uno y en el carácter de cada uno para afrontar las cosas. (E3)

Eh..., yo creo que actualmente no estamos preparados, vamos más a nivel de intuición, a nivel de error-ensayo, es decir, si yo por ejemplo según mi estilo de personalidad y según mi forma de ser, creo que le puedo ayudar mejor a esta persona de esta manera, pues la ayudo, pero no a través de un estudio, de un estudio serio con un protocolo, como por ejemplo, un protocolo de úlceras, un protocolo de... a seguir ¿no?, sino que lo veo más a nivel de error-ensayo es decir, bueno me hacen esta pregunta, respondo ésta, porque creo que es la

más correcta, pero normalmente, ¡creo que es la más correcta para mí!, no para la otra persona. (E5)

1.2. Actitudes y habilidades de relación de ayuda

Tal y como veíamos anteriormente, los profesionales de enfermería manifestaron durante las entrevistas individuales y en grupo, la preocupación de no conocer adecuadamente el desarrollo del proceso de relación de ayuda en el ejercicio de su profesión. No obstante, muchos de estos profesionales, en la motivación de mejorar su competencia relacional y desde el valor que ellos conceden a la relación de ayuda, tal y como analizaremos más adelante, desarrollan en su quehacer diario toda una serie de actitudes y destrezas para ayudar del mejor modo posible al paciente y a la familia, a afrontar la situación de crisis en la que se encuentran. Cabe decir, que en la mayoría de los casos, los profesionales no tienen claro el concepto de la *técnica humana* e invisible, cuantitativamente hablando, que están llevando a cabo, ni si lo están haciendo del modo correcto, pero aún así, ellos entienden que esa actitud en la relación es beneficiosa para el paciente. Una informante comentaba al respecto:

Y luego, a parte de eso, no es porque yo diga: es que voy a hacer la técnica de esta de la escucha activa de no sé qué ¡no! es un poco de manera espontánea, aunque si luego te vas a lo libros dices: ¡ah, sí! pues mira eso es lo que hemos estado haciendo, pero en el momento que lo haces, yo por lo menos, no soy consciente de que lo que estoy haciendo, te viene..., ummm, y claro pero lo has hecho de una manera que a lo mejor no has seguido los pasos por orden.(E7)

Analicemos a continuación, el conjunto de actitudes, destrezas y estrategias de relación de ayuda desplegadas por los profesionales de enfermería, a partir de los discursos reflejados en las entrevistas:

1.2.1. Empatía vs. simpatía

Una de los aspectos importantes a destacar en el discurso de los informantes, es que, si bien por un lado, los profesionales conocen el término *empatía* y la diferencia entre ser empático y simpático con el paciente o el familiar, por el otro, no despliegan en la

mayoría de los casos las habilidades fundamentales, escucha activa y reformulación, para que la empatía se desarrolle como tal:

El tema de la empatía, yo tengo mis...o sea, todo el mundo le da importancia a la empatía, pero yo creo que la empatía no es buena del todo, porque..., yo creo que hay mucha gente que piensa como yo (intento clarificar). Pues mira, lo que es la empatía que es ponerse en el lugar del otro, y entender..., o sea, es vivir ¿no?... o sea, el tema de empatizar es como meterte dentro del paciente y entender por qué vive así sus experiencias ¿no? y al final eso te carga, es decir..., tú te implicas... o sea, si tú haces empatía te implicas emocionalmente en el paciente y no eres capaz de ver las cosas desde fuera. (E21)

El discurso anterior nos lleva a interpretar que aunque se tiene información sobre la empatía no se tiene muy claro cómo llevarla a cabo adecuadamente en el marco de la competencia relacional, y se confunde en muchas ocasiones con la simpatía. En esta misma línea, los participantes de una de las entrevistas en grupo decían al respecto:

- ¡Hombre! lo ideal es empatizar, pero depende también de la persona que tengas en frente, si has conectado más, si has conectado menos...

- Ya... hay pacientes que hablan más contigo, te cuentan sus cosas, yo les cuento las mías tal, y que empatizas más evidentemente, como personas de la calle con las que te cruzas y que conoces, y empatizas más con una gente y con otra no, pues con los pacientes igual...(G3)

O sea, tú tienes que entender al paciente, saber lo que le pasa, y poner todos los recursos que tienes al alcance para poder ayudarle, pero si te metes dentro y haces empatía, lo que se entiende la empatía como tal, pienso que no le ayudas. Si empatizas mucho te bloqueas también. (E21)

1.2.2. La aceptación incondicional

Tal y como se explica en el marco teórico de esta investigación, *la aceptación incondicional* o *aceptación positiva*, forma parte junto con la empatía y la autenticidad, de la tríada de actitudes esenciales para que la relación de ayuda sea eficaz. A partir de la experiencia propia de los profesionales entrevistados, encontramos en algunos

discursos, principalmente en el de aquellos informantes que tienen conocimientos acerca del proceso de relación de ayuda, cómo ésta es llevada a cabo adecuadamente cuando prestan cuidados de enfermería:

Yo lo que me gusta es que al final si quieres te puedes comunicar con esa persona. Mira, una vez, estuve en la unidad de infecciosos, con un paciente de Sida que era un preso, para colmo, la policía estaba fuera, y a mí me pasaron el relevo y me dijeron: ¡no te acerques que es un preso y es peligroso! yo la verdad que... para mí todos son pacientes, y en ese momento entré a la habitación y dije: buenas tardes, me llamo (omitimos el nombre por preservar la intimidad del entrevistado/a), y no me acordé de que era preso, la verdad, la etiqueta, pues entonces miré al chico y la verdad es que lo vi guapísimo, y lo vi guapísimo y super demacrao. (E5)

En la continuación del discurso, esta informante relata el modo como actúa al interaccionar con el paciente partiendo de la aceptación positiva, y dejando a un lado la *etiqueta* puesta al paciente por el hecho de ser un preso, presentando de este modo, ausencia de juicio moralizante, que no significa ausencia de una escala de valores propia, así como, cordialidad y afabilidad en el trato y atención al mundo de los sentimientos y significados que las cosas tienen para el paciente, lo cual hizo que la relación de ayuda fuese más humanizadora y por tanto más eficaz. También explica el proceso de relación de ayuda llevado a cabo con el paciente y cómo consigue que éste se duche y se afeite y que afronte mejor el estado de crisis en el que se encuentra:

Y mira... estaban sus compañeros en la habitación con una guitarra, tocando, y se inventaron una canción y ¡me la cantaron! A mí me pasa cada cosa en el morales que te meas, no te lo pierdas, entonces entró la compañera y me dice, que claro, me dio un corte, porque tú imagínate, de preso, encerrao, apagao, con su barba, y tú lo ves, afeitao, arreglao y cantando, y entonces yo dije que le inventaran una canción a ella, y entonces el chico dijo que no, que a ella no le inventaban ninguna canción, se ve que como los otros no le hablaban, le ponían lo que le tenían que poner y no había comunicación, el chico dijo que no. (E5)

Por otro lado, el discurso de otra informante, manifiesta la dificultad que encuentran algunos profesionales para desplegar dicha actitud, lo que impide que la relación se lleve del modo más sano posible en el momento de prestar cuidados de enfermería:

En el servicio estoy por elección, y aunque un poco tal, el paciente oncológico me gusta, pero el paciente de Sida y el paciente infeccioso no me gusta nada, yo es una cosa que mi hermana me dice que es racismo y tal, pero es que yo pienso que tenemos que ser responsables de la salud, ¿no? ¡vamos a ver! el Sida le puede venir a cualquiera, es evidente, pero yo por ejemplo, el típico drogata, o el típico borracheras que se jode el hígado o tal, es una irresponsabilidad suya que toda la sociedad paga, entonces evidentemente lo trato con cariño, con respeto y todo igual, pero por dentro dentro, tengo mi... de decir, ¡es que es un irresponsable!, él se tira todo el fin de semana de borracheras, ahora hay que estar gastando una cama hospitalaria, no sé qué, no sé cuánto, que en realidad entiendo que todos son enfermos que tal pero mi pequeño tabú interior sí que lo tengo,... , y el Sida también puede venirse por una transfusión y otras cosas, pero cuando es en gente irresponsable tengo mi tabú. (E7)

1.2.3. La necesidad de adiestrarse en el arte de escuchar

En referencia a la habilidad de la *escucha activa*, algunos informantes manifiestan la importancia que ésta tiene en su quehacer diario. No obstante, tienen la sensación de que en el momento de escuchar, no se realiza del modo más adecuado a nivel general dado que no se ha aprendido de un modo correcto:

Yo creo que la enfermería actualmente estamos muy preparados a nivel técnico, y a escribir las actividades que realizamos y todo, pero no estamos preparados a nivel por ejemplo de la escucha, yo creo que para escribir hay que escuchar primero, y después de esa escucha hay que tener un silencio, y después hay que tener una reflexión, y después de la reflexión hay que, por ejemplo, ver las alternativas que yo le puedo ofrecer a esa persona, y después de esas posibles alternativas intentar coger las más coherentes y después ir a responderle, entonces hay un proceso ahí un poco largo, y ese proceso normalmente, actualmente la enfermería normalmente lo desarrolla en 15 segundos, que es el tiempo que tú entras a ponerle una inyección al paciente te

presenta la pregunta, ¡pon! y le respondes ¿no?, yo creo que es un proceso más largo. (E5)

Yo qué sé... para mí lo importante de la relación con un paciente es la escucha, saber escuchar a un paciente, porque a veces llegas, te pones a hablar, y pareces un..., sólo estás tú en la habitación, entonces..., no sé, que la gente aprenda a escuchar a los enfermos, es muy importante, a veces llegamos, nos ponemos a hablar y el paciente ahí se queda. Vamos eso sí lo he visto yo en mi compañeros. Soy una persona que me gusta poco hablar, y me gusta escuchar mucho, entonces eso lo noto, lo he notao en la gente que verborrea y no, y entonces eso sería una buena formación: que la gente aprenda escuchar. Porque hablar hablamos todo el mundo pero escuchar no (E11).

Esta misma informante, indica en el discurso siguiente, lo que interpretamos como un obstáculo para la escucha, y es el hecho de la impaciencia y la impulsividad, que lleva a algunos profesionales a no permitir que el paciente se exprese y termine a su ritmo sus frases:

Además lo percibo en los pacientes (indago en el significado) pues yo cuando llega un paciente y yo le digo: ¡hola buenas, Antonio!, cuéntame lo que has hecho en el día, yo sólo le pregunto eso, o sí, ¿qué has hecho en el día? y entonces el paciente pues se pone a hablar, y yo le estoy escuchando mientras hago mis cosas, siempre... pero hay compañeras que llegan: y empiezan ¡Antonio, ¿qué tal?! y yo no sé que..., uahh, uaah, (le interrumpen y no escuchan) y claro entonces el paciente se queda.., y yo eso lo percibo, deja a un paciente que hable, que te cuente, si un paciente es la mejor fuente de información. (E11)

De otra parte, también resulta interesante destacar el hecho de que si bien los actores consideran la escucha activa una competencia esencial en el ejercicio de su profesión, no se le otorga el valor que merece cuando éstos se *laboralizan* y desempeñan su rol profesional:

No sé si cuando nos vestimos de blanco, no tendemos mucho a la escucha. Cuando nos vestimos de blanco vamos a hacer el trabajo y nos queremos ir cuanto antes porque tenemos que seguir con otro paciente. Mucha carga de

trabajo. (...) escucharlos, están encerrados mucho tiempo, aislados, necesitan..., es la única comunicación que tienen, con ellos. Pero también para eso para comunicarse..., yo creo que hay gente que no sabe escuchar, si no sabe escuchar a un amigo no sabe escuchar a un paciente ¿no? para mí sí. Sé escuchar, creo que sé escuchar y atiendo. Pero muchas veces cuando voy de blanco, a lo mejor eso lo pierdo, porque voy pensando en qué es lo que tengo que hacer, me meto mucho en enfermera en técnicas y trabajo. (E22)

También por otro lado, nos parece interesante destacar lo que puede ser otro obstáculo en el difícil arte de escuchar, y es el miedo a la escucha que tiene lugar en ocasiones al interaccionar con este tipo de pacientes y sus familiares que se traduce en eludir en la medida de lo posible el interactuar con ellos, tema éste que analizaremos más adelante. Posiblemente, y tal y como se deduce del análisis del discurso, esta evitación tiene lugar por el hecho de que a muchos profesionales les afecta y les habita el miedo a la verdad del enfermo y de ellos mismos. Durante la realización de una de las entrevistas en grupo tuvo lugar el siguiente discurso donde podemos ver reflejada la idea que destacamos aquí:

- Yo he estado en dos plantas de oncología, la que más en el Morales, falta mucho un psicólogo, la gente eso, to lo que siente, ¿a quién se lo dice? ¡Eso no lo sueltan! eso es..., muchas veces hablan contigo, empiezan: es que no lo sé, tú fijate,...y tú tienes que escucharlos, y los escuchas, y te das cuenta que..., yo me daba cuenta que muchas veces sonaba un timbre y llevaba la habitación y a veces me decían: ¡oye! que ha sonao el timbre, y yo es que sé que está el familiar y no quiero verlo porque me va a preguntar...

- Y también que tenemos que tener un poco un límite, porque sino es una carga emocional también pa ti, que otro, otro, otro, que...

- Yo es que tengo una manera diferente de verlo. Cuando a ti te llaman es porque necesitan escuchar a alguien. Tú le puedes ofrecer psicólogo, pero ellos eligen, tanto la familia como el enfermo, eligen con quién quieren desahogarse. Porque nosotros hemos tenido pacientes y familias que han hablado con la doctora y pacientes y familias que han hablado conmigo. Están las demás enfermeras, está la supervisora, cien mil cosas, y ellos eligen, o sea, que cuando a ti te demanda es porque ellos te están eligiendo a ti, aunque eso a ti te sobrecargue. Y es que es muy peligroso, porque es enfrentarte a tu propia enfermedad y tus propios miedos. Porque a mí me puede dar un cáncer en cualquier momento. Entonces es muy duro que te estén diciendo esto, lo

otro y lo otro, porque aunque tú no lo pienses, en el fondo sabes que te puede pasar también a ti. (G2)

1.2.4. Confrontar de modo didáctico

En el desarrollo teórico de esta investigación, veíamos que la destreza de confrontar resulta una de las más difíciles durante la relación de ayuda, así como que es una de las más necesarias si queremos acompañar adecuadamente en el mundo del dolor y el sufrimiento. Del mismo modo, indicábamos que un tipo de confrontación es lo que se conoce como *confrontación didáctica*, que tenía lugar cuando el profesional de enfermería comunica informaciones que él posee y que le resultan útiles y necesarias al paciente o la familia, dado que, aquello que para el profesional es familiar en el ejercicio de su profesión, puede resultarle totalmente ajeno o desconocido al paciente o a la familia a la que presta cuidados.

En torno a esta cuestión, los profesionales de enfermería entrevistados, reconocen en su gran mayoría el hecho de que llevan a cabo dicha destreza, a pesar de no tener conocimiento de que lo que están realizando en ese momento es el hecho de confrontar de modo didáctico en el proceso de relación de ayuda. No obstante, se interpreta en el discurso el valor que estos profesionales otorgan al hecho de comunicar los objetivos al paciente en el momento en el que le van a realizar alguna técnica o le transmiten información necesaria tanto para el paciente como para la familia, como parte de los cuidados de enfermería que prestan:

Yo siempre me presento, pero el simple hecho de colgar un suero, mi idea es siempre decirle: oye mira te voy a poner..., incluso le digo el nombre, un nolotil, te lo pongo ahora, cuando se acabe me lo dices y tal, que se sienta a gusto, que sepa lo que le estoy poniendo. (E14)

Yo me acuerdo que trabajando la última noche que hice, bueno, pues tenía que aspirarle, no se qué, digo bueno Isabel que te voy a aspirar, y me dice (nombre de la compañera) que estaba sentada allí enfrente: ¿pero me estás hablando a mí? digo: no estoy hablando con Isabel; ¡ay pero qué graciosa, si está dormida, si está intubá! no, no, yo siempre le digo a mi paciente lo que le voy a hacer, me oiga, no me oiga o me deje de oír. (E1)

Pues mira, al principio entran... super asustaos porque ¡madre mía! eso de que el médico les diga que se tienen que poner un quimio, y... ¡madre mía! dónde me voy a meter, qué me va a pasar, cómo me voy a sentir. Y..., yo pienso vamos, que lo fundamental es relajarlos, tranquilizarlos. Explicarles que les puede pasar con el tratamiento, las náuseas, que se les va a poner una medicación para que eso no les pase, y luego hay otros efectos, como la alopecia que va a ocurrir..., entonces se los explicas así y ya a los demás tratamientos vienen mucho más tranquilos. (E21)

Como indicábamos anteriormente, resulta importante destacar el valor que dan los profesionales de enfermería en su mayoría a la destreza de confrontar de un modo didáctico al paciente y la familia, como una manera eficaz de ayudarlo a afrontar mejor su situación de crisis. Un informante indica al respecto:

¡Y la verdad es que me quedaba muerto! de que ha pasao por la consulta del anestesista, ha pasao por la consulta de trauma, y no tiene ni puta idea de lo que le van a hacer, ni cuánto va a durar la operación, ni nada de nada, sabe que le van a poner un epidural y luego se va a REA (Unidad de reanimación postquirúrgica). Pero es que eso pasaba con el 80 o 90% de los enfermos que ingresaban, yo me quedaba muerto, no sabían nada. El que tú le expliques que se lo van a bajar, que la prótesis, que luego a REA, que según los datos, que va a llevar una sonda vesical, un drenaje, que va a empezar con andador, ¡todas esas cosas! y eso tranquiliza, y hay muchas cosas que el enfermo desconoce y te quedas muerto. Yo muchas veces lo digo, tú sabes lo que es una prótesis de rodilla pero el enfermo no lo sabe. (E2)

1.2.5. Respondiendo a las necesidades espirituales

Bajo la óptica que venimos abordando, en la que se comprende la relación de ayuda como un cuidado enfermero centrado en la persona y su totalidad, hemos podido observar cómo algunos de los actores sociales manifiestan el valor que para ellos tiene estar atento, no sólo a las necesidades físicas y emocionales del paciente, sino también a la comprensión de la persona como un ser espiritual:

No me cuesta, acercar al paciente, para que tenga confianza contigo, y ya puedo decirte: oye Pepe, cualquier cosa que tengas dudas pregúntame, yo te respondo a todo respetando qué es lo que tú quieres escuchar.

Si yo sé que Pepe es religioso le voy a decir: tú crees en Dios, si es materialista le voy a decir: te gusta la naturaleza. (E17)

Bueno, la religión es uno de los muchos lenguajes que tiene la espiritualidad, pero si no soy religiosa, mi espiritualidad la puedo expresar con la música, o la puedo expresar con el arte. (E6)

Los informantes que consideran importante estar atentos a las necesidades espirituales del paciente, manifiestan su creencia en que esta cuestión hace que la relación de ayuda sea más eficaz en el encuentro con la persona doliente:

Yo pienso que somos varios en la Unidad y espero que no nos desaparezcamos de repente para poder enseñar algo a los jóvenes que vienen. (...) Aquí nunca hemos necesitado psicólogo en siete años que llevamos, no, no lo necesitamos, porque tú tienes que acompañar a tu paciente en su camino, como si estuviéramos imitando a Jesús, respetando sus cosas y aprovechar cada momento en el que tú puedes respetar su conciencia, darle algo de luz. (E17)

Vemos que este reconocimiento de la dimensión espiritual por parte del profesional de enfermería, da un sentido especial a su trabajo y a los cuidados de enfermería:

Yo creo muchísimo una frase que leí, hace unos seis años que estaba yo preparando un trabajo de apoyo psicológico al paciente de Onco-Hematología en el caso mío de trasplante, y llevo eso ahí como ... ¡muy importante!: “aún cuando no puedes curar, puedes cuidar”, entonces eso es fundamental, y cuidar está en el lecho de muerte también, es una mirada, es coger la mano, estoy contigo...; ¡porque hasta el final! seguiré siendo tu enfermero. ¡Ya no hace falta suero, ya no hace falta mirar la saturación! pero estoy aquí para lo que sea. (E10)

Y esto se refleja en la forma de ayudar y acompañar al paciente y la familia a la que prestan cuidados en la acogida y atención que ofrecen a las manifestaciones del sentido de la vida de las personas a su cargo:

Y, a lo mejor..., si les gusta hablar de música yo digo: así mi hijo toca guitarra, o si le gustan las plantas, ah, yo me encantan las plantas, o los animales o tal, das plan a que cuando ellos te vean, ellos pueden decir, esa es la enfermera, es la que me trae el pan nuestro de cada día, y también..., un poquito de música, no es que sea yo religiosa ni nada, pero, un poquito de ánimo, mira, a lo mejor unas flores de plástico no sé... siempre intento llevar esa parte del mensaje que puede serle útil, una herramienta, una pincelada... (E10)

Por último, cabe destacar en torno a esta cuestión, el sentimiento de algunos profesionales que consideran que la respuesta espiritual, es un tema que no se tiene mucho en consideración por los profesionales de enfermería en general al interactuar con el paciente o la familia:

Y luego hay una cosa que nadie toca, luego están las creencias personales de cada uno, porque luego está el que..., ahí no se habla de religión y no se habla nada, pero... yo soy religiosa, creyente, y..., y por ejemplo pues claro todo eso también está pasao un poco de lado, pero cuando están en situación terminal, ellos también piden... (E1)

1.2.6. Manejando el tiempo

Los informantes exponen que la escasez de tiempo les impide en la mayoría de las ocasiones comunicarse con el paciente en relación a la gran carga de trabajo técnico que deben desarrollar y la escasez de personal en la mayoría de las ocasiones. Si bien este elemento se despierta en el discurso con fuerte carga emotiva, no es nuestra intención abordarlo bajo la óptica antropológica de la organización laboral de la profesión, las relaciones de poder y los demás elementos culturales en el marco de la antropología del trabajo en la que se presentan, dado que nuestra lectura antropológica del fenómeno de la relación de ayuda, centra su interés en el conocimiento del desarrollo de la competencia relacional de la enfermería a través de la relación de ayuda como cuidado, así como, del andamiaje de valores en el que se sustenta. Y es desde esta óptica, que a nuestro entender resulta interesante destacar dos aspectos. Por un lado, algunos entrevistados manifiestan que la cuestión del tiempo no es causa directa que impida comprometerse en el cuidado con las necesidades internas del paciente, sino más bien se interpreta que cuando se dispone de escaso tiempo, se prioriza lo más fácil y rápido, que casi siempre son las actividades delegadas y el rol de empleada, dejando un poco de lado una parte

importante de su competencia profesional, como lo es el cuidado holístico que exige reflexión y que apoya y refuerza a la persona:

(...) no sé, y no me valen las cargas de trabajo, porque tú mientras pones un suero también puedes preguntar cómo está, mientras que tomas una tensión también puedes decir, no sé...(E1)

Ése es el slogan: no hay tiempo (...) ¡Hombre! yo no digo que vayas a estar una hora de charreta con un paciente, pero...¿diez minuticos no?, diez minuticos perfectamente, y tú no sabes, ese poquico tiempo a la paciente o al familiar lo que le alivia. A veces medimos ese tiempo y decimos: ¡no, no, es que no tengo tiempo! y luego nos sentamos a tomar el café, o viene un amigo tuyo, y ¡se pierde el tiempo! y ahí no pasa na. Sí que hay mañanas, turnos y servicios en los que tienes más tiempo o menos tiempo, pero eso no es siempre. (E18)

Por otro lado, cabe destacar cómo algunos profesionales han aprendido a utilizar estrategias del manejo del tiempo a lo largo del ejercicio de su profesión, en pro de mejorar la herramienta terapéutica de relación de ayuda mientras prestan cuidados a las personas que atienden:

(..) pero luego tampoco tienes realmente ¡tanto tiempo! tú llegas, sacas tu medicación, sigues tu rutinas, tac, tac, tac, y se intercalan esas cosas con la experiencia, yo por ejemplo, antes no, antes me lo preparaba todo en el control e iba a la habitación a hacer las cosas, ahora normalmente yo no me pulgo un suero en el control porque aprovecho esos segundos para decirle como está, no sé qué, no sé cuántas, ¿no? pero eso me ha llevado a mí muchos años de trabajo y así amortizo más el tiempo.(E7)

1.2.7. Comunicarse sin palabras

La vivencia general narrada por los informantes, en torno a las manifestaciones físicas que abarcan la comunicación a través del lenguaje no verbal, durante la relación de ayuda, es una vivencia positiva en cuanto a que es una habilidad de la comunicación que la gran mayoría de los profesionales manejan adecuadamente y sin mayor dificultad:

No, no porque yo no soy, no me cuesta transmitir si me encuentro mal o me siento bien, yo no tengo burbuja, la famosa burbuja, yo siempre tengo un contacto con las personas y con el paciente suelo tener contacto. Además, cuando una persona en cama, en un hospital, en pijama feísimo, tú le coges la mano, le acaricias en la mano cuando está hablando con él, o le reconfortas con... yo creo que eso da mucho, yo creo que da mucho, a mí me gustaría. (E22)

Sé que hay enfermos que necesitan que le cojan la mano, hay muchos casos en los que lo hago, no me importa. (E13)

La mayoría de pacientes saben que se van a morir, lo que pasa es que en esos momentos, yo creo que..., no es que... hay gente que te lo dice, me voy a morir, pero hay gente simplemente que te mira como diciendo: es que no estoy bien, y simplemente con esa mirada, sabes que, que sabe de sobra que se va a morir, ya digamos que es como una complicidad, yo por ejemplo en esos momentos es que no hace falta hablarles, le miras como diciendo, o le dices no te preocupes que sabes que vamos a estar aquí..., no hacen falta palabras, como digamos hay una relación entre enfermo-profesional, digamos que hay ya un ligamiento ¿entiendes? sólo con mirarse ya lo entiendes... las personas que llevas tiempo tratándolas. (E3)

1.2.8. El contacto con la propia experiencia

Resulta interesante resaltar cómo el hecho de poseer conocimientos acerca del proceso de relación de ayuda y pedagogía sobre el proceso de morir, hace que los profesionales no eludan el encontrarse con el mundo interno del paciente en su quehacer diario. Una enfermera nos relata un momento de acompañamiento al final de

la vida, de una paciente con la que ha tenido una buena relación durante el tiempo de estancia en el hospital:

Y hoy ha venido a morirse, esta mañana ha venido ya..., y nada me he acercado a la cama la he cogido: ¿cómo estás? (indica el gesto con la cara de no estar bien), así: ¿no tienes gana de hablar?, dice: no; digo: tranquila...; estoy muy floja; digo: ¿pero tienes dolor?; dice: sí; digo: a ver si te ponemos algo que te calme el dolor; dice: sí, pero yo me estoy quedando ya sin fuerzas. Claro y yo todo esto hablándole con la mano así (cogida) venga vas a estar tranquila, en una habitación, con tu familia. (...) ya lo hago desde mi trabajo y llorar, no lloro, habré llorado con algún paciente, pero ya..., fijate que esta mujer ya la conozco de mucho tiempo, y me emociona el hecho de saber, ¡qué bueno! me da pena el hecho que se va a morir, porque hay una relación con ella, hay un cariño ¿no? pero..., no sé, como ya sabes desde el principio que se va a morir, y que ese día va a llegar, cuando ya ves que la enfermedad no va bien, con metástasis y tal, ya sabes cuál es el camino de la enfermedad, entonces es una cosa que sabes que va a venir, y dices bueno..., no lo evitas, intentas hablar con ellas, no lo evitas porque sabes que se va a morir. (E20)

También podemos observar en el siguiente discurso, que el contacto con la propia experiencia, junto al aprendizaje en relación de ayuda y el hecho de no evitar el acompañamiento en el sufrimiento, lleva a los profesionales a interiorizar el sentimiento de que, prestar cuidados bajo esta óptica es de vital importancia en el ejercicio de la profesión:

Yo perdí el miedo a enfrentarme a situaciones así, cuando te dicen lo típico: ¿cómo me ves? y hablo con ellos, y siento que estoy haciendo algo muy enfermero. (E6)

(...) Y cuidar está en el lecho de muerte también, es una mirada, es coger la mano, estoy contigo... ¡porque hasta el final! seguiré siendo tu enfermero. ¡Ya no hace falta suero, ya no hace falta mirar la saturación! pero estoy aquí para lo que sea. (E10)

Por otra parte, los profesionales nos relatan algunas experiencias en las que tal y como indicábamos al principio, podemos detectar cómo el hecho de poseer conocimientos en relación de ayuda, les hace desplegar toda una serie de actitudes y

habilidades que les llevan a trabajar en conjunto con el paciente y el equipo y a humanizar el proceso de salud-enfermedad del mejor modo posible según puede interpretarse del siguiente discurso:

Mira, por ejemplo, se me ha presentao un caso con un chico, que tiene una enfermedad grave detectada desde hace un mes, el chico super deportista, con un futuro que tenía, ummm, prometedor (...) ese chico a nivel facultativo, a nivel de enfermería, a todos los niveles tiene un pronóstico muy malo, negativo (...) El chico ha salio de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y ahora mismo respira bien, no necesita oxígeno, y me plantea a mí, esta mañana, él me dice, que si a él le quedan dos días, o tres días, y él le ha gustao toda su vida hacer deporte, que si puede hacer, que qué tipo de deporte puede hacer, y que qué puede hacer (...) me voy y se lo planteo a mi supervisor, y digo si tiene algún protocolo o algo a seguir con los cuidados... y ..., me dice que..., que no, que eso a su médico(...), entonces me voy a su medico y me dice que tampoco sabe, que no sabe el deporte que puede hacer, que el pronóstico es malo, y que mejor que no haga na. Entonces le digo yo: pero el chico puede caminar ¿no? dice: pos sí. Digo: el chico puede nadar, a nivel tranquilo, un largo o dos y planificarse una tabla ¿no? Dice: ah, pues sí eso si puede hacerlo. Y entonces pues nada, pues yo al chico lo puse a andar por el pasillo, al chico le han dao el alta esta mañana, pues el chico va a empezar a nadar mañana, y se va a la playa pasado mañana, por eso te digo que son cosas, que a lo mejor a mí me las plantea de golpe, o al supervisor, o quien sea, si yo cojo y me quedo y le digo que tiene un cáncer y ya no puede hacer nada, pues ese momento le digo que no puede hacer nada, ese chico ya “lo condenamos a muerte” en el primer momento. Y el chico su pregunta era que él..., la pregunta que me estaba diciendo que él quería seguir haciendo lo que estaba haciendo no con la misma intensidad que estaba haciendo, mientras que viviera, pero que quería seguir con su vida hacía adelante, y entonces yo creo que no debo de quitársela en ese momento, y entonces yo creo que ahí nos falta comunicación, es decir, que si no sabemos le podemos provocar mucho daño a la otra persona. Esto es un caso de hoy ¡eh! yo estoy feliz, porque el chico se va a ir de alta, y el chico va a hacer deporte, y me quiere un montón, jejeje, jejejej, (risas, muy feliz lo dice) y estoy feliz porque sé que tiene una enfermedad terminal, pero sé que los días que le quedan, el chico va a hacer lo que quiere hacer, realmente ¡en su días que les quedan! entonces por eso estoy contenta, no estoy pensando en sí en la enfermedad terminal.(E5)

En relación a la subcategoría que venimos abordando, nos parece importante destacar cómo el contacto con la propia experiencia enseña a recorrer un camino de aprendizaje, en el que se aprenden modos adecuados de ayudar a otras personas. En torno a esta cuestión resulta interesante pararnos en el discurso de algunos de los informantes, que relatan una experiencia de deshumanización vivida por ellos mismos como pacientes o con un familiar allegado, que les enseñó la importancia de un estilo de relación de ayuda adecuado en el encuentro con el sufrimiento:

Lo que me chocó mucho es este comentario, que no se me ha olvidao, ni creo que se me vaya a olvidar, porque yo allí, se me vino el mundo abajo, de pensar cómo se podía ser, y a lo mejor eso ha cambiado mucho mi manera de pensar, o sea que alguna persona te diga eso puede hacer que cambies completamente tu forma de actuar o de pensar (...) la enfermera, yo me hice una analítica allí, justo cuando tal, y..., para que ellos valorasen también si, entonces la analítica salió y la enfermera fue a darme los resultados, ni siquiera el médico, la enfermera en un despacho (...) No sé ni como se llamaba la enfermera, ni la había visto en mi vida ni la he vuelto a ver, pero yo..., a mí se me vino el mundo debajo de una persona que no te conoce, que no sabe nada de ti, pueda..., y me destrozó vivo, me destrozó vivo porque me dio que pensar hasta qué punto una persona puede (...) Un simple comentario puede hacer mucho, y a lo mejor lo hace sin pensarlo, pero hay que llevar mucho cuidao. (E2)

Mira, le hicieron una Eco el otro día a mi padre, ¡y a mí me sentó fatal!, que..., ¡lo único que le dijeron!: hola, chimpúm, chimpúm, chimpúm (se refiere a que seguidamente comenzaron a realizarle técnicas sin más), ¡y yo estaba alucinando en colores! Nadie en ese momento, que fueron ¡quince minutos! media hora..., y ¿nadie le podía explicar? Oye...Emilio... ¿Cómo te llamas? ¿Emilio? ¿Emi? tal... ¿Y esto por qué te lo están buscando? ¿Y esto por qué...? ¡Vamos a empezar a empatizar un poquito! Pero vamos a ver, si te ríes tú más con ellos, con las cosas que te cuentan ellos, ¡que estando tú a tu bola y en tu mundo! y luego..., vale más una sonrisa en un momento determinado que la medicación en sí que le está poniendo, pienso que a veces hace mucho más la relación de ayuda que tienes con esa persona que la propia medicación. (G1)

Por otro lado, este aprendizaje a partir de la experiencia, ha ayudado a los profesionales a tener un mejor conocimiento de sí mismo, aprendiendo a desaprender el modo de estar frente al paciente, arriesgándose así a utilizar otro modo de “saber estar” en el momento de acompañar a la persona doliente:

Yo me acuerdo en Valencia, ese hombre no se me va a olvidar en la vida, ese hombre estaba muriéndose, pero un persona que estaba súper consciente, y además se tomó el proceso..., con mucha paz. El hombre lo tenía asimilao, era una persona mayor. Y..., en ese momento el hombre me dijo que se estaba muriendo y que sólo quería un poco de compañía y me cogió la mano, yo en ese momento me quedé pálida, ¡si no tenía que decir na! Nada más que cogerle la mano, y se la cogí y me quedé ahí, pero yo..., en ese momento no estaba preparada para estar ahí, estaba temblando, y el hombre no estaba pidiendo nada, sólo quería que le dieras la mano y te quedaras ahí, porque estaba tranquilo, totalmente concienciado, sabía que se iba a morir, sólo quería que alguien le diera la mano, ¡pero ni para eso estás tú preparada!, ahora sí, o sea, ummm, después de tanto tiempo si alguien te dice que le cojas la mano, no tienes ningún problema. (E20)

Yo es que cuando llego a casa muchas veces me planteo, estoy en la cama y digo: he hecho mi trabajo pero no he hablado con personas, he entrado, he salido...,te cuento una anécdota: un día entré en las cámaras (habitaciones cerradas para pacientes inmunodeprimidos), un chico con leucemia con veintitantos años. Entré y eran las diez menos veinte, y fui a cambiar un suero. Mi petera era: cambiar el suero e irme a escribir el relevo y darle el relevo a mi compañero. Entré a la habitación y no dije ni buenas tardes, ¡a un paciente en las cámaras! ¿Eh? que su vida es la cama y el familiar que está ahí, y su tele. Y me dijo la madre: cuando se entra a la habitación, se dicen buenas tardes, buenos días, buenas noches. Digo: toda la razón del mundo. No me ofendió, al contrario, me hizo recapacitar, y creo que ese fallo no lo voy a tener más. Ese momento me tocó mucho y me dije: ¿cuántas veces lo habré hecho anteriormente? (E22)

1.3. Estilos de relación

En relación a la subcategoría denominada *estilos de relación*, nos acercamos al discurso de los profesionales entrevistados con la intención inicial de explorar qué estilo de relación de ayuda de los analizados en el marco teórico, era el que más tenía lugar, a su entender, entre los profesionales de enfermería al interactuar con el paciente y su familia, tanto con pacientes oncológicos o afectados de sida, como con los pacientes a nivel general en el marco de la sanidad. A medida que nos adentramos en las narrativas de los entrevistados fueron surgiendo algunas ideas interesantes acerca de la relación de ayuda como herramienta terapéutica y humanizadora del cuidado enfermero al interactuar con los pacientes y su familia.

1.3.1. Un estilo autoritario y paternalista

En el momento de abordar el modo de acercarse a la persona necesitada de ayuda en el marco de su competencia relacional, por parte de los profesionales de enfermería, nos encontramos con diferentes vivencias y opiniones por parte de los entrevistados, en torno a esta cuestión.

Por un lado, algunos entrevistados consideran por su experiencia, tanto en las unidades en las que trabajan actualmente como en los diferentes servicios que han conocido a lo largo de su trayectoria profesional, que la disposición que se tienen ante el paciente es mayoritariamente lo que se conoce como una manera directiva o autoritaria de relacionarse, más centrada en el problema que en la persona y su marco de referencia interno:

El autoritario a nivel general, sí. Te hago una valoración general por la experiencia que tengo, autoritario, y englobo auxiliar, médico y enfermero. A nivel general yo veo mucho autoritarismo. (E4)

- Puede ser, pero yo creo que en los servicios de onco y hematología no es así, a lo mejor en una planta de medicina interna, yo reconozco que también he tenido una actitud autoritaria...

- Ya, pero estamos hablando en general... y en general hay que reconocer que el tipo de relación enfermero paciente es más autoritario. (G3)

Lo que pasa que yo cuando estoy con un paciente es lo que me sale, o sea, que son mis sentimientos y ..., e igual que con la gente de la calle así actúo con ellos, o sea que no me preparo nada, es que..., es lo que me sale, y la preparación en enfermería es muy mala, o sea, nos basamos mucho en la técnica y tal, pero dejamos a un lado la persona. Yo creo que más bien desde el punto de vista de la enfermedad, es que es así. (E11)

Resulta interesante resaltar, cómo algunos participantes consideran que su estilo de relación de ayuda cambió cuando comenzaron a trabajar en las unidades de Onco-Hematología,¹¹ comenzando a estar más atentos al marco de referencia interno de la persona doliente:

Yo reconozco que incluso, yo mi actitud en una planta de Onco-Hematología y en otra planta, yo reconozco que ha sido distinta, y te cambia un poco la perspectiva, lo mismo que todo lo que te pasa en esta vida te va cambiando... ummm, tus perspectivas o vas cambiando tal yo creo que la experiencia laboral en diferentes plantas (...) en los servicios de Onco y Hematología no es así. A lo mejor en una planta de Medicina Interna, yo reconozco que también he tenido una actitud autoritaria... (G3)

Algunos informantes consideran que en los servicios de Onco-Hematología e Infecciosas, no es el estilo autoritario el principal, sin embargo refieren que es mucho más fácil en la relación el tener una disposición autoritaria porque esto lleva consigo el hecho de no tener que implicarse con el paciente. Manifiestan que tener un estilo empático de relación de ayuda va unido al hecho de implicarse y pasarlo mal. Interpretamos al hilo de lo que veíamos al principio, cuando analizamos la subcategoría de actitudes y habilidades, que se confunde una vez más la simpatía con la empatía:

Yo no creo que es el autoritario, yo creo que no, que es el más cómodo para el personal sanitario porque se pone la barrera, pero no, yo pienso que no es el que más en planta está. Yo qué sé, yo por lo menos por mi experiencia en onco y tal, será porque es gente muy joven (se refiere a los profesionales) y entonces yo qué sé, estábamos más concientes en que no era una relación autoritaria con el paciente, intentabas empatizar, que lo consiguieras o no y que

¹¹ Al referirnos a la Unidades de Onco-Hematología estamos haciendo referencia tanto a las Unidades de Hospitalización, como el Hospital de Día Médico y la Unidad de Transplantes.

pasaras de empatizar a implicarte más de la cuenta pues no te digo que no pero el autoritario, yo, yo sería incapaz de tener una actitud autoritaria con pacientes de ese tipo, es que, es que yo no podría ¿sabes?.(G2)

Observamos que comenzar a trabajar en un servicio como es Oncología o Infecciosas, donde el encuentro con el sufrimiento y al vulnerabilidad del ser humano se hace visible de modo especial, hace que los profesionales se percaten aún más de la importancia de la relación de ayuda como herramienta terapéutica del cuidado enfermero y de la humanización de la salud, tal y como analizaremos en el siguiente apartado. No obstante, los profesionales manifiestan que si bien en estas unidades no es el estilo autoritario el que predomina, aunque se dan en muchos casos, se interacciona en gran parte, desde un estilo maternalista-paternalista y de apoyo-consuelo, que en ocasiones hace que el profesional se implique demasiado en el sufrimiento del paciente y la familia, llegando más a simpatizar que a empatizar:

Se me vienen a la mente situaciones difíciles..., pero no tienen por qué ser situaciones difíciles en realidad ..., siempre cuando un paciente tiene algún tipo de problema siempre echamos mano a los recursos que tenemos nosotros, a lo mejor no vemos, no exploramos los recursos que pueda tener él para solucionarlo, sí, sí, creo..., que es un sistema paternalista- maternalista, en ese sentido, que no exploramos con el paciente qué recursos tiene y cómo podemos solucionarlo con él, sí creo que eso es lo que pasa en general.(E6)

En general no sé, yo pienso que en la planta de onco en general, no sé, a ver...; es que hay de todo, hay una mezcla, hay gente autoritaria, empatía, pero sobre todo hay gente que es más maternalista, se implican mucho con los pacientes, por eso cuando llegan un cierto momento necesitan salir del servicio, ya hay una persona fuera del servicio por eso. (E13).

También hay gente que utiliza la forma más autoritaria como el único medio que conoce para no hacerse daño. Llega un momento que te quemas pero que tienes que seguir trabajando. (E19)

Por último, vemos que el discurso del siguiente informante denota la importancia de un estilo de relación de ayuda adecuado en el ejercicio de la profesión:

Lo poquito que sé si te digo la verdad es de lo que he vivío, llevo 14 años aquí, lo que tengo muy claro, lo que he aprendio que si eres educado, amable y demuestras respeto a los pacientes, y les transmites seguridad de que sabes lo que estás haciendo, ellos se sienten mucho más confiaos, el nivel de ofuscación baja una barbaridad, porque se ve todos los días, se ve todos los días que con ciertos compañeros, la gente, los pacientes se ponen más esto, (tensos, alterados, autoritarios) (...) es...; una cuestión de aptitud con p, y por supuesto de actitud (...) que después somos muu eso de decir: ¡ay que ver el mal educado este! pero hostias, ¿cómo se lo has dicho?, y hay veces que me han dicho las compañeras: es que este tal, tal, y después a nivel interno digo yo: ¡muchacho!, ¿pero qué quieres?! ¿Tú te has mirao cómo se lo has dicho? ¿O lo que has hecho, la forma y tal? (E19)

1.3.2. Una oportunidad para la humanización

En cuanto a la relación que se tiene con el paciente afectado de Sida y el paciente de Onco-Hematología principalmente, los entrevistados manifiestan de un modo positivo, que resulta ser una relación muy sólida que crea unos vínculos especiales entre el profesional, el paciente y la familia, diferente a otros servicios donde han estado trabajando:

Es..., o sea, ahí hay un trato humano que en el resto del hospital no hay, y eso, te manden donde te manden se nota (...) tú te vas a cualquier planta y tú haces tu encamao y es ¡venga pacá! ¡venga pallá! cuando ya lo llevas tiempo, pues la típica auxiliar, enfermera y tó, todo el mundo sabe los nombres, pero en onco por ejemplo tú estás aseando y estás continuamente hablando con ellos, es que es otra relación, yo esa relación no la había vivido .(E1)

En el servicio de Onco-Hematología seguimos la evolución de la enfermedad del paciente, entonces, lo conoces vamos desde que ingresa, las recaídas que tiene, vamos es que somos como una familia, los pacientes ahí se tiran muchos meses, llegan incluso hasta un año ingresaos, es que somos como una familia, la gente que llevamos tiempo allí somos como una familia. Vamos una diferencia exagera con los pacientes. (E11)

Los actores entrevistados destacan en sus manifestaciones lo humana y humanizadora que puede llegar a convertirse la relación en este tipo de unidades donde se enfrentan cada día con la vulnerabilidad y la fragilidad del ser humano y cómo esto ha cambiado la perspectiva de entender la propia vida aportándoles riqueza interna y crecimiento personal:

Yo cuando empecé la carrera ponía mis sueros, ahora no pongo mis sueros, ahora pongo los sueros de mis pacientes, es más, ahora pongo el nolotil de Luis, desde que estoy aquí, estoy más a gusto en mi trabajo. (E14)

A mí lo que más me gusta del trabajo con estos enfermos es la relación profesional que con ellos se tiene y el crecimiento personal que tienes, profesional pero sobre todo como persona, porque te das cuenta lo falsa que es la vida, y empiezas a valorar cosas ¡mínimas! que antes no valorabas, por supuesto. Eso es para mí lo más importante. (G2)

Es una relación de ayuda, porque tú además de ayudarle a ellos, cuando te pones a hablar con ellos, ellos mismos te están enseñando, en los aspectos de cómo ven la vida (..) yo ahora valoro mucho más mi vida, ahora que estoy trabajando en onco que antes, (...) pero cuando tú ves la vida como ellos se la plantean te das cuentas que todos nuestros problemas no son nada, los típicos problemas de hipoteca, que si tengo trabajo (...) y aprendes a valorar las cosas más, con los amigos, con la familia,...(E3)

Resulta de interés destacar este cambio de perspectiva de entender la relación con el paciente por parte de los profesionales que llegan a trabajar a las diferentes unidades de análisis que venimos abordando en esta investigación, dado que es una cuestión ampliamente reflejada en sus narrativas que aparece con gran intensidad en el discurso. Trabajar en este tipo de unidades donde el paciente se pasa largos periodos de tiempo ingresado, les hace humanizar el encuentro con el sufrimiento de un modo especial. El discurso de la siguiente informante que acompañaba a morir a un chico joven cuya esposa estaba siempre junto a él, es a nuestro entender un gran ejemplo de la idea que queremos transmitir:

Nunca había tenido yo la sensación de caminar, y caminar como si fuera con los pies fuera de la tierra, pero no porque estás perdido, no, porque estás viviendo en una nube de amor, ¡tan intenso, tan bonito! que tú dices: Dios, sólo me queda una cosa, agradecerte por haberme dado la oportunidad de estar aquí, gracias a pesar de todo sufrimiento, a pesar de una muerte ya que está en el aire..., ya..., a lo mejor yo con el manguito decía: perdona y tal, y las miradas uno al otro ¿sabes? la..., la..., el brillo de los ojos de quererse tanto, tanto, y yo pensando: cuanto amor hay aquí, cuanta..., eh, complicidad, qué suerte tengo yo de estar compartiendo todo eso, ¿sabes? ¡Era muy bonito! la relación era..., ella era su gran amor, pero, como ya no había la parte física, ya no había la belleza externa, todo lo que sobresalía, Miguel, era de lo más puro, como si estuviéramos en otro mundo, entonces..., como tú te entregabas a que eso te empapara bien, no puedes sentir los pies, no puedes pisar los cables, a lo mejor la gente decía: oh, no puedo entrar ahí, no me gusta, uyy, ¡qué clima! y yo decía: he cogido la experiencia totalmente distinta. (E10)

De otra parte, los informantes también consideran, que si bien estas unidades de trabajo son un lugar donde la necesidad de la humanización de la salud se hace más visible en el ejercicio diario de la profesión, por otra parte les hace estar más sensibilizados a aquellos aspectos que de un modo u otro deshumanizan los cuidados tanto a los pacientes como a la familia, en la unidades de Onco-Hematología e Infecciosas, como en los distintos servicios donde han trabajado a lo largo de su carrera profesional:

En un paciente oncológico se tienen en cuenta, yo me acuerdo que no se tuvo en cuenta con un paciente que se le acababa de diagnosticar que era seropositivo, y se cambió de habitación y se pasó a una habitación con un paciente vih en fase terminal. Un chico joven, casado, con una niña, que le acaban de diagnosticar que es seropositivo, que no ha asumido, ni muchísimo menos le ha dao tiempo a aceptar lo que tiene, lo pasas a una habitación con un paciente vih terminal, y ese fin de semana se murió. Entonces eso fue horrible pá él, pá la familia y pá to el mundo, mientras que tú por ejemplo, yo he visto, que en Onco- Hematología: no, es que mira, este está muy malico vamos a intentar ponerlo con el otro, vamos a intentar no sé qué tal, uhmm, yo qué sé, que a veces no se tienen en cuenta ciertas cosas que son super importantes., eso es muy duro, yo recuerdo que estaba haciendo las prácticas y a mí me

impactó muchísimo, y el chico estaba fatal, ya no sólo por el diagnóstico en sí sino por...(G3)

Entonces ya sólo por eso, entre por el servicio que entre, sea una consulta especializá, un diabético, lo que sea, él ya tiene un problema, con lo cual deberíamos ser más humanos todavía que en otros servicios. ¡Qué no es sólo Sanidad lo que está deshumanizado! porque cualquier administración pública que vayas, para que alguien te haga caso y te diga hola, y te diga el papel que necesitas ¡agua! (E20)

Pero la actitud no debe de cambiar porque un paciente oncológico o vih no sabes dónde..., a lo mejor está una planta de cardio y es un paciente vih, ¿por qué tiene que cambiar? o un paciente oncológico que se lo llevan a hacerse un scanner, o un paciente oncológico que va a reanimación porque lo hayan operao de una hernia. (G3)

1.3.3. La familia: un paciente más

En referencia a la relación que los profesionales mantienen con la familia, ésta llega a ser tan sólida como lo puede llegar a ser con el paciente, por lo que manejar la relación de ayuda al interaccionar con los familiares es una cuestión que los informantes destacan como algo fundamental:

- La familia es otro paciente más y hay que hablarle tal cual.*
- Normalmente hay un cuidador principal y si el enfermo está tres meses, se pasa los tres meses con el enfermo, incluso se le pide dieta al acompañante, lo tratamos como un enfermo más. (G2)*

Con la familia, como ya te he dicho que es tanta la estancia, al final con la familia, conoces al paciente pero la familia también conoce tu nombre. La madre, el hermano, o y... todos los días ¡hola! ¡Hola! que al final conoces a esa persona, y vienen al control y te buscan. (E20)

Junto a lo anterior, la mayoría de los entrevistados destacan el hecho de que la relación con la familia le resulta mucho más difícil que con el paciente. Manifiestan que la familia llega a ser muy demandante y realiza muchas preguntas en relación al

proceso de la enfermedad, al tiempo que controlan de modo exhaustivo los procedimientos técnicos que los profesionales realizan en el cuidado de su familiar enfermo, lo que genera cierta ansiedad en los enfermeros y enfermeras a la hora de trabajar, resultándoles complicado en algunas ocasiones solventar la situación:

Por mi experiencia creo que es más difícil con la familia que con el paciente. El paciente está jodio. El paciente está enfermo, se siente enfermo, y bastante tiene con lo que tiene, bastante tiene el hombre o la mujer, bastante tiene la persona con lo que tiene como para rebotarse contigo. Todo lo que tú puedas aportar tanto física como mentalmente pues mejor pá él. Pero es mucho más difícil lidiar con la familia que con el paciente, porque la familia es quién te demanda información, quien es muchísimo más tiquismiquis para cierta cositas y tal y es con quien generalmente se tiene más roce y más malos rollos. (E19).

Como son pacientes de larga estancia la relación es muy buena, pero llega un momento que por causas de la enfermedad que no evoluciona bien, que la estancia es muy larga, otras circunstancias, tanto el paciente como los familiares, a lo mejor se vuelven muy exigentes, muy exigentes, lo más mínimo es como si te quisieran controlar tu trabajo, como si te valoraran bien o mal lo que estás haciendo, te llevan muy perseguido. Pues antes me hacían esto, ... , es como si desconfiaran de ti. Parece que te ponen la nota al lado, tú un cinco, tú un siete. (E14)

Otra cuestión a destacar de las narrativas de los informantes en relación a la familia, es que en muchas ocasiones, al sentir que no tienen suficientes herramientas y conocimientos acerca del proceso de relación de ayuda, les resulta difícil afrontar la situación:

A mí con los familiares también me cuesta mucho, sí, porque hacen muchas preguntas, a veces quieren que les diga..., la fecha y la hora en que va a fallecer el familiar: ¿llamo a mi hijo y tal?, digo: yo es que..., si lo que estás esperando es que te diga a la hora que va a fallecer, ¡es que ni yo ni nadie te lo puede decir! A veces te ponen en situaciones que dices: tierra trágame. (E11)

No obstante, algunos entrevistados, frente a la necesidad de adquirir habilidades en relación de ayuda, destacan la importancia que tienen como fuente de asesoramiento

y ayuda al familiar y resaltan el *valor del acompañamiento* como una destreza valiosa en la relación:

La familia de los pacientes oncológicos necesita que les prestes atención. Y ellos pues necesitan a lo mejor hablar contigo y desahogarse, y yo cuando se han puesto a hablar conmigo y te hacen preguntas y no sé qué decirles, pues yo escucho y me callo, y algo estaré haciendo escuchando y tú estás prestando un cuidado ahí, una relación de apoyo y ayuda a la familia, entonces yo cuando no sé qué decir, cojo y me callo, escucho y digo pues mira..., entonces cuando no sabes qué decir o antes de decir algo que no sea correcto, mira yo me callo, escucho y si tengo que darle un abrazo se lo doy, o tengo que cogerle la mano. (G3)

Yo con la familia me llevo muy bien, porque están más informaos, lo que pasa que eso que como llevan to la carga y tiene que poner buena cara delante del enfermo, se ponen a llorar fuera porque están que se ahogan pero están dentro aguantando, aguantando delante del enfermo, tienen que poner buenas caras, entonces se salen se desahogan contigo, lloran. (G2)

Si es que es eso..., estar ahí, estar receptiva a lo que te digan... no sé..., es la presencia, la presencia, que notes que estás. (E21)

Por otra parte, también consideran que se sienten mucho más relajados en la relación de ayuda con los familiares, a la hora de hablar claramente sobre el proceso de la enfermedad y las complicaciones que esta genera en el paciente. Interpretamos que de este modo, y dentro del escenario de la conspiración del silencio, la relación de ayuda con la familia llega a ser más eficaz y auténtica, en cuanto a que los profesionales no demuestran miedo a equivocarse y aborden en un momento determinado el tema de la muerte:

También hay familias que te dicen lo tengo asumio, lo estamos esperando, creo que mi mujer lo va a pasar peor, con la familia me es más fácil porque no tienes el miedo a meter la pata, porque si la metes, al día siguiente habla con el médico, tarde o temprano ese familiar se va a enterar. (E13)

Por último queremos indicar, que si bien los profesionales encuentran en ocasiones dificultades para mantener un proceso de relación de ayuda eficaz con la familia, estos manifiestan de un modo general que la comunicación con los familiares al cuidado del enfermo es una relación buena en la mayoría de las ocasiones y que estos son personas muy agradecidas con los cuidados que se le prestan al paciente, al tiempo que reconocen la importante labor que los profesionales de enfermería realizan:

Agradecen mucho el trato que les das a la hora de morir, y sobre todo lo que yo veo es que la gente necesita mucho hablar y comunicarse. (E18)

Ehh, muchas veces el paciente es agradecido porque has tenido un trato cordial, y cuando tratas bien normalmente a la gente, los familiares si suelen ser más efusivos, saben responder de una manera incluso más agradecida. (E19)

La familia por lo general es muy agradecida. Te da la gracias por el trato recibido, se te abraza llorando, unos abrazos de despedida ... (E21)

1.3.4. Pacientes “*distintos*”

Una cuestión que aparece con intensidad y un fuerte componente emocional en el discurso de los informantes que trabajan con pacientes afectados de Sida, es el impacto social y discriminatorio que pueden llegar a tener algunas enfermedades, como es el caso de los pacientes infectados por VIH en este caso, y cómo esto influye en el modo de relacionarse los propios profesionales de la salud con el paciente:

No está valorado el paciente con VIH, no está, lo está la relación de ayuda con él. En cambio el oncológico está valorado de otra manera. Se debe al diagnóstico al título. (E9)

Porque... ¡no sé!, yo veo todavía que hay personas que cuando es un sida la gente se pone en guardia, ¡qué es un sida, es un sida!(...) lo digo porque esto lo he vivido yo, con gente que dice: tiene un cáncer, pobrecico; tiene un sida: se lo ha buscao. ¡Tú fijate! tú ante esos dos planteamientos que tú haces tus cuidados no van a ser lo mismo, porque tú te pones de una manera de que tú te has complicado la vida y a mí no me la vas a complicar; entonces es un

rechazo que el mismo paciente puede sentir, y entonces. ..., esa persona ya en la acogida, en el acompañamiento, tú si tienes un rato libre ya no vas..., no sé como decirte, yo creo que es así. (E12)

Hombre..., una cosa que si es que..., yo lo que he notado el tiempo que estoy allí es... yo estoy como dentro ¿me comprendes?, pero veo a la gente de fuera cuando a una persona de 20 años le diagnosticas un cáncer, es un pobre que lástima. Cuando a un chico de 20 años le diagnosticas un Sida: ¡algo habrás hecho! (G3)

Consideramos importante destacar cómo estos miedos y prejuicios hacia el paciente de sida, hacen que la relación de ayuda sea distinta con ellos y por ende, esta actitud de algunos profesionales dificulta que la relación se eficaz y verdaderamente de ayuda:

Yo veo que al paciente oncológico sí que se intenta empatizar con él, hablar y tal, pero yo veo que al paciente vih parece que ya nada, que como son vih no se tiene tan en cuenta que pueden sentir rechazo, y entonces descuidamos mucho la relación con ellos, son personas que tienen una enfermedad y lo están pasando también mal. (G3)

A mí me dicen en mi planta: voy a darme un paseo, y me lo trae un celador del pasillo cogiéndolo del brazo y me dice: ¡se te ha escapado! pero bueno, ¿¿es que no tiene derecho el paciente a darse un paseo?! No les digo na porque..., pero no sé, tienen su derecho igual que todos. (G3)

Hay gente que sí que los margina, ¡uuuh!..., es que también pasa que tenemos prejuicios y no los manifestamos ¿estás?, hay gente que..., yo por ejemplo tenía un compañero en urgencias que cuando veía un paciente con to las pintas de ser vih, bueno se las pelaba por huir y no pincharle, claro, sí sí, pero hay gente que no lo dice y también lo rechaza. (E18)

1ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS: ESTRATEGIAS Y HABILIDADES DE RELACIÓN DE AYUDA

<p>Conocimiento del proceso de relación de ayuda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se conoce adecuadamente en el seno de la profesión • Se desarrolla en función de la personalidad de cada profesional 	
<p>Actitudes y habilidades desplegadas</p>	<p><i>Empatía versus simpatía</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen el concepto mas no se utiliza adecuadamente. Se confunde con la simpatía
	<p><i>La aceptación incondicional</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizada por quienes tienen conocimientos en relación de ayuda. Otros hallan dificultad para llevarla a cabo.
	<p><i>La necesidad de adiestrarse en el arte de escuchar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento general de que no se escucha adecuadamente. • Utilización de obstáculos que impiden su desarrollo.
	<p><i>Confrontar de modo didáctico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizada adecuadamente como cuidado. Consideran importante la comunicación de objetivos en la práctica
	<p><i>Respondiendo a las necesidades espirituales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado que prestan los profesionales que tienen conocimientos en relación de ayuda. Escaso valor como cuidado a nivel general
	<p><i>Manejo del tiempo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La experiencia enseña a gestionarlo en pro de la relación como cuidado.
	<p><i>Comunicarse sin palabras</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad manejada adecuadamente a nivel general.
	<p><i>El contacto con la propia experiencia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los fenómenos vividos personalmente, les enseñan a desaprender modos no adecuados de interaccionar, y a entender al paciente como un todo.
<p>Estilos de relación</p>	<p><i>Autoritario-paternalista</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación autoritaria a nivel general. • Paternalismo-apoyo consuelo en oncología e infecciosas. • Confusión del estilo empático con el simpático.
	<p><i>Oportunidad para la humanización</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo sólido con el paciente y la familia. • Se hace más humano el cuidado y la perspectiva del propio sentido de la vida.
	<p><i>La familia: un paciente más</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se crean vínculos importantes, mas les resulta difícil afrontar la relación con el familiar. Éste demanda información y faltan herramientas de comunicación.
	<p><i>Pacientes "distintos"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los prejuicios profesionales influyen en la relación no siendo verdaderamente de ayuda.

2. Dificultades durante la relación de ayuda

Tras analizar la primera categoría en la que hemos comprendido la relación de ayuda en enfermería, como una *técnica humana* al tiempo que un instrumento de humanización de los cuidados en el marco de la competencia relacional de la profesión enfermera, con el análisis de esta segunda categoría pretendemos acercarnos al entendimiento de aquellas dificultades que los actores sociales entrevistados encuentran para llevarla a cabo y dar repuestas a las necesidades del paciente y la familia en las diferentes unidades de estudio que venimos abordando, así como explorar los sentimientos y pensamientos experimentados en sus vivencias personales en el momento de acontecer dichas situaciones difíciles.

2.1. Principales dificultades y su manejo

2.1.1 No saber qué decir

Una de las dificultades manifestadas de modo general por los informantes y que aparece con una fuerte carga emotiva en sus discursos, es aquella que hace referencia al hecho de no saber cómo afrontar adecuadamente las preguntas comprometedoras por parte del paciente y la familia, a lo que tienen que enfrentarse diariamente. Los profesionales manifiestan no saber *qué* decir y la ansiedad interna que les proporcionan estas situaciones difíciles mientras están prestando cuidados. Consideran que la causa principal de que esto suceda es debido a la falta de formación y preparación en el proceso de relación de ayuda en enfermería:

Lo que pasa que cuando llega el duelo, pues a veces no sabes cómo actuar ante la familia. En la fase final de un paciente, no sabes qué decirle, cómo afrontarlo, no sabes cómo apoyar a la familia, ahí sí que me noto yo que me falta preparación, me siento muy impotente. (E11)

Yo siempre lo he dicho, que cuando entramos en Onco aparte de dar los cursos de tratamiento que se deben de dar como el de las quimio, se deberían de dar cursos para relacionarnos con el paciente, porque tú a un paciente que le dices: si te estás muriendo te quedan dos días, no puedes decir eso, pero si es que le dices: no, no te preocupes, pero si él sabe que no va salir de esta. (E13)

Te quedas así, no sé..., buscas estrategias ¿no? para seguir la comunicación, pero porque tú dices: bueno, qué hago yo aquí, ¿no? ¿Qué hago? No, bueno, aprendes a tener tú recursos, bueno ¿tú qué piensas de eso? no todos los pacientes son iguales, no todos responden igual al tratamiento. Ya, ya pero yo sé que mi pronóstico es malo. Entonces..., eso la verdad es que hay que vivirlo, nadie te enseña eso, nadie te prepara para eso tipo de preguntas. (E21)

En cuanto a la dificultad manifestada por los informantes, de no conocer cómo llevar a cabo un adecuado estilo de respuesta empática en el momento de afrontar “el no saber qué decir”, surge en el análisis de la misma que su manera de manejar la situación en la mayoría de las ocasiones es evitando la interacción en la medida de lo posible con el paciente y el familiar y su mundo interno:

(...) Y nadie, nadie, ningún médico ni ningún enfermero sabíamos qué decir a los chicos, y qué hacer, a quién llamar, a servicios sociales... yo creo que falta algo...y en estos casos, yo intento..., que si el paciente no es mío, si no lo llevo yo, intento huir, porque son casos muy al límite, entrar en una habitación así, con ese... el corazón..., tú notas tu propia ansiedad, notas tu propia ansiedad... (E2)

Cada vez que el padre se acerca a mí y le pregunto: ¿qué, cómo estás? se le pasan los ojos (...) yo me quedo hecha polvo, a veces evito de ir a verlo. Si no me toca como paciente no entro a la habitación por evitar esas situaciones (...) ¡¿Y qué le digo yo a ese hombre?! Cuando lo ves tú con los ojos rojos que va a empezar a llorar, dices tú: como empiece, empiezo yo, además es ahí en el pasillo. (E7)

(...) Cuando intentan hablar conmigo, muchas veces no sé cómo..., por dónde tajar, me pierdo, e incluso muchas veces evito las conversaciones con los familiares, a lo mejor entro pongo la medicación..., hay casos que como sé que me van a preguntar, entro, pongo la medicación y enseguida me salgo, estoy muy ocupa ohh, pero porque no sé qué decirles, ¡qué les digo!, hay momentos en los que yo no sé explicarme, ni ponerme...¡¿Qué le digo?!¡Es que no sé qué decirles!, me faltan muchísimas cosas. (E13)

Como se interpreta de las narrativas anteriores, la mejor manera de evitar esta dificultad que se les plantea durante la relación, es utilizando la distancia como medio de protección, y dirigiéndose a la persona necesitada de ayuda, manteniéndose “lejos de ella”, y con la esperanza de que el contenido de la conversación sea funcional y superficial.

Por otro lado, y a la luz de lo anterior, cabe destacar que aquellos profesionales motivados por el aprendizaje en el proceso de relación de ayuda, manejan mucho mejor esta situación:

No conocemos las habilidades de relación de ayuda. Yo hablo como colectivo en general, porque nos afecta a todos, mira, muchas veces en la planta pues lo típico, siempre se oyen la..., la típica anécdota de que una enfermera, una auxiliar ha entrado a hablar con el paciente, o incluso un médico, ¡porque los médicos igual! ha entrado a hablar con un paciente, y le ha saltado el paciente con: ¿y me voy a morir? o ¿cómo me ves esta mañana? y sabes que está en las últimas 24 horas o le queda poco. Y todo el mundo dice: y no he sabido qué decir, ahí está el cambio de actitud, que es: no es que tengas que decir algo, a lo mejor no sabemos cómo escuchar, y creo que..., que no se sabe lo que hacer. (E 6)

2.1.2. Miedos

Otra de las dificultades expresadas por algunos informantes, y que ya hicimos referencia al tratar la actitud de la escucha activa, tiene que ver con los propios miedos de los profesionales de enfermería a enfrentarse con la verdad del paciente y sus propios miedos a la muerte, al dolor y al sufrimiento del ser humano, tema este que les cuesta abordar durante la comunicación con el paciente o la familia:

Porque no sé qué decir, mis salidas son cuatro cositas: ¡venga, no, no! no sé qué decir. Aparte de que para mí el tema muerte es una cosa que siempre tiendo a quitarme de la cabeza, no sé, no sé afrontarlo. Y con la familia cuando se plantea ese tema..., por favor... no sé qué decir. (E22)

Yo pienso que a todos nos da miedo llegar a este tema porque no estamos preparados, te pones a hablar con una persona que se va a morir, y ¡no sabemos, ni queremos! (G2)

O sea, hay enfermeras que ese tema les va muy bien, el tema del rollico de paliativo no sé qué, que le cuenten la vida de los hijos; pero luego a la hora de la verdad, cuando el paciente necesita de verdad el expresar o comunicarse, o sea, comunicar sentimientos que tiene no sé, ¡o miedos!, no, no son receptivas. (E21)

En torno a esta cuestión, resulta interesante analizar el discurso que tuvo lugar durante una de las entrevistas en grupo, y que nos hace ver cómo la dificultad a enfrentarse a los propios miedos al interactuar con un paciente oncológico o afectado de sida, dificulta que el proceso de relación de ayuda sea eficaz, tanto para el paciente como para la familia:

- Es que ahí, se sabe lo que hay, pero no se dice claro, qué es lo que pasa por ejemplo con un paciente de la unidad: un chaval que está mal, tiene una leucemia, la leucemia ya ha avanzado sin posibilidad de que se remita, y siguen haciendo cosas, y siguen haciendo cosas, y ¡resulta que hace un año ya que saben que no hay nada que hacer!

- Eso es por el propio miedo que tiene el oncólogo a no...

-Y por qué en esta enfermedad, no se dice la verdad, que tú vas a trauma: oye, tienes la fractura de la rodilla.

- Porque no es lo mismo, no es lo mismo una cosa que...

-¡¿El miedo dónde está?!

- El miedo en nosotros mismos o en el paciente.

-El miedo está en los dos, yo creo que en los dos.

-El miedo está en nosotros mismos, porque tú ves como la muerte como algo, como bueno..., que tú sabes que te tienes que morir, y me digo: ¿yo tengo miedo a morirme o...? entonces llego a la conclusión que lo que tengo miedo es al dolor, a morirme solo, a encontrarme en un momento que no me pueda despedirme, ah, a lo mejor más miedo, ¡porque yo sé que morirme me voy a tener que morir!.

-¡Claro! y eso es para nosotros difícil, porque todos los días a la familia dando ánimos, venga mujer que sí, que tal, y para qué, para nada, si resulta que desde hace un año ya se sabe que no hay nada que hacer. Y a lo mejor

estamos dando ánimos y lo que tenemos que hacer es ayudarla para prepararla para otra cosa. (G2)

Si tenemos en cuenta cómo los propios miedos son una dificultad para llevar a cabo la relación de ayuda, algunos informantes consideran que esto es debido a que el profesional no trabaja bien el propio autoconocimiento de su mundo emotivo, y por ende, le resulta difícil mantener una relación con la persona necesitada de ayuda:

En general la gente busca cumplir muy bien sus obligaciones, sus deberes, sus funciones, pero... porque ellos mismos no encuentran la quietud para sus propias preguntas y sus miedos, y cómo se las vas a dar a otros, tú no puedes dar algo a otro que tiene sed cuando tú también lo tienes, entonces tienes que llenarte a ti mismo de agua, para después poder dar, no puedes dar lo que no tienes, corrígete primero a ti mismo, por qué me escondo, por qué huyo de ese momento, qué pasa conmigo, por qué la inquietud, por qué yo no respondo, porque tú estás carente, de qué, de aprender, de empaparte de ese momento, si es de muerte, que si es de crítico, que si es de no hay salida, ¿de lo que quieras llamar! pero si tienes inquietud, llénatelo, porque a lo mejor tú está más tranquilo, ya no está tan sediento y puedes ayudar (E10)

2.1.3. El saber del paciente

Otra dificultad ampliamente reflejada por los informantes acerca de las relaciones con el paciente Onco-Hematológica, y que resultó ser durante las entrevistas un aspecto generador de intensidad emotiva en el momento de la narración, es el hecho de que este tipo de pacientes, a diferencia de aquellos que padecen una enfermedad infecciosa, demandan gran cantidad de información acerca de su enfermedad y el proceso de la misma, lo que crea cierta ansiedad en el propio profesional en el momento de la relación que les cuesta manejar en algunas ocasiones:

Mira, la diferencia que hay entre un paciente de onco y cualquier otro paciente, es que el propio paciente sabe muchísimo, sabe muchísimo, y te está siempre preguntando, qué me estás poniendo, esto es la quimio, esto es el protector, el urbasón, y esto es (...) si que será de onco, pero se ponen muy demandantes, se ponen muy demandantes, y sales de ese tipo de pacientes hasta el moño. (E1)

Y preguntan mucho, al principio preguntan mucho, es exagerao, llega un momento en el que te tienes que salir de la habitación porque no paran. (E2)

La vez que me di cuenta de la comunicación fue el día que fuimos al congreso, ese día me di cuenta que la mayoría de la gente no sabe hablar de eso (...) yo creo que a la mayoría de los enfermeros le falta, la mayoría de los enfermeros tienen el concepto de que los pacientes de oncología demandan mucho y tienen que tener mucha paciencia, cuando llegan a un paciente de oncología a una planta que no es de oncología, están deseando quitárselo de encima porque no saben cómo tratarlo, y..., entonces yo creo que a todo el mundo le falta. (E13)

Otra de las cuestiones que aparece con mayor intensidad en relación a lo anterior, es el hecho de que los pacientes, principalmente los afectados por una alteración hematopoyética, están bien documentados y una gran parte de ellos conocen bien la enfermedad que padecen. Son pacientes en su mayoría jóvenes, que preocupados por su nueva situación, procuran documentarse correctamente a través de preguntas, lecturas, internet, etc. Así mismo, pasan mucho tiempo ingresados en el hospital o han tenido varios reingresos, de modo que han ido adquiriendo cierto conocimiento sobre el manejo de las técnicas de los profesionales, el tratamiento médico, el funcionamiento de algunos aparatos técnicos o el modo de actuar de cada profesional, en cuanto a la destreza y realización de la técnica se refiere. Esta cuestión crea cierto estrés en el profesional en el momento de interactuar con este tipo de paciente, y más aún si en el profesional es una persona novel en el servicio:

Escucha... el tema es, que el enfermo se sabe todo lo que le haces, todo cuando uno lleva tres meses allí, sabe manejarse las bombas, las cifras de plaquetas, las de neutro, las que tienen ellos normalmente..., llegan a un punto que un enfermero que termina la carrera no sabe, ¡se lo conocen todo!, entonces cuando llega un enfermero nuevo, que ese enfermo sepa más que tú, te crea un..., y allí somos como una familia, que entre un enfermero nuevo, cuesta, y a ese enfermo que confíe en él cuesta, con unos con más que con otros como to, y eso a mí me causó estrés, yo entraba a la habitación y prácticamente no hablaba, para que tampoco me preguntaran ellos a mí, entonces tú depende de la motivación por tus cosicas por tus medios, vas

aprendiendo, investigando, libros allá, acá, para enterarte más del asunto porque si no, allí sólo te dedicas a poner quimios y con eso te sobra. (E2)

Ocurre que resulta difícil, en el marco de la competencia relacional, afrontar la cuestión de que el paciente tenga amplios conocimientos acerca del proceso de su enfermedad, creando sentimientos de miedo a la hora de interactuar con este tipo de pacientes e incluso llevando a cabo un estilo de interacción de ayuda que hace que esta no sea eficaz:

A mí me dio bastante miedo llegar a la planta, porque cuando estaba en el equipo volante y pasaba por la segunda, las relaciones que tenías con el paciente no eran las mismas que tenías cuando pasabas por ejemplo por Uro. Porque allí decía si es que los pacientes saben más que yo. Y yo tenía miedo porque no me sentía nada preparada para esta allí, es que algunos sabían más que yo. (G2)

Sí ellos lo saben todo. Cuando llega alguien nuevo saben más que él y hay problemas con esto. Es decir, se rebotan mucho con ellos, es tontería como, no me pongas esto así porque así al doblar me hace daño, y... ¡la enfermera soy yo! y lo dejan así, y eso le pasa mucho a la gente nueva porque no tienen los conocimientos tan amplios para poder decir si es que eso da lo mismo, yo voy a hacer lo que tengo que hacer pero en las cosas que tienen importancia. Eso pasa con la gente que llega nueva. Si ellos lo saben todo (E7)

2.1.4. Quedarse en el “interior del pozo”

Tal y como se ha venido explicando hasta ahora, el proceso de empatizar es fundamental si queremos que la relación de ayuda como parte del cuidado enfermero sea eficaz. Veíamos que es adecuado “bajar hasta el pozo” de la persona necesitada de ayuda, si queremos comprender su mundo de referencia interno para poder ayudarlo. Ahora bien, para que este proceso de ayuda sea adecuado es necesario no “quedarse dentro del pozo”, de lo contrario, estaremos realizando simpatía con el paciente y haciendo nuestro su sufrimiento.

Esta es otra de las dificultades que hemos encontrado en los discursos de los actores sociales. La gran mayoría manifiestan la dificultad que presentan para no implicarse en los problemas del paciente. Algunos incluso, se marchan con el sufrimiento del

paciente a casa y esto les crea ansiedad y preocupación, hasta el punto de llamar a la unidad fuera del horario del trabajo preguntando por la situación clínica del paciente:

- Uuhh, a mí me cuesta yo he llamao al hospital para ver cómo está el paciente, y si sé que está más al día siguiente voy con la ansiedad de llegar al trabajo...

-Yo también he llamao para preguntar por el paciente y para preguntar por la familia... ¿se ha descansado fulanico? ¿Está mejor? no sé... (G2)

Eh, yo tengo un problema, ehh, yo tengo un problema con la empatía, y sobrepaso la barrera y no sé quedarme en mi lado, entonces cuando yo llevo un tiempo, lo, lo paso mal, lo paso mal. (E1)

Yo llevo dos años y medio ¿no? y yo los dos primeros años siempre me he llevao las cosas a mi casa, yo he llora en mi casa. Yo a la una de la mañana he llamao por teléfono a ver como estaba el enfermo. Yo sí lo he pasao muy mal (ha empezado a llorar, dice esto llorando. Respeto su ritmo, el silencio del grupo, y empatizo invitándola a drenar sus sentimientos si es esto lo que desea, y ella continúa ya más calmada) estaba con ansiedad, de llegar a mi casa saber que tenía que ir a trabajar y estaba mala, con mareos, vértigos tal, llega a trabajar y estaba tan normal, pero era sólo pensar que tenía que ir. (G3)

Algunos informantes consideran que la causa de no saber empatizar adecuadamente y por ende, alcanzar este punto de implicación con el sufrimiento del paciente, no adecuado en el proceso de relación de ayuda, es una vez más la falta de preparación al respecto y la utilización de un estilo maternalista-paternalista en la mayoría de las ocasiones:

Pero yo creo que muchas veces pecamos, porque como no sabemos hacer, entonces nos implicamos emocionalmente, o sea, ¿no sé si me explico? a lo mejor no puedo ayudarte y hablar de tu enfermedad, de la muerte o lo que sea, pero si que me pongo a hablar de tu hijo no sé que, me llevo tus problemas, me voy a mi casa, y lloro en mi casa, lo paso mal en mi casa. Yo en onco creo que somos paternalista-maternalista porque somos conscientes de que no..., no podemos tratar de forma dogmática a esos pacientes, pero tampoco sabemos hacerlo de otra forma, entonces....(E20)

(...) Y ellos me explicaban a mí sus inquietudes y sus cosas, ¿no?, y entonces pues, era como una carga emocional pues muy fuerte, y eso me planteó a mí que... que a mí me faltaban conocimientos para poder ayudar a esas personas y ayudarme yo, porque me llevaba la carga de ellos a mi casa, y que..., pues eso me sentía como..., pues eso que si quería continuar con este tipo de gente necesitaba ampliar mis conocimientos. (E5)

Resulta interesante destacar que algunos de los entrevistados han aprendido a manejar de un modo más sano la situación hasta el punto de no llegar a implicarse tanto, con la ayuda de otros compañeros/as de trabajo e incluso con personas ajenas a la profesión:

Se van a casa, pero después vuelven al hospital de día médico, yo viví dos meses también en el hospital de día médico, todos los días con tratamientos de personas ingresadas, después con tratamientos de quimioterapia todos los días, y..., al final cuando ves en el periódico la esquela, el nombre de esa persona, claro, yo lloro, y mi madre me dijo: nooo, ¿qué estás haciendo? Pasa de las esquelas, ¿qué estás haciendo? (E15)

Es que hay que, o sea hay que diferenciar, yo al principio mis compañeros me lo decían, yo al principio lo vivía demasiado, ehh, sufría mucho y... no sé, así no puedes ofrecerte como profesional, no eres válida, no puedes llegar a casa y estar pensando en el paciente que dejas. Entonces unos compañeros, cuando yo estaba con ellos me dijeron: no puedes ser así, tú no puedes estar siempre sufriendo, estamos en un servicio que..., es que eso no es empatizarse, eso no es empatía, esa implicación no debes. Ya me voy a casa y no me voy pensando en el paciente y tal y tal. Hombre siempre hay pacientes que los llevas aquí (indican el corazón) pero ni tanto ni tan calvo, lo sé. (E22)

Otra cuestión surgida durante las entrevistas en relación a la dificultad de implicarse de modo inadecuado, ante el desconocimiento de cómo llevar a cabo un estilo empático de relación, ha sido el hecho de que esto lleva a algunos profesionales a tener que abandonar el servicio:

Y entonces todo eso hay mucha gente, son handicap que lo echan para atrás, y es más hay mucha gente que ya se ha ido, por el tema tipo depresiones porque no aguantan ver a gente que les coges cariño. (E3)

Por otro lado, algunos profesionales declaran que han aprendido a partir de su contacto con la experiencia y atendiendo a sus recursos internos, a manejar de modo adecuado esta dificultad en la relación de ayuda sin tener que abandonar el servicio o evitar entrar en contacto con el paciente y su familia:

Bueno, con el tiempo he aprendido a poner un poco de freno al cariño ese, o sea, a no implicarme tanto con el paciente, o sea, hacer mi trabajo, intentar ser como un profesional pero no implicarme tanto emocionalmente. (E21)

Pero no es una persona que a mí la muerte de..., me afectase. Si no es como cuando entras al hospital, sobre todo a esa planta, eso lo aprendí en la puerta de urgencias de la Arrixaca, cuando entras es como si, no como si me quitase el arma, pero como si me pusiese una coraza, entonces hago mi trabajo, tengo mis relaciones humanas con la gente ¿no? pero no lo implico en mi vida, no me voy a mi casa pensando en ese paciente. (E13)

2.1.5. La proyección personal del rol

Un elemento surgido en las narrativas de los informantes que nos parece importante a tener en cuenta en la relación de ayuda con el que sufre, en la medida que dificulta la relación o en algunos casos la refuerza, ha sido por un lado, el hecho de comprender cómo algunos profesionales proyectan su propio rol (madre, padre, hermano, etc.) en la persona que cuidan:

Tienen tu misma edad, tus mismas ganas de vivir, y entonces tú te estás viendo que..., pues eso, una semana que estás bien, y te cuentas sus cosas y todo, y parece que no te afecta, y una semana que estás irritable por todo, irritable hasta con los compañeros. (E1)

Y mucha gente se desborda si tiene familiares en esta situación, lo extrapolan ¿no? es como yo, yo si veo un crío pequeño con leucemia pienso en mi hijo, y digo: ¿qué estará pasando esa madre?, porque extrapolo a mi hijo. (...) Los padres típicos que te preguntan, yo siempre, cuando son padres siempre me pongo en su lugar ahí no me cuesta, siempre pienso joder es que si fuera mi hijo. (E7)

Es que a veces es inevitable, o piensas tú que a lo mejor no te afecta tanto y te pasa algo que te recuerda a alguien y tal y entonces te das cuenta que, piensas que no te afecta tanto pero en realidad sí te afecta. (G3)

Y de otro lado, otro aspecto a considerar manifestado por algunos informantes en cuanto a la dificultad en la relación, es también proyectar en la figura de la persona necesitada de ayuda, aquellas heridas internas del profesional que llegan a “sangrar” durante la interacción:

(...) Yo lo que pasa también que yo tengo un hermano, y mi hermano falleció, si que fue una muerte súbita, pero me sigue marcando...casi siempre me he llevado los problemas de los pacientes a casa, a lo mejor no descansas, estás super stresao, estás con rabia, pero claro, yo llevo ahí un fondo, que yo no he terminado de superar lo de mi hermano... (E1)

2.1.6. La conspiración del silencio

Entendemos que si bien, la conspiración del silencio, sea en el caso de un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte del familiar y el equipo de salud, o sea en el caso de que el propio paciente evita o niega la información, es un elemento que acaece argumentado en la necesidad para proteger al paciente o de protegerse los propios familiares, así como en la dificultad de algunos profesionales, fundamentalmente profesionales de la medicina, según manifiestan los informantes, para abordar situaciones en las que la comunicación se hace especialmente difícil.

Por todos los elementos que desencadenan este hecho dentro de la cultura de la salud-enfermedad en nuestra sociedad, comprendemos que no es un hecho que se dé en relación directa con el desconocimiento de una relación de ayuda adecuada, aunque esto último influya en cierta medida. No obstante, nos parece adecuado hacer mención a la cuestión de la conspiración del silencio desde la perspectiva de la competencia relacional, en cuanto a que es un elemento manifestado ampliamente en los discursos de los informantes con fuerte carga emotiva, dado que los profesionales consideran que encuentran una gran dificultad al tener que prestar cuidados enfermeros en el marco de este silencio pactado, que suele ser en la mayoría de los

casos, y entienden que hace más difícil aún el que la relación de ayuda tenga lugar de un modo eficaz:

Si no sabe el enfermo lo que tiene es muy difícil hablar con él, porque nuestro vocabulario estamos siempre con el tema de tratamiento, la quimioterapia y no se qué, si el enfermo no sabe que tiene cáncer no podemos decir nunca quimioterapia, y eso es lo más fácil del mundo decir quimioterapia dentro de la habitación, porque el enfermo de al lao está con quimioterapia también. (E8)

Pero es que..., la mayoría de gente no dice no quiero saber, simplemente no se le informa, y no me parece justo, a quién tienes que informar, ¿al paciente o a su tío?, es que me da muchísima rabia. Y a parte, la situación es peor con ellos! porque él no está informado y piensa que sí, porque él no ha dicho en ningún momento que no quisiera información, entonces tú entras y te hace preguntas y tú no le puedes contestar, o le contestas y le das información que no debería de saber porque se la tenía que haber dicho el otro, tú metes la pata, entonces hay ahí un caldo de mentiras y de tontería, que no le hace bien a nadie. Si es que está en un hospital y en algún momento u otro se va a enterar de las cosas. (E20)

Es muy difícil tú ocultar lo que se le está haciendo, un tratamiento de quimio... o cuando está aislado, es que él mismo se ve aislado, es que es super complicado ...(G3)

Esta situación embarazosa que obliga a los profesionales a guardar silencio durante la interacción con el paciente, es una situación que se da en menor medida entre los profesionales que trabajan con pacientes contagiados por VIH, que manifiestan estar más relajados y trabajar con mayor autenticidad la relación:

Los pacientes saben sus diagnóstico todos, los que son vih sí, porque en nuestra unidad el médico se lo dice, no por nada, porque él tiene que ser consciente de la enfermedad que tiene y de las medidas que tiene que tener para no transmitirlo, entonces allí el primer interesao es él, lo que pasa es que yo creo que algunos no son conscientes de lo que es la enfermedad y lo que supone la enfermedad. Tú ves, en pacientes oncológicos, a lo mejor, hay

pacientes que la familia te hace alguna seña que te dice: ¡no le digas lo que tiene!, pero por ejemplo nosotros en infecciosas no. (E18)

Algunos informantes consideran que en muchas ocasiones el proceso de relación de ayuda no es adecuado, no sólo por desarrollarse en el marco de la conspiración de silencio, sino por todo aquello que tiene que ver en cuanto a las relaciones del equipo interdisciplinar, principalmente entre los profesionales de la enfermería y la medicina. Los entrevistados hacen referencia a la parca comunicación existente, entre medicina y enfermería, de todo aquello que guarda relación con el cuidado del mundo interno y la información que a éste se le ha dado en torno a su enfermedad y al proceso de la misma:

- Falta información, o sea, nosotras no tenemos toda la información. Sabes la medicación que tienes que hay que poner, sabes que tiene una leucemia, pero falta información sobre los demás.

-Sí es que a veces nosotras nos enteramos ya al final, cuando ya no hay nada que hacer, cuando ya está más claro que el agua.

- Yo creo que eso es un fallo, es un fallo porque normalmente uhmm, si el oncólogo te dijera: mira, este enfermo está hasta aquí, le queda..., y nuestro fin es este... ¿No? entonces tú sabrías un poco a qué atenerte y qué hacer, y a lo mejor las respuestas las pensarías mejor, y puede ser que ayudes a esa persona. (G2)

Recuerdo que en Inglaterra teníamos una reunión semanal con el equipo de trabajo, aquí hay muy poca comunicación, y yo pienso que esto crea inseguridad en el paciente. El médico fomenta la conspiración del silencio, entra en el juego de la familia. Y yo lo paso fatal porque siento que estoy actuando en contra de mis valores, yo haría por quitar ese muro pero es algo que tiene que hacer el equipo, no una persona sólo (E6)

La informante anterior, además de tratar la cuestión de la conspiración del silencio hace también referencia en su discurso a un aspecto que trataremos más adelante al analizar la tercera categoría en relación al valor dado en la profesión a la relación de ayuda. Este aspecto está relacionado con la cuestión del conflicto axiológico en el momento de llevar a cabo un adecuado proceso de relación de ayuda eficaz, en el entorno de una cultura hospitalaria en la que la competencia relacional, parte no visible y no cuantificable del cuidado, ha estado siempre relegada a un segundo plano en el

entorno y la micropolítica de la vida organizativa de los centros hospitalarios y de los profesionales de la salud que ejercen y conviven en ellos.

2.2. Poniendo nombre a los sentimientos

A lo largo del análisis de esta categoría a partir de los discursos de los informantes, hemos podido observar una serie de dificultades que se encuentran en el momento de acoger la angustia de la persona doliente y ayudar a manejarla.

Durante las entrevistas, al tiempo que los actores sociales narraban estas dificultades a partir del fenómeno vivido en su quehacer diario, manifestaban también una serie de sentimientos y pensamientos experimentados en el momento de tener que afrontar la situación, y que son transmitidos al investigador con una fuerte carga emotiva en el discurso en congruencia con su lenguaje no verbal. Los profesionales manifiestan tener sentimientos de rabia, impotencia y de sentirse incómodos por no saber cómo afrontar la situación adecuadamente desde la relación de ayuda:

Y me siento mal, fatal, de rabia, de la poca información que le han dao, o de rabia por no haber sabido esquivar la situación, porque para eso sí que hay..., alguna frase o cualquier cosa que te ayudan en ese momento, luego tú dices más o dices menos. (E20)

Te da tristeza y pena, y dices: ¿cómo lo consuelo?, a veces si que dices: ¿qué tengo que decir aquí? (...) Hay veces que me he callao como una tonta y luego al salir digo es que tenías que haber dicho algo, y te sientes mal. (E7)

Lo que pasa que te sientes un poco impotente de..., por no haber tenido una conversación, o haber podido decirle algo que le hubiese hecho sentir un poco mejor. (G3)

Cabe destacar como en el momento de vivir la situación y la dificultad que encuentran en ella para afrontarla del modo más sano posible utilizando las actitudes y habilidades de la relación de ayuda como parte del cuidado enfermero, los informantes destacan entre sus pensamientos y sentimientos ante no saber cómo manejar adecuadamente la relación, la necesidad de formación al respecto y la motivación para llevarlo a cabo:

En la fase final de un paciente, no sabes qué decirle, cómo afrontarlo, no sabes cómo apoyar a la familia, ahí sí que me noto yo que me falta preparación, me siento muy impotente. (E11)

Y cuando salgo de la habitación me siento mal (...) Con un sentimiento de culpabilidad porque yo..., ummm, o sea yo tengo medios, la información está al alcance de todos, yo podría..., o sea en ese momento dices: ¡es que tengo que ponerme a leer! porque yo tengo que saber cómo desenvolverme en estas situaciones, lo que pasa que después te dejas llevar por tu ritmo diario y nunca te pones. Pero en esos momentos te sientes hasta culpable, tu dices: tú estas en este..., tú estás en esta posición y aunque a ti nadie te haya formado, tú deberías ser responsable y formarte para poder defender tu trabajo. (E20)

Otro elemento manifestado por los entrevistados en relación a los sentimientos experimentados al interaccionar con el paciente y la familia, es la cuestión de la utilización de frases hechas que se dicen en la mayoría de las ocasiones, y que si bien los entrevistados manifiestan no sentirse bien utilizándolas, interpretamos que de algún modo les permite escapar del vértigo producido por el encuentro con la verdad:

Si morir..., siempre contestamos lo mismo, si morir nos tenemos que morir todos, eso es lo típico que muchos decimos, porque no sabes por dónde salir. (...) En esta planta la relación de ayuda te das cuenta, sino lo más importante, de lo más. (E3)

(...) Pero tos decimos lo mismo, y a todos los que les preguntes te va a decir: no pasa na, ¡anda ya, qué exagerao eres! ¡No digas tonterías! se banaliza, se le quita importancia ¡y lo mismo le cabrea!, lo mismo le cabrea porque dice: te lo estoy preguntando para que me lo termines de confirmar macho, ¡no me jodas! ¡que yo me siento que me muero, cojones! lo mismo se mosquea, yo en mi caso me enfadaría bastante que alguien entre comillas me ningunee y me tome por tonto, cuando me estoy dando cuenta de las cosas, pero es que es extremadamente difícil decirle a alguien que se está muriendo, es super complicao. (E19)

Me sentía una hipócrita, una hipócrita total cuando decía: ¡anda que te vas a morir, pues como tos! Pero es que no sabes qué decir, pero no, no mis

posibilidades son un diez y las tuyas son un noventa, sé que no le puedo decir eso, puedo, no sé, hacer un silencio y esperar lo que ella quiere decir. (E7)

Tal y como indicábamos anteriormente, si bien se utilizan palabras en la relación cogidas al vuelo del arsenal de frases hechas, la mayoría de los informantes consideran que no son de ayuda por mucho que les sirvan para escapar de la ansiedad que produce el encuentro con el sufrimiento, por lo que algunos informantes manifiestan que prefieren no entablar conversación con el enfermo por no tener que utilizar frases hechas para afrontar la situación:

O sea, están en un proceso terminal, están sufriendo, están con un tratamiento de quimio que les descompone el cuerpo entero, entonces para decirle..., no pasa nada, tranquilízate, ¡venga!, o venga échale paciencia son tratamientos muy largos, pero es siempre lo mismo, tú te vas con la sensación que no sólo no ayudas sino que lo esquivas, entonces casi es mejor no dar lugar a esa conversación, es una actitud muy egoísta, pero es la que la mayoría tomamos. (E8)

A la luz de lo anterior, una informante nos relata su experiencia en la que inicialmente evitó enfrentarse con la verdad de una paciente por medio de la utilización de frases hechas y sin personalizar el sentimiento de la misma, la cual confrontó al propio profesional a quien le sirvió de ayuda este hecho. La experiencia vivida por este profesional, nos llevó a percatarnos, de cómo en algunas ocasiones el enfermero/a deja ver tan claramente al enfermo su propia incomodidad, que es este último quien se convierte en ayudante:

Un paciente oncológico, la mujer tenía los hijos adolescentes, era extranjera, (...) tenía una papeleta horrible, no tenía dinero para el entierro, (...) y entonces una vez entré ella sí que empezó a hablarme ¿no? como..., porque lo típico ¡anda! como evadiendo el tema ¿no? ¡Anda que te vas a morir! que tal...¡y claro ella me hizo afrontarlo ¿no?, me paró la mano y me dijo: ¡es que mis hijos se quedan solos! y claro yo uhmm empecé allí a llorar con ella, tristeza más que incomodidad, pero cuando las dos comenzamos a llorar, luego nos interrumpieron, pero también fue un alivio porque las dos descargamos. (E7)

2ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS: DIFICULTADES DURANTE LA RELACIÓN DE AYUDA		
Principales dificultades	<i>No saber qué decir</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentran inconvenientes para afrontar las preguntas del paciente y la familia, por lo que evitan la interacción. • Hallan la causa en la falta de formación. • No es dificultad para los profesionales con conocimientos en relación de ayuda.
	<i>Miedos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El miedo a la <i>verdad</i> del enfermo y del propio profesional dificulta la comunicación y la relación. • Encuentran la causa en la falta de formación y de autoconocimiento.
	<i>El saber del paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes muy documentados sobre su enfermedad demandan información. Esto crea ansiedad y estrés en el profesional, que acusa de modo especial la necesidad de <i>técnicas humanas</i>.
	<i>Quedarse en el interior del pozo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No realizar una respuesta y estilo empático adecuados, les lleva a la sobreimplicación con el sufrimiento del paciente que dificulta la relación. • Esto da lugar a situación de ansiedad y abandono del servicio en algunos casos. • Algunos han aprendido a manejar la situación con la ayuda de compañeros. • Los formados en relación de ayuda manifiestan saber “salir del pozo” del paciente.
	<i>La proyección personal del rol</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La proyección del propio rol (madre, padre, hermano, etc) en la persona doliente, dificulta o facilita la relación de ayuda. • A veces, durante la relación “sangran” las propias heridas internas del profesional.
	<i>La conspiración del silencio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El silencio pactado en este marco dificulta mucho la relación y su eficacia. • Apenas se da con pacientes afectados de VHI. • El cuidado del mundo interno del paciente no es objeto de estudio entre los equipos interdisciplinarios.
Poniendo nombre a los sentimientos		<ul style="list-style-type: none"> • Manifiestan sentimientos de rabia, impotencia y sentirse mal por no saber afrontar la situación. • Sensación de no haber ayudado. • Utilización de frases hechas que les permiten escapar del vértigo con el encuentro de la verdad. • Una vez más, encuentran la causa en la falta de formación.

3. Valor y significado de la relación de ayuda

Partiendo de la premisa que sostiene el marco teórico de esta investigación, entendemos que el *cuidado* enfermero debe ser tan clínicamente eficaz como sea posible, y que igualmente la calidad humana y la competencia relacional en la asistencia, no debe relegarse a un segundo plano de prioridad por el hecho de que sea difícil de expresar cuantitativamente. Es desde esta óptica, que hemos querido acercarnos al análisis de esta tercera categoría de investigación, con el fin de conocer el significado y la atribución axiológica que se otorga a la relación de ayuda por parte de los profesionales de enfermería en el ejercicio diario de su profesión.

Utilizando el mismo esquema de análisis que en las categorías anteriores, hemos obtenido del discurso diferentes subcategorías y códigos dentro de cada una de éstas, que pasamos a exponer a continuación.

3.1. Valor y significado para el profesional

A continuación pasamos a exponer los datos obtenidos en relación a esta subcategoría a partir de los siguientes códigos analizados:

3.1.1. La relación de ayuda: un *extra* en el cuidado enfermero

Durante el desarrollo de las entrevistas tanto individuales como en grupo, al tratar la cuestión acerca del valor y significado de la relación de ayuda, tanto a nivel general en el marco de la sanidad pública como en las unidades de hospitalización en las que se centra este trabajo, los informantes consideran que de modo generalizado la utilización del proceso de relación de ayuda como herramienta terapéutica del cuidado a la persona es un elemento que no se tiene en cuenta en la mayoría de los casos:

(...) En otros servicios, ese tipo de idea ni siquiera surge, yo he estado en urgencias y ahí, eso no lo he visto nunca. En atención primaria pasa como en urgencias, cuando tienes pacientes a domicilio también, ¡o moribundos o crónicos da igual!, yo creo que se centra mucho en ir, hacerle la cura, ponerle el pinchazo, y lo que es tiempo invertido para estar con esa familia, informarle,

hacer educación para la salud, cualquier tipo de cosa que necesite, a lo mejor no se hace tanto, pero también es un poco relativo, porque tú tampoco estás con tus compañeros haciendo la visita domiciliar, pero la impresión es ésa. (E6)

(...) Pero yo he pasao por otros servicios, y en otros servicios mi relación con los pacientes era totalmente diferente. Yo antes entraba hacía mis técnicas, un par de cosicas, y la relación ésa enfermero-paciente era un poco más fría, digámoslo así. (E14)

A ver, cuando tú estás pasando por otros servicios o estás en una puerta de urgencias, tú ignoras totalmente que ese paciente necesita..., necesita que le expliques las cosas, necesita que..., en las plantas de oncología, la gente se comporta de una manera diferente al resto de plantas. (E13)

En torno a la concepción de la relación de ayuda como elemento consustancial del cuidado enfermero, cabe destacar que ésta es considerada a nivel general como un elemento *extra* en el ejercicio de la profesión según manifiestan algunos informantes:

- Creo que tampoco lo establecemos como una actividad, porque bueno, vale, yo creo que si tienes una carga..., si tienes siete horas de trabajo, muchas veces las siete horas desde que entras hasta que sales, no paras, haciendo curas, haciendo técnicas haciendo tal. Otras veces, por ejemplo, hablo más o menos los domingos que no hay muchas quimio y eso pues te lo puedes permitir. Pero que nosotros estamos relajaos y a lo mejor estamos en la salita ¿sabes lo que te quiero decir? que tampoco lo establecemos como actividad, es decir, bueno aquí tengo más tiempo y ahora me voy a dedicar a preguntar, a ver y tal, ¡yo eso no lo hago!, pero yo es que veo que mis compañeras tampoco veo que lo hagan, es que tampoco lo establecemos como actividad.

-¡Es como un extra! bueno si puedes pues vas... y si no pues no. (G3)

Parecer ser, según exponen algunos informantes, que la relación de ayuda desarrollada en las actitudes y habilidades que el profesional puede desplegar al interaccionar con el paciente y la familia, bien sea en el momento de realizar una técnica o no, es un elemento que aún no se tiene interiorizado y comprendido a nivel general, como parte esencial de la competencia de un enfermero/a:

(...) Eso entendido no está... porque: ¿qué trabajo hace una enfermera que no lleva una inyección pá ponerla? ¡Es que eso me lo han dicho a mí en la planta de oncología ahora que he empezao a trabajar! en la planta ¡eh! ¡Qué es muy fuerte! en una planta de oncología que se supone que tienen la mentalidad totalmente cambiá... y que yo no puedo enseñarle nada a ninguna de las enfermeras. (G3)

Mira yo pienso que el enfermero ante todo en general lo que primero mira es la técnica, una vez que te sientes seguro en técnicas parece que pasas a nivel de la fase de relación, porque yo recién salido de carrera tengo que coger un 18, y tengo que coger un 18 ¡y no me acuerdo ni cómo se llama su madre porque no me acuerdo! entonces la teoría y todo está muy bien... nadie me ha dicho pues mira, haz esto, haz lo otro. Una vez que tienes la técnica dominá, entonces vamos a la otra fase, vamos a lo otro. (E14)

(...) A nivel de enfermería, pasamos un relevo de patología del paciente, a ver cual es la patología más gorda, y no hablamos de la parte anímica, moral del paciente, a nivel de nuestros cambios de relevo, y del estado del paciente de cómo debemos de entrarle, donde se encuentra sentada, de si tiene los ojos cerrados, si habla, si toma, si no toma, si tiene ganas de levantarse, si tiene ilusión de una revista, si..., todo eso no lo comentamos, y yo lo veo muy importante, nos llevaría a lo mejor a obtener muchas respuestas de lo que hacemos. (E5)

3.1.2. La base del cuidado

Atendiendo al discurso de los entrevistados, veíamos en el apartado anterior que el “saber ser” como profesional en el marco de la competencia relacional, se encuentra relegado a un segundo plano de un modo general en la cultura sanitaria. No obstante, en el análisis del código anterior, descubrimos como la oportunidad de ejercer la enfermería en las unidades de Onco-Hematología e Infecciosas se convertía en un lugar para la humanización de la salud. Del mismo modo, estas unidades de trabajo también son a su vez un lugar de actuación, donde los actores sociales consideran que se toma conciencia del valor de la relación de ayuda como parte esencial del cuidado y de la importancia que esta tiene en la trayectoria de la enfermedad:

Es importante porque si perdiéramos un poco de tiempo para explicar las cosas, para hablar con ellos, darle la mano y tal, las cosas irían mejor. (E19)

-Sin duda es importante, tanto para el enfermo como para la familia. Yo no sé, casi que una relación de ayuda va a hacer tu trabajo mejor.

-Yo estoy de acuerdo con ella, va a facilitar tu trabajo bastante vamos, y saber..., yo que sé, saber ayudar a la gente mejor, y tú estás mejor también, y es importante tanto en oncológicos como a nivel general, porque nos basamos en cuidar y es básica la relación esa.

- La relación de ayuda en una escala del cero al cinco, como la del dolor, es el cinco, porque tú no puedes ayudar si el paciente ni la familia confían en ti. Y si tú no estás dando confianza puedes hacer cien mil técnicas con él, pero nunca va a estar ese paciente bien del todo y tú tampoco te vas a sentir bien con tu trabajo. (G2)

Así mismo, además del valor que toma la relación de ayuda en todos los servicios hospitalarios para los entrevistados, estos consideran que en sus unidades de trabajo, ésta se magnifica y resulta una herramienta básica del cuidado enfermero:

(...) La relación de ayuda es importante en todos los niveles pero lo que pasa es que aquí se magnifica más, pero yo comprendo al paciente que está tres días en la cama en una cirugía, y entras pones los sueros y punto, y a lo mejor está preocupado y necesita hablar contigo, yo eso lo noto ahora. Pero sí, aquí ya te digo se magnifica mucho. (E14)

-Lo que está claro que aquí es básico.

-No, ¡claro! en esta planta es básico.

-(...) sí pero no sólo es en nuestra planta, que sí que sería básico, pero también en muchos otros sitios, porque claro cada uno tiene su proceso de vivir la enfermedad. (G1)

Yo creo que es básico, lo que es la relación de ayuda es nuestra arma de trabajo fundamental. (E22)

A la luz de lo anterior, un informante relata una experiencia vivida recientemente en la que describe la relación de ayuda entendida como un cuidado enfermero y un instrumento terapéutico:

La relación también es un cuidado, depende de cómo entres en la habitación el paciente se va a sentir mejor o peor, porque yo he tenido casos..., sin ir más lejos, hoy por ejemplo, que a lo mejor la relación de un profesional sanitario con un paciente no ha sido muy buena, y el hombre se ha puesto muy nervioso, se ha puesto muy alterado, incluso no le ha llegado a dar ningún cuadro de disnea, pero que estando yo presente he pensado veremos a ver si no le da algo, por un mal entendido, por una relación no buena, e incluso el hombre me ha llegado a decir: ¡tú sabes cómo soy yo!, sí claro que lo sé, que soy noble que soy tal, y mira como se ha puesto conmigo. Tú tranquilo que esto no es ná. Influye muchísimo. (E14)

En este mismo sentido, algunos profesionales entrevistados apuntan la importancia que tiene la humanización en el trato tanto a los pacientes y los familiares, de modo que estos perciban seguridad y confianza en el profesional:

Mantener mi sonrisa en mi cara, y mantener el corazón con alegría, cuando se puede tener con alegría, y si hay que llorar se llora..., el trato humano, la humanidad. Esperan la persona, y luego el profesional y luego el enfermero. Porque como a ellos los tratamos como personas no como a un profesional. (E4)

Lo que más te gusta es cuando ves que estás trabajando, que hablas con ellos, que le explicas su enfermedad, que es lo que se le va a hacer, y ves de vez en cuando que empiezan a poner una sonrisa, una mueca de agradecimiento, una sonrisa, un poco de confort de seguridad es muy bonito, de que tú puedes ayudarlo a relajar ese nivel de estrés brutal que tienen encima ¡aunque sean cinco minutos ¡coñó! pero con todo lo que sufren, cinco minutos que se harten de reír, no sé, parece que cambian un poquito las cosas (E19)

Es que tú no eres su médico, no pones los tratamientos, no eres psicólogo, eres el enfermero. El enfermero que está 24 horas con él, ellos yo creo que esperan, aparte de que hagas bien tu trabajo, los tratamientos de quimio y que

no les quemes las venas, que tengas una actitud adecuada. La educación tiene que estar en todos los ámbitos del hospital, la educación, el trato correcto. (E22)

3.2. La óptica institucional

En referencia al significado y la atribución axiológica en torno a la relación de ayuda en enfermería como parte fundamental del cuidado, cabe destacar un elemento apuntado de forma generalizada por los informantes, que guarda relación directa con la propia racionalización del funcionamiento organizativo y la visión tecnocrática del proceso de salud-enfermedad en la que se apoyan las instituciones sanitarias.

De todos es sabido que en todas las instituciones, y los hospitales no son precisamente una excepción, tienen lugar cierto tipo de conflictos. Según se interpreta de sus discursos, los informantes manifiestan cierta disonancia entre sus valores individuales en torno a la importancia de la relación de ayuda en el cuidado, y la adecuación de fines y procesos de consecución de las instituciones públicas, tanto a nivel educativo como sanitario, en las que se encuentran:

Desde la Universidad se podría dar más importancia a la relación de ayuda, independientemente de qué tipo de profesor que la dé, yo desde luego la enfermería la veo enfocada desde la Universidad muy técnica. También desde los mismos centros hospitalarios, sobre todo si no en todo el hospital, en los sitios en concreto como en esta planta o en oncología, que hubiese un poquito más de apoyo en intentar formar en esto a las personas que lo desean, enfocarlo de otra manera. (...) Yo personalmente creo que demasiado bien lo hacemos, con las herramientas que nos han dao desde la carrera y desde los puestos de trabajo en las empresas de... de los que se tienen que encargar de nosotros. (E9)

No se plantea, ni se plantea, está to planifcao por tiempos, y los organismos públicos no entran eso dentro de su presupuesto, de hecho no hay registros sobre eso. (E4)

En referencia a esta disonancia que los informantes manifiestan frente a las instituciones educativas y sanitarias, estos consideran que al ser la competencia relacional un elemento que queda relegado a un segundo plano, no se valora y se tiene presente en el momento de formar o seleccionar al personal de enfermería:

No estamos preparados, para nada. Son temas que no nos autociclamos, y eso para las oposiciones la verdad que ni lo miras, y creo que para desenvolvernos son muy importantes. (E1)

- Y luego lo que tiene que ver con la atención biopsicoespiritual del paciente, lo que son los directivos de los hospitales no lo tienen en cuenta, na más tienen en cuenta lo físico. ¡Eso es otra cosa! que cuando se hace la selección del personal tampoco se valora esto, se valora el trabajo de técnicas y eso, pero no valoran esto.

-Es que tú no te puedes dejar sin hacer la cura, tú no te puedes dejar sin poner la medicación, aunque tú seas consciente de que tienes que prestar otros cuidados y que tienes que dar un cuidado integral a la persona, es que no se puede, entonces hasta que no sean conscientes de que..., yo creo que es a nivel de Dirección, hasta que no se den cuenta tú no puedes dar unos cuidados integrales a un paciente. (G3)

(...) Lo que pasa que le damos menos importancia porque como es un tema que no conocemos y no dominamos, pues lo dejamos apartado mientras podamos y tengamos la posibilidad de dejarlo apartado porque nadie nos lo exija, pues como tantas cosas por comodidad se deja apartado. Es muy importante porque puede paliar muchísimas necesidades que están medicalizadas. (E20)

3.2.1. Saber, saber hacer y saber ser enfermera/o

En referencia al rol profesional que confiere una identidad dentro de la institución donde se ejerce, los enfermeros y enfermeras entrevistados señalan que el papel del profesional de enfermería en el cuidado del paciente afectado de Sida o de Cáncer, es una pieza clave y fundamental si se desea alcanzar la excelencia en el cuidado:

(...) La gente oyes que se comenta: madre mía hasta que no llegas a aquí, te das cuenta de lo que tú eres para el paciente, porque es que la enfermería es clave en la Onco-Hematología es clave la enfermera, y entonces la gente toma como más conciencia del papel de enfermero y lo que supone para el paciente. (E12)

(...) El rol de una enfermera en Onco-Hematología es muy completo, porque puede hacer labor social con la familia, labor personal con el paciente, a nivel técnico ya te digo que es supercompleto, puedes aprender cosas de farmacología, fisiología, es que lo tienes todo. (E20)

No obstante, en referencia a la disonancia que venimos abordando entre los valores individuales del profesional y los valores institucionales y culturales, los profesionales manifiestan que este rol profesional de la enfermera/o de las unidades de infecciosas y de Onco-Hematología no es considerado como tal. Manifiestan que bajo la óptica institucional, la enfermera es y debe ser “enfermera para todo”, donde se prioriza en el *saber y saber hacer* en el marco de las competencias técnicas, y esto es algo que sorprende a los profesionales, principalmente aquellos que trabajan con pacientes afectados por algún tipo de cáncer:

La enfermera de Onco-Hematología tanto por la gente y el hospital es una enfermera más. A lo mejor haces un máster de cuidados paliativos y puedes aprender todas estas cosas, pero tú..., ¡tú eres enfermera para todo! (G2)

-Yo creo que es un sentimiento general de toda la gente que está trabajando con este tipo de pacientes, creo que estamos poco preparadas, igual que en medicina están los oncólogos los hematólogos y tal, las especialidades, en enfermería es como que tienes que saber de to y cuando llegas a una planta es apréndete esa planta porque...

-Aprendes a la fuerza porque como tienes que aprenderlo...

-A base de equivocarte, a base de... ¡uff, madre mía! yo he hecho esto así, lo he hecho de esta manera, y a lo mejor esto es de otra manera. (G3)

Otro aspecto que destacan los informantes en referencia al conflicto axiológico en torno a lo institución que venimos tratando, es que algunos entrevistados consideran que no es correcta esta comprensión del profesional de enfermería como enfermero/a “para todo”, y no resulta adecuado, si se desea atender al paciente y su familia de un

modo eficaz y holístico, destinar estas unidades especiales donde se acentúa el encuentro con la vulnerabilidad y la fragilidad del ser humano, a la persona sin formación previa en las competencias técnicas y relacionales que conforman la profesión:

Porque a mí me han dejao aquí en oncología, a mí no me han preguntao: tú, tal ¿las relaciones cómo las llevas?, he venido a trabajar y punto, ya me voy desarrollando, no he hecho cursos tampoco. (E14)

Un fallo muy grande es mandar al servicio gente que no está preparada y desconoce esto..., no sabes las cifras de la neutropenia, no sé...(E8)

(...) Y la verdad es que ha cambiao un montón, según la gente no era válida, ¡y no era que no era válida!, era simplemente una persona que de golpe coges y la metes ahí y como a nosotros no nos enseñan la parte de..., pues esa, de estar con la persona relación de ayuda ni nada, pos claro nos vemos una parte interna de que vemos una persona ahí, y por otra parte la del tecnicismo y claro nos tiramos a la técnica que es lo que nos han enseñao y lo que hemos hecho, y claro eso con ese tipo de pacientes no es compatible porque hay choques emocionales.(E5)

Yo lo único que veo que falta es formación, y pienso que antes de entrar a una planta como esa, pienso que antes de entrar a la planta el hospital debería formar a la gente, tanto en tratamientos como en relación de ayuda, y si no antes, cuando estás en ella por lo menos, formar a la gente. (E15)

3.2.2. La rentabilidad del saber ser

Al analizar en el nivel teórico de esta investigación los cambios sociales y las nuevas necesidades de ayuda, veíamos la necesidad de los profesionales de enfermería de aprender a gestionar los cuidados, decidiendo en base a sus conocimientos la mejor manera de utilizar los recursos disponibles dentro de sus competencias para garantizar una asistencia adecuada.

Apoyándonos en el discurso de algunos informantes entrevistados, así como, en el interés que lleva consigo el que los profesionales de enfermería aprendan a gestionar

los cuidados que prestan en relación costo/efectividad, pensamos que se hace necesario una definición de las intervenciones enfermeras y los cuidados previstos, en las que el interés del profesional sea la persona como un todo. De este modo, unos cuidados técnicos y relacionales bajo esta óptica ayudarán a la persona a potenciar su salud y a responder del modo más adecuado a su enfermedad, favoreciendo posiblemente en algunas ocasiones la disminución de los costes:

(...) Pero dio la casualidad de que había un médico que además de médico era psicólogo y me encantaba pasar la consulta con él, me encantaba porque eran consultas un poco más largas, más largas pero yo veía que él obtenía más resultados que otros facultativos, quiero decir resultados a nivel de recetas, a nivel de analíticas, de..., es que era, ahorraba un montonazo, escuchaba, eran problemas de familia y demás, este hombre escuchaba e intentaba buscar una solución. (E5)

(...) Entonces tenemos que ser un poco más... prácticos, sí sería rentable, que las enfermeras recibiéramos formación sobre relación de ayuda, y entonces supiéramos diferenciar entre qué tipo de relación necesita un paciente y qué tipo necesita otro, que nosotros supiéramos identificar cuál es el enfermo que necesita hablar de la muerte y eso, y qué hacer en esas situaciones, como..., qué hacer para escucharlos, porque aunque parece una tontería tenemos que saber qué hacer para escucharlo, no qué hacer para decirles tal o decirles cual, y que esa formación que recibiéramos también nos enseñara un poco a enfrentarnos a enfermos con tratamientos activos.(E6)

(...) Y ¿entiendes? si puedo lograr que después coma más, que esté más sensible, algo que yo he enseñado y se va con esto, entonces yo he cumplido mi papel ¿entiendes? Ahora, pongo el primperán y el zofrán, pero yo no nombro esto parte importante de mi trabajo, porque si no tengo que poner el zofrán porque no tienes náuseas mientras yo le presto cuidados, yo lo que más hago es guardar el zofrán, y se escribe en el relevo no ha tenido náuseas ni vómitos. (E17)

A nuestro entender, el elemento de la gestión y rentabilidad de los cuidados enfermeros, es un elemento importante que guarda relación directa con nuestra tesis a favor de la relación de ayuda centrada en la persona, y entendida ésta, como técnica

humana y terapéutica del cuidado enfermero y como un importante recurso disponible dentro de la competencia relacional del profesional, que le capacita para responder a aquellas necesidades que no es posible satisfacer tan sólo con la aplicación de la técnica, y que por ende, da lugar a una mejor calidad de los cuidados prestados:

Vamos a ver: ellos están acostumbrados a que nosotros llegamos, pinchamos, actuamos y hacemos, pero no están acostumbrados a, a eso, a que lleguemos a que hablemos con ellos, a que nos expresen sus necesidades verdaderas. Mira, a mí me dieron un relevo una vez que un paciente que le estaban poniendo todas las noches valium porque no dormía bien porque estaba fatal, y resulta de que ese paciente no dormía bien, porque habitualmente dormía en su casa con una cabecera, con una almohada, y en el hospital no había almohadas, no quedaban almohadas, y entonces yo subí a otra planta busqué una almohada y no precisó ya más valium ese paciente, ni tenía ansiedad, ¡una historia de una almohada!, pero claro poner el valium es más fácil, ¿no?, o poner el orfidal, y es que con sus relajantes tampoco dormía porque el necesitaba su almohada para dormir.(E5)

Y... en algunas ocasiones se dan cuenta de que piden por ejemplo un calmante y lo que necesitan no es el calmante..., entras a la habitación, le cuentas cuatro cosas, le preguntas cómo estás, te lo cuenta, sales, ¡y ya no tiene ná! ya no tiene ná.

-Pufff, eso me ha pasao a mí muchas veces, me he dejao cosas colgas que les ibas a poner, te pones a hablar con él y tal..., y es que ya aprendes a ver el que tiene dolor de verdad, y él que te dice ¡ay, ay, ay! pero ves tú que es otra cosa...(G1)

3.3. El modelo del “buen enfermero”

Un elemento a destacar en el análisis de las narrativas, en torno a la cuestión de los valores individuales del profesional frente al funcionamiento organizativo del resto del grupo, hace referencia a que la creencia en el valor de la relación terapéutica como instrumento de cuidado, es vivida con dificultad por algunos profesionales, al no ser considerada la relación de ayuda como algo prioritario en el ejercicio de la profesión, y no encontrarse integrada en el grupo como parte de la dinámica de trabajo y la competencia de un profesional de enfermería:

Yo recuerdo que trabajando en urgencias había un paciente moribundo, que estaba en uno de los boxes de allí de urgencias. Allí en urgencias es otra forma distinta de trabajar, y yo quería estar atenta al paciente, ir a hablar con él, acompañarle, etc., pero tenía miedo, yo llevaba pocos días y había un compañero que no le gustaba mucho todo este tema, y yo tenía miedo, porque yo quedaba según él como buena y él como malo. ¿Qué haces en una situación así? Es difícil porque necesitas sentirte incorporado por el grupo. (...) y yo lo paso fatal porque siento que estoy actuando en contra de mis valores. (E6)

(...) Uuhh, digamos con los compañeros, con la gente que tienes más confianza y tal, pero..., yo que sé, me da la sensación a veces que si lo quieres hablar, cuando lo quieres exponer de una forma más abierta, o más en conjunto y tal, pues..., se cachondea de ti, ¡mira el pirao!. (E19)

En este mismo sentido, cabe destacar como en el marco de una cultura tecnocrática del cuidado y de una formación en relación de ayuda centrada más en la enfermedad que en la persona, se comprende como “buen enfermero” al profesional que se mantiene dentro de estos límites:

Lo que pasa es que, esto es criticado, es decir, parece que no está bien visto. Si estás de charla o valorando esos temas, no eres buena enfermera, no sigues el ritmo, no haces lo que los otros. (E9)

Y luego es que... otros profesionales a lo mejor las compañeras y eso, yo como hablo mucho, pues estoy con ellos y aunque no hable de la enfermedad pero hablas de sus cosas, sus problemas y te pones allí a hablar y te preguntan cosas, y a lo mejor cuando vuelvo al control me dicen: ¡muchacha, dónde te has metio! digo: pues ná estaba hablando con fulanico; ¡tú eres una cotilla! ¡te quieres enterar de to! No sé, que no lo ven como algo de mi trabajo. (G3)

(...) Vosotros ya estáis como todo el mundo ehh, ha hecho su título y está sentadito, no veo esta fuerza, esta inquietud en la juventud de hoy, no veo,

¿no? (...) Aquí lo que vais es más a cosas de técnicas, y en esto se mide que eres mejor enfermero. (E17)

No obstante, en referencia a lo anterior, nos parece importante resaltar lo que interpretamos en el discurso de algunos informantes como *un afrontamiento positivo del conflicto axiológico*, dado que consideran necesario reafirmar el significado y el valor de la relación de ayuda como parte esencial del cuidado y tomar conciencia de que se necesita un cambio:

Mira, te voy a decir una cosa que es muy importante: lo que ocurre es que hay mucha competencia entre nosotros mismos, y entonces que llegue una figura nueva a un hospital y que no haga lo que hace el resto, crea mucha incertidumbre y mucho miedo, y hay que asumir que las cosas están cambiando.(G2)

(...) Porque estoy tan segura que no necesito esconder mi forma de ser, y puedo enseñarlo abiertamente, porque la condición está más allá, de la postura de ellos, de la Unidad, es algo que es valorable en cualquier rincón del mundo, esa seguridad la tengo yo. (E10)

3º CATEGORÍA DE ANÁLISIS: VALOR Y SIGNIFICADO DE LA RELACIÓN DE AYUDA	
<i>La relación de ayuda como un extra en el cuidado enfermero</i>	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel general la relación como cuidado es un elemento que no se tiene en cuenta. • Se considera un elemento extra. Es “lo otro”. queda relegado a un segundo plano. • No se tiene interiorizado como parte fundamental de la competencia de un profesional de enfermería.
<i>La base del cuidado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en estas unidades les alerta de lo esencial de la relación de ayuda como herramienta terapéutica del cuidado enfermero. • Consideran que es básica y que se magnifica su utilización ante pacientes con sida o un cáncer y su familia. • La creen necesaria para transmitir seguridad y confianza a la persona necesitada de ayuda.
<i>La óptica institucional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto axiológico entre los valores individuales acerca de la relación de ayuda y la adecuación de fines y procesos de consecución de las instituciones públicas, a nivel educativo y sanitario. • Recursos humanos seleccionados bajo el baremo de la visión tecnocrática. • Prima el <i>saber hacer</i> frente al <i>saber ser</i>. • Enfermera/o “todoterreno”, que se envía a la unidades sin formación previa, lo que crea ansiedad y dificultades a los profesionales. • Las enfermeras/os pueden demostrar a la institución la importancia de la relación de ayuda como una intervención adecuada para la gestión del cuidado, en relación a coste/beneficio.
<i>El modelo del “buen enfermero”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El modo de entender la salud-enfermedad a través de una visión tecnocrática centrada en el problema, marca límites por los que se mide al “buen enfermero”. La relación de ayuda no está integrada como parte de la dinámica del grupo ni de la competencia de la profesión. Esto crea un conflicto axiológico en la praxis. • Algunos profesionales presenta un <i>afrontamiento positivo del conflicto</i>, en pro del cambio y el beneficio de la relación centrada en la persona.

4. Formación adquirida en relación de ayuda en enfermería

Mediante el análisis de esta cuarta categoría, pretendemos conocer cuál ha sido la formación inicial y continuada, que los profesionales de enfermería entrevistados han adquirido en torno a la relación de ayuda en el ejercicio de su profesión. De otra parte, hemos querido escuchar las propuestas de mejora que los actores sociales sienten que son necesarias a partir del fenómeno vivido para mejorar la competencia relacional en pro del paciente, la familia, los propios profesionales y la enfermería como disciplina.

4.1. Formación inicial: informados, pero no formados

En cuanto a la formación inicial en el proceso de relación de ayuda para acompañar y ayudar de un modo eficaz a la persona en situación de crisis, los entrevistados apuntan de forma generalizada que esta formación no la encontraron durante los tres años que dura el plan de estudios inicial de la diplomatura en enfermería. Manifiestan que obtuvieron en algunas asignaturas cierta información acerca del proceso de comunicación y de algunas actitudes y habilidades, tales como la escucha activa y la empatía, pero sin llegar a ser formados en cómo llevarlas a cabo de un modo adecuado en el ejercicio de su profesión, lo que lleva consigo, según se interpreta del discurso de estos profesionales, una cierta disonancia entre la formación inicial en torno a la relación de ayuda y la falta de recursos con los que se encuentra en la práctica en el momento de prestar este cuidado en el marco de su competencia relacional como enfermeros/as:

(...) Nos decían que teníamos que empatizar, que teníamos que escuchar, que teníamos que tal, pero no nos enseñaban tampoco cómo, entonces llegabas a acabar la carrera... a empezar a trabajar, y en general nos pasaba mucho con todas las asignaturas, te dicen que es lo que tienes que hacer pero no cómo, de forma que empiezas a trabajar y te encuentras ahí desamparado, desprotegido. (...) Y de empatía si se habla, a lo mejor, y de algunos otros requisitos de la relación de ayuda, pero de forma transversal, pero no lo suficiente para darnos las herramientas que después las pusiéramos a la práctica. (E6)

A ver, en la carrera siempre te sale..., a ver, la comunicación es un tema que se da tanto en tus estudios universitarios como en el bachiller, pero se limitan a lo básico de siempre y no salen de ahí, vamos por lo menos lo que yo... , y luego ya depende de cada uno. (E16)

A ver... en la escuela te decían algo de esto, te decían la filosofía, pero no te decían cómo hacerlo. (E7)

Si bien durante la formación inicial se dan algunas nociones acerca de la relación de ayuda, tal y como consideran los entrevistados, estos no fueron educados en cómo desplegarla adecuadamente en la práctica como parte esencial del cuidado enfermero, de modo que los alumnos van adquiriendo durante el aprendizaje, una identidad como profesionales de la enfermería en la que la relación de ayuda no se configura como un cuidado importante y necesario para el paciente en el marco de sus competencias profesionales:

Como Enfermería son tres años, nos mandan... nos sueltan en el hospital y tenemos doscientos mil tipos de pacientes, doscientos mil tipos de personalidades y todos los días toreamos con doscientas mil personas de su padre y de su madre, pues que nos dijeran las directrices, cómo manejar, cómo llevar determinadas situaciones, un éxitus como aliviar el dolor de la familia, pero no sé, falta mucho de formación, no estamos formados los enfermeros. (E22)

4.1.1. Aprendiendo de la experiencia de otros

De todos es sabido, que el conocimiento y la transmisión de valores, se construye sobre la base de lo que se va encontrando en la realidad, a partir de la cual, el educando modela sus prácticas y su identidad profesional fijándose en los educadores responsables de su formación. De este modo, en referencia a la formación inicial en relación de ayuda adquirida a través del conocimiento y la transmisión de valores por parte de los tutores, así como la formación adquirida de los compañeros con más años de experiencia cuando se empieza a ejercer la profesión en un determinado servicio, cabe destacar de las narrativas de los informantes, la relevancia educativa de los

profesionales docentes que les acogieron durante su formación inicial, y de aquellos compañeros de trabajo con los que se iniciaron en el ejercicio de la profesión.

Si bien manifiestan de modo generalizado, que la transmisión de conocimientos y valores en torno al proceso de relación de ayuda y la humanización del cuidado fue escasa durante su formación inicial, aquellos profesionales que tuvieron la ocasión de contar con el potencial educativo de tutores que concedían importancia a la relación y la humanización como parte consustancial de la profesión enfermera, manifiestan sentirse agradecidos por haber tenido la oportunidad de este aprendizaje:

Yo cuando terminé... en segundo de carrera, mis primeras prácticas, (...)había una mujer que era un caballo, un sargento de caballería y..., tengo que agradecerle mucho, y además cada vez que voy a la cuarta izquierda de la Arrixaca: o sea, yo iba a la habitación y entonces se paraba: ¿cómo se llama el paciente?, pues tira..., me hacía así, fulánico de tal, pero le has tomao al 403.1 ¿cómo que al 403.1? entonces me hacía mucho hincapié de no, no, ¡se llamaba fulánico y se llamaba mengánico! ¡y se trabajaba así! y puedo decir que al principio lo pasé mal, pero me dio mucha base en ese sentido. (E1)

(...) En Valencia por ejemplo, cuando fue el primer verano que yo trabajé, y además fue en Onco-Hematología, sí que aprendí muchísimo de dos enfermeras que había allí, y no sólo en la práctica sino en la actitud que ellas tenían a la hora de hablar, de escuchar, no sé, se veían muy formadas, además te da mucha envidia porque dices: es que eso es lo que yo debería de hacer. (E20)

(...) Y luego, también dentro del Centro de Salud, una de las tutoras que estuvo conmigo, en varios casos la vi. hacer cosas muy interesantes. Y una de ellas fue una muerte en una casa, habló con la familia que la abuela se estaba muriendo, y una de las cosas que me sorprendió a mí es que todo el mundo de la familia estaba esperando de una manera natural que la abuela se muriera, natural, como debe de ser. (G1)

En el lado contrario, nos encontramos con el discurso de aquellos entrevistados cuyo contacto con los profesionales-tutores que le acogieron en su periodo formativo o al inicio del ejercicio profesional, que manifiestan no haber encontrado una transmisión

de valores que les ayudara en el aprendizaje de la relación con el paciente del modo más sano y eficaz posible en su quehacer diario:

Creo que no, no, de otros, esto no, aprendí a hacer glucometer, a tomar la tensión y a curar úlceras, pero lo que era relación con el paciente..., no. (E18)

(...) La verdad es que poco, poco, por eso te he dicho antes lo del autoritarismo, por eso te lo he dicho porque yo en las prácticas también lo viví, hombre hay de todo, pero en general es eso, y enseñarme a nivel de relación enfermero paciente, a lo mejor te lo puedo contar con estos dos dedos, he tenido muy buena gente de tutores, pero la mayoría a nivel relación enfermero-paciente poquita, poquita (...) en mis prácticas no me explicaron prácticamente nada, de cuando tú te enfrentas a un paciente, pues tienes que..., eh, por ejemplo: preséntate, diles que eres el alumno, tal, ¡no!, en ese aspecto no, te dan rienda suelta, tú hacías con ellos siempre, pero a nivel relación poquito, poquito. (E14)

(...) Yo creo que he aprendido más a cómo no, a lo que no tienes que hacer, porque en catorce años me he encontrao mucha gente borde, mucha gente con mala hostia. (E19)

4.2. Formación continuada

Atendiendo a las vivencias de los profesionales entrevistados, descubrimos que la formación continuada existente en torno a la cuestión en relación de ayuda en enfermería, resulta poco ofertada, a la vez que poco demandada por los profesionales. Los informantes manifiestan, que si bien es esencial para el paciente que el enfermero esté preparado en este campo, esta escasa oferta y demanda, se debe al valor secundario que se le concede a este cuidado enfermero en el ejercicio de la profesión en particular, y en las instituciones sanitarias en general, tal y como analizamos con anterioridad:

La gente no lo busca, no lo busca porque no lo ponen, porque como no lo ponen en práctica, y no lo ven necesario de momento, para su trabajo, no te quiero decir para el paciente, porque el paciente es lo que más necesita, entonces..., de momento no preocupa. (E5)

(...) Y el tema está que un tema no está tan publicitado, entre comillas, como el otro, es decir: el hacer un curso o el hacer una historia una vez que tú estás trabajando para una técnica puede ser que esté mejor publicitado, incluso en el título, el título del curso, que el tema de la relación de ayuda.(E8)

No son cursos que se suelen buscar, siempre decimos a ver si hacemos ya cursos de relación de ayuda, y tal, de comunicación, pero se quedan en el tablón, no se salen a buscar. (E6)

Pero yo pienso yo pienso que los cursos... lo primero que a mí todavía no me ha llegado información de ningún curso de relación de ayuda, pero aparte de eso es que tú ves lo de la relación de ayuda y lo pones así como en interrogatorio diciendo: ¿y este rollo? y no lo haces, no le llama la atención a la gente. (E13)

La formación continuada que más se demanda y se lleva a cabo durante el ejercicio de la profesión, en aquella que guarda relación directa con la visión biomédica de la enfermedad en la que se sigue sustentando el modo de entender el proceso de la misma:

Sí he tenido la oportunidad de hacer cursos de estos, pero no he hecho ninguno, todos los que he hecho siempre lo he enfocado a técnico. Yo pienso que más bien técnico, lo que pasa es que los otros cursos parece que cuesta más hacerlo, no es tan tangible, no sé, le das más importancia al otro. (E14)

Incluso cuando llegamos al servicio nos dieron unos cursos de formación, pero fue todo a nivel teórico, pero a nivel teórico médico, el esquema de una leucemia, un linfoma, cómo degeneran, el tratamiento, el tipo de citostáticos, trato psicológico ninguno, un curso médico, ¡pero conforme entrabas salías! es que no era ni siquiera a nivel técnico de enfermería era a nivel médico, o sea eso era de libro, te coges un libro de fisiología..., y esa era la preparación. (E20)

No obstante, cabe destacar el discurso de aquellos informantes que habiéndose interesado por su propia formación individual para desarrollar adecuadamente el

proceso de relación de ayuda, manifiestan tener una mejor comunicación con el paciente y desempeñar con mayor seguridad su trabajo:

Aquí sí se trabaja el tema de la comunicación, es una norma básica en la profesión, pero lo que te he comentado antes no sales preparada, te tienes que ir formando en la experiencia, y aprendes después si te interesa el tema, y eso te da una seguridad que te permite una comunicación mucho más fluida con el paciente. (E21)

(...) Yo ahora he hecho uno en el que se veía la entrevista motivacional, y todo eso... a mí me sirve de terapia, me llena, y eso puedes llevarlo al servicio. (G1)

4.2.1. La figura del mentor

En relación al aprendizaje y transmisión de valores a partir de la experiencia de otros profesionales, la gran mayoría de los participantes entrevistados de una de las unidades de Onco- Hematología en concreto, apuntan de forma positiva y con gran carga emotiva en el discurso, hacia la persona de una de las profesionales formada en relación de ayuda y cuidados paliativos a la que tienen como compañera de trabajo. Cabe destacar, tal y como se interpreta de las narrativas, la relevancia de este consejero o guía y el gran potencial educativo que tiene en relación de ayuda y cuidados paliativos en este caso, ayudando y enseñando a solventar adecuadamente las necesidades y las dificultades que encuentran los profesionales que trabajan en el mismo equipo, incluidos los profesionales de la medicina:

Mira; yo lo que veo es lo que te habrá contado todo el mundo, no hay formación, nada más que te meten ahí, y ¡hala!, y cuando te metes en una planta de éstas, tú realmente te centras en la medicación por todo lo que lleva la medicación, hasta que no llevas un tiempo no te das cuenta de lo importante que es el valor humano, y deberíamos estar formados, totalmente, o sea, entre (nombre del mentor) y nosotros había una diferencia abismal, (nombre del mentor) tiene su máster en cuidados paliativos, y tiene...; entonces, a la hora del trato, de actuar, del trabajo, ella, uhmm ¡a lo mejor yo le he puesto la quimio! pues entonces ella decía, pues venga voy a abrirle esta hoja, voy a hacerle un protocolo por lo de las úlceras que me he dao cuenta, o voy a... o mira... es que estoy hablando con ellos, ¡ (nombre del mentor) siempre estaba

metida en las habitaciones! a lo mejor es un chip que ella ha hecho su estudio y su... pero nosotros no, sí que se le veía..., ¡se nota, se nota! la enfermería se nota más. Además tú ves que se ve el trabajo, la forma de trabajar el paciente y todo, hasta qué punto, que fue a hacer el curso, y los propios médicos le pidieron que colaborara en su trabajo, valoraban mucho lo que ella les decía, a lo mejor ella decía, pues mira.. .no sé... yo creo que ahora mismo está por una fase que no come mucho, yo le pondría esto, le cambiaría la nutrición o lo cambiaría de habitación que se ha quedao libre y que ahora le da más el sol, es..., es otro punto de vista, que nosotros a lo mejor hay una tarde que caes o a lo mejor que no te das cuentas, nosotros de cachondeo le llamamos nuestra doctora. (E11)

Las vivencias narradas por los actores sociales en torno a la figura del mentor son varias en número y algunas muy extensas, y si bien, a nuestro entender todas merecen ser plasmadas, no es nuestra intención hacer demasiado prolijo este apartado. No obstante, sí deseamos destacar los sentimientos de agradecimiento de los profesionales hacia la figura del mentor, por el aprendizaje adquirido en torno a la relación de ayuda y la humanización del cuidado ante las situaciones difíciles:

(Nombre del mentor) nos ha orientado mucho en el tema de la muerte. Además, yo qué sé, detalles mínimos, yo jamás se me había ocurrido ponerle una cabecera a un paciente cuando estaba muerto ¿no?, y ella dice: no, no, hay que ponerle la cabecera porque si no la familia si lo ve así se impresiona mucho al entrar, y hay que cuidar mucho a la familia ¿no? o sea, yo ya cuido mucho esa imagen desde que ella me lo dijo yo cuido ahora más la imagen que antes en ese sentido, (...) Ella me dijo que la almohada era super importante, porque entonces parecía que estaba dormido, y hay que llevar cuidado que la familia no se impresione. (E7)

(...) A mí la persona que más me ha ayudado ha sido (nombre del mentor), que me ayudó mucho porque ella sabe de cuidados paliativos. Ella me cambia, me da la vuelta y lo que me dice realmente lo veo bien. (G3)

4.3 Mejorar la *competencia relacional*

En cuanto a qué acciones llevarían a cabo los profesionales entrevistados para mejorar el proceso de relación de ayuda a partir del fenómeno vivenciado por ellos en su quehacer diario, estos manifiestan de modo generalizado tres elementos importantes en los que consideran que es necesario centrarse: la formación en la universidad, la formación continuada y el trabajo en equipo en torno a esta cuestión.

En lo que respecta a las prácticas educativas desde la universidad, los informantes manifiestan la necesidad de una asignatura específica en la formación del proceso de relación de ayuda como parte del bien intrínseco de su profesión:

Yo, lo primero, en cuanto a la formación por ejemplo en la carrera, lo pondría una asignatura troncal, una especie de relaciones humanas, ya no la Psicosocial que te empieza con las teorías y todo eso de psicólogos, sino una cosa digamos más basada en lo que es la experiencia de enfermería, ehh, practicar el rol playing, todo ese tema, por ejemplo hacer seminarios de gente, a lo mejor que venga alguien de la asociación del cáncer que te den una charla, o un enfermo propio que te explique su experiencia, las dificultades, lo que te pueden aportar, todo eso desde la carrera. (E3)

A nivel de la Universidad es complicado, porque no está como tal asignatura, entonces yo la haría a lo mejor como tal asignatura. (E1)

Desde la Universidad es donde nos dan el título y donde nos formamos realmente, que hubiera más, no sé una asignatura. (E22)

Desde la Universidad se podría dar más importancia a la relación de ayuda, independientemente de que tipo de profesor la dé, yo desde luego la enfermería la veo enfocada desde la universidad muy técnica. (E9)

En referencia a la formación continuada, consideran fundamental el que se propongan un mayor número de cursos en torno a la relación de ayuda y las habilidades sociales de comunicación en el hospital y las unidades donde trabajan de manera cíclica durante el año:

Pues yo las habilidades de comunicación, las habilidades sociales esas, yo las pondría siempre. Las pondría siempre porque son importantes para que tú estés bien y para que estén bien los otros, o sea, para tener herramientas para ti y para los otros. Entonces yo creo ahí, falta mucho. Yo pondría una asignatura obligada, y si no una asignatura obligada, todos los años un curso de una semana o lo que sea, y otros que ha habido aquí, que ha habido varios, yo me apunto a todos los que haya, unos son básicos y otros son avanzados, porque por mucho que te digan, como es una faceta que tenemos empobrecida, es importante desarrollarse. (E12)

No sé, y pondría cursos cada seis meses, cada año, como se va renovando tanto el personal, que nos ayudara a nosotros para poder ayudar a los demás. No sé..., cómo afrontar determinadas situaciones. (E22)

Es que en una planta de Onco-Hematología debería haber cursos de..., de psicología, o un cursos de... de cómo saber... nosotros en la planta por ejemplo, cómo saber... si te preguntan: me estoy muriendo, saber cómo afrontarlo, porque tú le contestas, cada uno como sabemos personalmente, como eres, con tu forma de hablar, con tu forma de expresarte y tus cosas, y a mí me encantarían que me dijeran una cosa para contestarle a la persona y dejarla bien. Yo a lo mejor soy un poco bruta y cuando contesto soy un poco bruta o soy demasiao fina y contesto demasiao fina, algo que te ayude. (G2)

Por último, en cuanto a la necesidad manifestada por los informantes de trabajar más en equipo de modo que se ayude de forma más eficaz al paciente y su familia, como a sí mismos, consideran, por un lado, que sería adecuado obtener más apoyo por parte de la institución para adquirir este tipo de formación, y por el otro, apuntan la propuesta de realizar reuniones en el equipo para exponer las dudas, necesidades, conocimientos, dificultades y las experiencias vividas en torno al proceso de relación de ayuda en el quehacer diario. También consideran que sería importante la participación de un psicólogo o una persona formada en relación de ayuda en las reuniones que a su entender deberían darse en el lugar de trabajo con el fin de ayudar y autoayudarse:

Y debería haber por lo menos un tiempo de apoyo, y sería interesante por ejemplo reunirnos una vez por semana, médicos, enfermeras y auxiliares, y hablar y exponer el tema, ¡oye! cómo veis a este enfermo, ya no desde el punto

de vista técnico de la enfermedad, sino personal, cómo se encuentra de ánimo (...). Ellos ponen sus tratamientos y nosotros los seguimos, es como el resto, pero yo pienso que aquí se debería individualizar un poco más. (E3)

(...) Y se podían hacer reuniones en el servicio, ohh, yo qué sé, reuniones de autoayuda en plan en grupo, para exponer nuestros... lo que nos cohibe, lo que nos importa, el miedo que nos da, porque muchas veces es el miedo personal, porque te da vergüenza soltarte y tal, y si se incluyera también personas que sepan del tema, que vinieran una vez a la semana aunque sea una horita, no sería malo. No sé que haya alguien que te pueda reconducir no sé, esto se encara de esta manera. (E1)

4ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS: FORMACIÓN ADQUIRIDA EN RELACIÓN DE AYUDA	
<p><i>Formación inicial: informados, pero no formados</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la formación inicial obtuvieron información, en algunas asignaturas, acerca del proceso de comunicación y algunas actitudes y habilidades, pero no fueron formados en cómo desplegarlas adecuadamente en la práctica, como parte del cuidado enfermero. • Disonancia entre la formación inicial y la práctica. van adquiriendo durante el aprendizaje, una identidad como profesionales de la enfermería en la que la relación de ayuda no se configura como un cuidado importante y necesario para el paciente en el marco de sus competencias profesionales.
<p><i>Aprendiendo de la experiencia de otros</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia educativa de los profesionales que les acogieron, tanto en su formación inicial como al comenzar a trabajar. • La formación y transmisión de valores por parte de sus tutores en prácticas, consideran que fue y sigue siendo, prácticamente nula a nivel general. • Aquellos profesionales que tuvieron la oportunidad de obtener esta parte del cuidado, a través de sus tutores o compañeros se sienten muy agradecidos al respecto. • En el caso contrario, se manifiesta el discurso de aquellos enfermeros/as que no obtuvieron este aprendizaje de sus tutores. • Resulta relevante en el discurso la figura del mentor. Profesional y compañero de trabajo, conocedor del proceso de relación de ayuda, cuyo potencial educativo es manifestado por los informantes en señal de agradecimiento por el aprendizaje adquirido en torno a la relación de ayuda y la humanización del cuidado.
<p><i>Formación continuada</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa oferta y demanda en relación directa con el valor secundario que la relación de ayuda tiene dentro de la cultura sanitaria • Se realiza, es aquella que guarda relación directa con la visión biomédica de la enfermedad en la que se sigue sustentando el modo de entender el proceso de la misma.
<p><i>Propuestas de mejora</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más formación universitaria: asignatura específica. • Mayor oferta de formación continuada • Apoyo institucional.: educativo y sanitario. Reuniones en equipo que sirvan de formación y autoayuda

Como indica adecuadamente Bover (2004), los resultados de la investigación cualitativa, no se ciñen sólo a las manifestaciones de los actores sociales, por lo que tras la realización de la lectura directa de los datos realizada en este capítulo a través del análisis del discurso de los enfermeros/as que han participado en este estudio, en el capítulo siguiente trataremos de analizar el alcance profesional y educativo que emerge de dicha lectura y de la comprensión del fenómeno de la relación de ayuda en el ejercicio diario de la profesión a partir de la perspectiva de significado de los profesionales entrevistados, en conexión directa con las lecturas y el andamiaje teórico que conforma esta investigación.

CAPÍTULO VI

ALCANCE PROFESIONAL Y EDUCATIVO

En el capítulo anterior han quedado expuestos los resultados primarios, obtenidos a partir del discurso de los informantes. Esto nos ha permitido acercarnos a la comprensión del fenómeno de la relación de ayuda durante el ejercicio diario de su profesión, permitiéndonos conocer e interpretar principalmente las siguientes cuestiones: el modo en el que este cuidado enfermero se desarrolla en el ejercicio de su profesión; las carencias y dificultades encontradas para llevarlo a cabo; el valor y significado que se le otorga y el proceso de formación y el aprendizaje adquirido a lo largo de su profesión.

Apoyándonos en el método y la metodología que sostiene este estudio, no podemos obviar que la investigación cualitativa, más allá de una observación externa y artificial, pone énfasis en los aspectos relacionales entre individuos, grupos y la institución, donde el investigador es también partícipe activo del estudio, participando de modo directo con las personas que han deseado poner su voz en la investigación, tanto de modo individual como en grupo. De este modo, el estudio de la literatura en torno a la relación de ayuda nos ha servido de gran valía y como un elemento mediador para acercarnos al campo de investigación, lugar en el que hemos tenido la oportunidad de ser más receptivos a las vivas lecciones de los profesionales de enfermería en torno a la cuestión de la relación de ayuda y la humanización de la salud, recibiendo de estos una transmisión de conocimientos que nos ha permitido una mejor comprensión del fenómeno vivenciado en torno al objeto de investigación.

Así, es nuestra intención realizar en el presente capítulo una valoración que pueda ofrecer respuestas a las cuestiones específicas y centrales del estudio, basándonos en las manifestaciones, las vivencias y las creencias de los profesionales entrevistados, como parte fundamental de esta investigación, en contraste con la literatura y las investigaciones que conforman el andamiaje teórico de este trabajo, y a través de la lectura antropológica del cuidado enfermero en la que se enmarca esta tesis doctoral. Cabe decir, que la valoración propia y percibida está implícita en la narrativa y aparece de forma transversal en los temas que se discutirán en los apartados siguientes, en los que hemos querido tratar las cuestiones emergentes de mayor interés, en relación a su alcance profesional y educativo-formativo, según las manifestaciones de los profesionales de enfermería que han participado en esta investigación. Para una mejor comprensión del desarrollo de la discusión, y a partir de

las cuatro categorías expuesta en el capítulo V, la secuencia de las cuestiones a valorar son las siguientes: cómo llevan a cabo los profesionales el proceso de relación de ayuda; qué estrategias y habilidades desarrollan y las dificultades que encuentran; cómo ha sido el proceso de aprendizaje desde el inicio y a lo largo de su desarrollo profesional y valor que se le otorga a la relación en el marco de sus competencias profesionales.

1. El encuentro y la interacción de ayuda en enfermería

En este apartado señalamos las ideas centrales aparecidas en el discurso de los actores sociales en torno al conocimiento del proceso de relación de ayuda y las actitudes y habilidades desplegadas al interactuar con los pacientes y los familiares, con el fin de exponer el modo como llevan a cabo la relación de ayuda, las actitudes y habilidades puestas en prácticas y aquellas que desconocen y el estilo de relación al interactuar con las personas en situación de crisis. A su vez, pretendemos exponer algunas ideas fundamentales en torno a las dificultades encontradas para llevar a cabo el proceso de relación de ayuda en el ejercicio de su profesión.

1.1. La necesidad sentida de *aprender a “desaprender”*

En las manifestaciones recogidas de los enfermeros/as que han participado en este estudio, nos encontramos que estos han experimentado la necesidad de herramientas y recursos relacionales para interactuar con los que sufren las consecuencias de una enfermedad, dado que, según manifiestan, es escaso su conocimiento acerca de cómo llevar adecuadamente el proceso de relación de ayuda en el ejercicio de su profesión, y tal y como pudimos comprender, esto se convierte en un factor que crea dificultades al profesional de enfermería para relacionarse adecuadamente con la persona doliente. Esta cuestión es apuntada por autores tales como Abad et al (2005), Arranz (2005a), Corella y Mas (1999), Piqué y Pozo (1999), Fontanals (1994), entre otros, cuando afirman que los profesionales de enfermería no están preparados para asistir, acompañar y a ayudar a cualquier persona ante los momentos difíciles que ocasiona el sufrir una enfermedad o la cercanía de la muerte.

Así, desde su perspectiva de significado, los profesionales entrevistados señalan la ansiedad, los miedos en el encuentro con la *verdad* del paciente y de ellos mismos, la sobreimplicación con el sufrimiento del otro que en ocasiones hace “sangrar” las propias “heridas”, la conspiración del silencio y las situaciones de estrés ante un tipo de pacientes tan especiales como aquellos que padecen un cáncer o un sida, como las principales dificultades que les provoca el no saber manejar adecuadamente la situación de ayuda que sus pacientes les demandan como parte de los cuidados que prestan, haciendo que los enfermeros/as experimenten sentimientos de impotencia y de rabia, ante la sensación de no haber ayudado. Todo esto lleva consigo que en la mayoría de las ocasiones, eviten la interacción con la persona que les demanda ayuda, o bien, intentan *desdramatizar* la situación echando mano del arsenal de frases hechas que les permite escapar del vértigo que produce el encuentro con la *verdad*. No obstante, si bien consiguen “escapar” de la situación, los profesionales manifiestan tomar conciencia en esas situaciones, de aquellas herramientas de relación de ayuda de las que han carecido en su formación, y que sin embargo consideran que, como parte de su competencia relacional, son el mejor instrumento terapéutico, tanto a nivel general como en las Unidades de Onco-Hematología e Infecciosas donde trabajan: “*lo que está claro que aquí es básico (G1)*”; “*la relación de ayuda es importante en todos los niveles pero aquí se magnifica más... (E14)*”. De este modo, es posible inferir desde la perspectiva de significado de los informantes acerca del fenómeno de la relación de ayuda, que en las unidades de hospitalización analizadas, ésta se magnifica, y resulta decisiva como parte consustancial del cuidado enfermero si deseamos acompañar y ayudar de modo eficaz, a las personas que como profesionales de enfermería demandan nuestros cuidados y aquello que les podemos ofrecer como bien intrínseco de la profesión.

1.2. Más allá del carácter y de la buena voluntad

Al no poseer conocimientos acerca de las herramientas adecuadas de relación de ayuda en el ejercicio de su profesión, los profesionales manifiestan que despliegan un proceso de relación de ayuda a partir de un aprendizaje basado en el *ensayo-error* y en función de su estilo de personalidad, como algo innato, o tal y como indican: “*porque se es así*” (E11); porque para la relación de ayuda “*vales o no vales*” (E1); en definitiva, se considera una intervención enfermera en función del “*carácter de cada uno*” (E3) y del “*estilo de personalidad y la forma de ser*” (E5).

Entendemos que pueden existir en los profesionales “filhases empáticos” (Bermejo, 1997) y toda una serie de disposiciones caracterológicas o aptitudes favorables a la relación de ayuda. Ahora bien, a nuestro entender, el humanismo y un adecuado manejo del proceso de relación de ayuda, no es algo que se adquiere como si de una *gracia* dada se tratase, sino que es una cuestión, y más concretamente, un cuidado enfermero en el tema que nos ocupa, que puede enseñarse y ser practicado (Sánchez Riesco, 2001). A través de las vivencias de los profesionales entrevistados, hemos comprendido mejor la importancia de las disposiciones internas, es decir, de las actitudes en el proceso de relación de ayuda. Y si bien es cierto, que los modelos de esta relación están cada vez más difundidos teóricamente, también interpretamos del análisis del discurso de los entrevistados, que dichos modelos no están interiorizados y puestos en práctica. Esto nos lleva a comprender que no sólo no basta con la buena voluntad en la relación o pensar que uno lo hace bien porque “según se es se actúa” (E1), sino que se hace necesario su aprendizaje si queremos que la relación de ayuda sea eficaz para la persona doliente: “respondo esta, porque ¡creo que es la más correcta para mí, no para la otra persona”(E5). Las relaciones entre los profesionales de enfermería y la persona necesitada de ayuda a la que prestan sus cuidados, no debe estar basada en la intuición de cada enfermero/a, sino que debe realizarse de modo sistemático y científico. Y esto es así, dado que tal y como vimos en el capítulo anterior, aquellos profesionales que procuraron formarse en relación de ayuda, motivados por la importancia de ésta en el ejercicio de su profesión, encuentran menos dificultades en prestar este *cuidado* al paciente y por ende, ponen al servicio de éste y de su familia una relación de ayuda más eficaz.

A la luz de lo anterior, cabe discutir acerca de los diferentes estilos de relación de ayuda que los profesionales entrevistados consideran que se llevan a cabo, tanto en las unidades de Onco-Hematología e Infecciosas en las que trabajan, como en el marco general de la sanidad a partir de las experiencias propias en los diferentes servicios donde han ejercido la profesión (Hospitalización, Urgencias, Atención Primaria, Quirófano, etc.). Así, estos destacan con fuerte carga emotiva en el discurso, que la forma de prestar los cuidados enfermeros, se centra más en la enfermedad que en la persona como un todo integral, y que el estilo predominante en la relación a nivel hospitalario en general, es un estilo autoritario, entendido éste, como aquél que tiene lugar cuando el profesional se centra más en el problema que en la propia persona del ayudado, en una relación de dominio-sumisión (Bermejo, 1998a).

Por otra parte, manifiestan que en las unidades de Onco-Hematología e Infecciosas, y principalmente en la primera, tiene mayoritariamente cabida un estilo de relación de ayuda paternalista-maternalista, que según interpretamos de las manifestaciones de estos actores sociales, en muchas ocasiones se sienten responsables de la persona necesitada de ayuda, como si de un padre o una madre se tratara, y tienden a implicarse demasiado con el paciente. Este punto es tratado por Baltuille (2001), cuando indica que la implicación emocional lleva consigo que la relación pierda su eficacia terapéutica.

Refiriéndonos a lo anterior, y apoyándonos en las ideas inferidas a partir del fenómeno vivido por los actores sociales, entendemos que se hace necesario un aprendizaje y entrenamiento que lleve consigo un adecuado uso del estilo empático y de la respuesta empática con el fin de mejorar la calidad asistencial en enfermería, a través de una relación de ayuda eficaz. No obstante, creemos, tal y como indica adecuadamente Bermejo (1998a), que la necesidad de educarse en un estilo de relación de ayuda empático, y por ende, en el uso de la respuesta empática, no lleva consigo dejar de hacer un uso prudente y adecuado de las demás respuestas analizadas en el marco teórico. En definitiva, los manifestantes del estudio expresan la necesidad de un aprendizaje empático adecuado en el marco de su competencia relacional, por lo que, a nuestro entender, al margen del conocimiento de los diferentes estilos de relación al entrar en contacto con la vulnerabilidad y fragilidad en el ejercicio de su profesión, esta cuestión emerge como algo fundamental y necesario para alcanzar el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el cuidado.

1.2. Técnica y humanismo en las manos del que cuida

Enmarcado en las aportaciones teóricas de la antropología filosófica, la antropología social y cultural y de la psicología humanístico-existencial, venimos abordando una comprensión del proceso de relación de ayuda en enfermería, en el que el profesional a partir de su competencia relacional y desde un modelo de enfermería centrado en la persona, es capaz de desplegar toda una serie de actitudes y habilidades concretas para ayudar al paciente y al familiar a vivir del modo más sano posible la situación de crisis en la que se encuentra.

Según las enseñanzas de Rogers y Carkhuff, pudimos ver, por un lado, que las actitudes fundamentales para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda

adecuado, eran tres principalmente: la empatía, la consideración positiva y la autenticidad, y por el otro, que junto a estas actitudes era necesario conocer y desarrollar una serie de habilidades, tales como: escucha activa y la reformulación, especificidad o concreción, confrontación, relación del momento o inmediatez, autorrevelación y personalizar fundamentalmente, con el fin de iniciar el cambio en la persona necesitada de ayuda.

En las manifestaciones de los informantes hemos podido conocer las actitudes y habilidades que desarrollan al interactuar con el paciente y la familia. De sus vivas lecciones como profesionales de enfermería al cuidado de pacientes afectados de un cáncer o una enfermedad infecciosa, hemos podido comprender por un lado, que la mayoría de estas *técnicas humanas* no se conocen: (...) *“no es porque yo diga: es que voy a hacer la técnica de esta de la escucha activa de no sé qué (...) En el momento que lo haces yo no soy consciente de lo que estoy haciendo” (E7)*. Y por el otro, que aquellas de las que han sido informados durante su periodo formativo inicial, no son desarrolladas de una forma adecuada.

En la lectura directa de los datos, realizada en el capítulo V, al analizar las actitudes, habilidades y estrategias desarrolladas nos encontramos con las siguientes cuestiones: en primer lugar, los informantes manifiestan conocer el concepto de *empatía*. No obstante, en la mayoría de los casos durante la relación terapéutica se confunde con la simpatía. Del mismo modo, para dar adecuadamente una respuesta empática al paciente o al familiar que nos demanda ayuda en ese momento, es necesario el desarrollo de dos habilidades esenciales, tal y como vimos en el marco teórico de esta investigación, si queremos que la empatía se preste de forma correcta, estas son: *la escucha activa y la reformulación* y los diferentes tipos de esta última (reiteración, dilucidación, clarificación del sentimiento, etc). No obstante, encontramos que los entrevistados expresan un sentimiento general de que no se escucha adecuadamente y la necesidad de adiestrarse en este cuidado, así como que desconocen el concepto de reformulación en el momento de la comunicación, de modo que, sin olvidar la buena voluntad de los profesionales y el interés que éstos manifiestan por aprender a brindar una adecuada relación de ayuda a los pacientes y familiares con los que interactúan diariamente, interpretamos de la lectura de sus vivencias, que la empatía no se presta como tal en la mayoría de los casos al paciente y la familia, porque si bien han sido informados durante su formación inicial de la importancia de estas no han sido formados y entrenados en las habilidades necesarias para ofrecer una respuesta empática adecuada en el ejercicio de su profesión, que

mejore la calidad asistencial del cuidado ayudando al paciente o al familiar a afrontar mejor la situación de crisis en la que se encuentra.

En segundo lugar, hemos encontrado que algunos informantes interponen en la relación su propia escala de valores bajo el prisma del juicio moralizante, no llevando a cabo una *consideración positiva* del ser doliente, lo que sin duda no facilita una adecuada relación de ayuda. Esta misma cuestión, si bien es manifestada por algunos profesionales que trabajan diariamente con enfermos de cáncer, se hace más evidente, y se expresa con fuerte carga emotiva en el discurso de aquellas enfermeras que ejercen en la unidad de infecciosas, al exponer como los miedos y prejuicios de los profesionales que no manejan adecuadamente la actitud incondicional en el cuidado enfermero, hace que la relación de ayuda sea distinta con aquellos pacientes afectados por un sida, dificultando que la relación sea eficaz y verdaderamente de ayuda.

En tercer lugar, se puede observar que aquellos profesionales conocedores del proceso de relación de ayuda, y cuyas intervenciones enfermeras se hallan centradas en la persona más que en la enfermedad, llevan a cabo una relación en ausencia de juicio moralizante, en la que sin olvidar su propia escala de valores, ayuda al paciente a utilizar sus recursos internos para mejorar su estado de salud: *“me dijeron: ¡no te acerques, que es un preso!” (...) Entré a la habitación,..., y no me acordé que era preso, la verdad, la etiqueta.” (E5)*

Y en cuarto lugar, nos encontramos con aquellos elementos que forman parte de la relación de ayuda en enfermería como cuidado, y que los profesionales de enfermería entrevistados manejan de un modo adecuado a partir de la propia experiencia, que les ha llevado a utilizar una serie de estrategias que facilitan su actuación profesional en pro de una atención eficaz al paciente y la familia. En torno a esta cuestión nos encontramos con los siguientes elementos:

- a) Si bien, cuando se dispone de escaso tiempo, se prioriza lo más fácil y rápido, que casi siempre son las actividades delegadas y el rol de empleado, algunos profesionales, atentos a sus competencias relacionales, han aprendido a gestionar adecuadamente el tiempo, sin dejar de lado el cuidado integral que apoya y refuerza a la persona.

b) Hemos conocido que el manejo del lenguaje no verbal (la mirada, el tacto, la posición, los gestos, etc.) es una habilidad desarrollada adecuadamente por la mayoría de los actores sociales que han participado en el estudio.

c) Del mismo modo, y a nivel general, los informantes consideran importante en la relación la comunicación de los objetivos en la práctica, por lo que durante el proceso de relación de ayuda, si bien no conocen el concepto, utilizan adecuadamente la confrontación didáctica como una *técnica humana* que forma parte de su competencia profesional y que sin duda ayuda y cuida a la persona doliente.

d) De otra parte, los informantes han manifestado que la necesidad espiritual en el momento de interactuar con el paciente o la familia, no es algo que tengan interiorizado como parte importante de los cuidados que prestan. No obstante, sí es un cuidado que manifiestan prestar aquellos informantes que tienen conocimiento en relación de ayuda, y del que aprenden y se sienten agradecidos por ellos los demás profesionales, tal y como vimos en el capítulo V, al analizar la figura del mentor.

e) Por último, es importante valorar también una cuestión conseguida por algunos profesionales entrevistados, y es aquella que indica cómo los fenómenos vivenciados de modo personal, siendo paciente o acompañante de algún familiar cercano, le ha ofrecido la oportunidad de aprender a “desaprender” modos no adecuados de interactuar con el enfermo, mejorando el conocimiento de las actitudes y habilidades que dan lugar a una relación de ayuda útil para el paciente o la familia a la que prestan cuidados.

Ante todo esto y tras bucear en las palabras, las emociones y los sentimientos expresados por los participantes, tomamos conciencia de que habilidades tales como la confrontación, la personalización, la autorrevelación del enfermero/a, la inmediatez, la especificidad, la congruencia y la asertividad, no se exponen durante las entrevistas y los grupos de discusión en el momento de expresar los informantes aquellas actitudes y habilidades de relación de ayuda que conocen y ponen al servicio del paciente o la familia, en el momento de prestar los cuidados que les compete en el marco de su disciplina. Valoramos, que la ausencia de estas habilidades en el discurso tiene relación directa con la escasa formación en relación de ayuda como parte del

cuidado enfermero y el desconocimiento de dicho proceso, tal y como, manifiestan los informantes.

A partir de lo anterior, se puede interpretar que *los profesionales entrevistados no conocen adecuadamente cómo llevar a cabo un proceso de relación de ayuda como cuidado enfermero al encontrarse con el sufrimiento de las personas con las que interaccionan en su quehacer diario*. Así, se entra en contacto con la persona según la personalidad y el modo de ser de cada uno y con escaso conocimiento de las actitudes y habilidades, y del estilo de relación adecuado, que haga que la intervención terapéutica sea realmente eficaz. De este modo, entendemos que junto a una formación técnica, que sin duda es necesaria y fundamental en la profesión enfermera, emerge como necesidad el aprendizaje de la relación de ayuda en enfermería centrado en la comprensión holística de la persona y el reconocimiento de que todo pasa a través del valor terapéutico de la comunicación y la relación humana.

Permítase realizar la siguiente metáfora a modo de conclusión: el profesional de enfermería debe cuidar y acompañar al paciente, llevando entre sus manos la técnica, la actitud y la habilidad de ayuda, si verdaderamente desea que los cuidados que presta alcancen la excelencia. En definitiva, entendemos que el desarrollo de la competencia relacional, a través de una adecuada relación de ayuda para llevar a cabo las intervenciones de enfermería y así alcanzar la comprensión del fenómeno de la enfermedad, es uno de los nuevos retos que se le plantea a la enfermería como profesión para responder de forma adecuada a las nuevas necesidades que la sociedad demanda, donde los enfermeros/as se encuentran con que: los conceptos de salud, dolor y muerte han adquirido nuevos valores; emerge la necesidad de una ética del cuidado en la que el reconocimiento de los derechos de los usuarios a la participación, información, responsabilidad y decisión respecto a su situación de salud-enfermedad es parte esencial a tener en cuenta; el aumento de la esperanza de vida trae consigo la aparición de un perfil epidemiológico caracterizado por el dominio de las enfermedades crónico degenerativas; la organización de los recursos sanitarios, da lugar a una distribución adecuada de éstos, que llevará a los profesionales y gestores a una clarificación constante sobre una mejor utilización de los recursos para aumentar la eficacia clínica, y por último, los profesionales ante estas nuevas situaciones sociales se encuentran con la necesidad de redefinir su rol, y los ciudadanos reconocerán la profesión enfermera si los servicios que presta son específicos e imprescindibles para la sociedad.

2. La formación enfermera en relación de ayuda: estado del fenómeno analizado

Después de la valoración realizada por los profesionales de enfermería que han participado en esta investigación, podríamos construir el escenario del proceso de formación en relación de ayuda de la siguiente manera:

1. Durante la formación inicial obtuvieron información de modo transversal en algunas asignaturas acerca del proceso de comunicación y de algunas actitudes y habilidades que conforman la relación de ayuda, pero no se sintieron formados y entrenados para desplegarlas adecuadamente en la práctica.
2. Encuentran una disonancia entre la formación inicial y la práctica, en la que se *laboralizan* dentro de la micropolítica del colectivo, y van adquiriendo una identidad como enfermeros/as en la que la relación de ayuda no se configura como parte del cuidado enfermero.
3. Algunos han tenido la oportunidad de adquirir aprendizaje en relación de ayuda y valores humanistas, gracias a la relevancia educativa de algunos profesionales, tanto durante su periodo práctico de formación inicial como al comienzo de su ejercicio como enfermeros/as. No obstante, la gran mayoría de los entrevistados, manifiestan que esta transmisión de valores y conocimientos en torno a la relación de ayuda fue prácticamente nula durante su periodo formativo, no adquiriendo habilidades en relación de ayuda como parte del cuidado enfermero, dado que para desarrollar una habilidad es necesaria tanto su repetición como verla reflejada en otros, y ocurre que estos entrevistados modelaron sus prácticas fijándose en profesionales que han carecido en su propia formación de un entrenamiento en relación de ayuda (Cibanal y Bevia, 1991)
4. En cuanto a la formación continuada, la oferta y la demanda de los cursos de relación de ayuda y la humanización de los cuidados enfermeros, es muy escasa, dado el valor secundario que esto tiene dentro de la cultura sanitaria, realizándose mayoritariamente aquella formación continuada que guarda relación directa con el modelo biomédico y tecnocrático, en el que se sigue sustentando la comprensión del proceso de salud-enfermedad.
5. Resulta relevante la *figura del mentor*, profesional y compañero de trabajo conocedor del proceso de relación de ayuda y cuidados paliativos, cuyo potencial educativo, es manifestado por los informantes de forma positiva y en señal de agradecimiento, por el aprendizaje adquirido en torno a la relación de

ayuda y la humanización del cuidado, dando respuestas a las dificultades encontradas por los profesionales en el momento de encontrarse con el sufrimiento del paciente o la familia. Del discurso expresado en torno a la figura del mentor, es posible inferir que la relación de ayuda desplegada como cuidado se puede observar: *“siempre estaba metida en las habitaciones (...) tú ves que se ve el trabajo, la forma de trabajar el paciente y todo”* (E1) y se puede medir de modo cualitativo: *“nos ha orientado mucho (...) detalles mínimos, yo jamás se me había ocurrido ponerle una cabecera a un paciente cuando estaba muerto”* (E7), y cuantitativo: *“quiero decir resultados a nivel de recetas, a nivel de analíticas, (...) ahorra un montonazo, escuchaba...”*(E5). Así mismo, aquellos entrevistados conocedores del proceso de relación de ayuda, encuentran menos dificultades en la relación y prestan un cuidado relacional más eficaz, frente a los profesionales que adolecen de esta falta de conocimientos. A nuestro entender, todo esto es central en lo que se refiere a la educabilidad de la relación de ayuda en enfermería.

Atendiendo a las variables de este escenario descrito en torno al proceso de formación, entendemos que resulta esencial escuchar activamente el discurso de los profesionales sobre esta cuestión, en cuanto a que se plantea como una necesidad emergente a la que es necesario estar receptivos y poder dar respuesta a favor del desarrollo de la profesión, tanto desde las instituciones educativas como desde las instituciones sanitarias responsables de la formación de sus profesionales.

2.1. A favor de una *revolución* humanista del cuidado

La valoración inicial realizada por los profesionales de enfermería entrevistados en torno a la formación recibida a partir de los planes de estudios existentes en las diferentes escuelas de enfermería en la que estudiaron, refleja la disonancia sentida por los participantes entre la educación recibida y lo que la sociedad les demanda en la práctica. Estos consideran, que la noción del conocimiento profesional que adquirieron al acabar sus estudios y que les llevaba a tener una “actitud profesional”, o como bien indican en su discurso, a ser “buenos enfermeros”, significaba una realización técnicamente competente de los procedimientos y rutinas derivados de los tratamientos médicos y del conocimientos adecuado de la dimensión biológica de la persona durante el proceso de salud-enfermedad.

Se hace necesario, realizar una reflexión sobre esta noción del conocimiento enfermero adquirido inicialmente a partir del currículum formativo de la disciplina, y la disonancia manifestada por los actores sociales en la práctica. En el andamiaje teórico de esta investigación, pudimos acercarnos al conocimiento de las capacidades, competencias y destrezas generales que la sociedad comienza a demandar, y espera, de la enfermería en el escenario social del futuro. De este modo, según la propuesta de ficha de las directrices de la titulación de enfermería dentro del marco social europeo de enseñanza superior y el estudio realizado por la Escuela de Enfermería Santa Madrona en torno al interés de la adecuación de la formación enfermera en dicho marco social, la capacidad de las enfermeras/os para establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y mostrar una competencia adecuada en el acompañamiento de diferentes situaciones de la vida, de crisis y de duelo, se convierte en una pieza clave en el desarrollo de la profesión.

De otra parte, explicábamos en el marco teórico como la enfermería a partir de la década de los ochenta, ante la necesidad de la formalización del conocimiento en el currículum, adopta la aplicación sistemática del método científico en el trabajo de la enfermera/o a partir de la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), siguiendo un proceso lineal de valoración, diagnóstico, planificación y evaluación, a través del cual se pueden formular juicios clínicos que identifican los problemas que tratan los profesionales. Apoyándonos en Medina (1999), Hernández y Esteban (1999), Lacida (2002) y Urbina (2003), entre otros, podemos afirmar que el PAE ofrece al profesional un modelo racional para recoger datos precisos que permitan realizar una valoración de las necesidades insatisfechas del paciente, con el fin de formular un plan de acción a partir de unos objetivos conductuales y las intervenciones adecuadas del profesional para alcanzarlos, y que al final son evaluados en relación a su eficacia y su eficiencia. De este modo, y tras acercarnos al fenómeno vivenciado por los profesionales en relación al tema central que nos ocupa, se nos plantea una reflexión que resulta de interés: a nuestro entender, las actitudes y habilidades relacionales y el manejo adecuado de las mismas en el desarrollo de la profesión, son esenciales, si se desea que el proceso de atención de enfermería se lleve a cabo adecuadamente como método científico que sustenta la disciplina y su objeto de estudio. Defendemos que la relación de ayuda en enfermería como cuidado enfermero que es, resulta imprescindible para realizar una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación adecuada y profesional, de las necesidades de la persona a la que prestamos nuestros cuidados. De lo contrario, y pese a la enorme contribución de la

técnica al bienestar y a la salud de las personas, si seguimos constatando la noción del conocimiento profesional enfermero centrado en la enfermedad y en los signos clínicos de ésta, no seremos capaces de captar e interpretar en toda su dimensión humana los fenómenos de la salud y la enfermedad, y todos sus factores, más allá de los puramente biológicos que las definen y afectan, que nos ayudan a comprender las verdaderas necesidades del paciente y la familia a la que prestamos cuidados en el marco científico del proceso de atención de enfermería.

Resulta interesante destacar en nuestra valoración la importancia de una adecuada formación inicial y continuada en relación de ayuda en enfermería, en lo que concierne a la aplicación de la NIC en enfermería, término que explicamos a continuación:

Las siglas NIC hacen referencia a la *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería* (Nursing Interventions Classification) que la universidad de Iowa viene desarrollando y publicando desde el año 1992 y cuya cuarta y última edición la encontramos en el año 2004.

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, y según sus autores, la clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería. Una *intervención* se define como *cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente* (NIC, cuarta edición, 2006). El objetivo principal que desde su nacimiento persigue la NIC, es el establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea en la práctica profesional de enfermería, abarcando las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en el ejercicio diario de su profesión.

Para poner en marcha una intervención se requiere una serie de actividades o acción específica que el profesional de enfermería lleva a cabo con el fin de ayudar al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. De este modo, cada intervención que aparece en la NIC está catalogada con una definición y su código y toda la serie de actividades para llevar a cabo dicha intervención.

Las intervenciones de la NIC se han relacionado principalmente, con los diagnósticos de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association*

(NANDA) y los resultados de la *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC), que son aquellos resultados que el profesional pretende alcanzar en el paciente a través de las intervenciones y las actividades realizadas dentro del PAE. Esta clasificación es revisada constantemente por un amplio grupo de profesionales a nivel internacional, lo que demuestra el interés que enfermería tiene por seguir desarrollando las intervenciones que configuran su práctica profesional.

En esta misma línea, el Consejo general de Enfermería de España viene trabajando desde el año 2002, en el desarrollo del mayor proyecto de investigación llevado a cabo por la enfermería española: la normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería (proyecto NIPE), en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de Salud Carlos III. La estandarización de las intervenciones enfermeras, apoyándose en la práctica profesional de nuestro país, es uno de los principales objetivos de dicho proyecto, en el que colaboran más de 3500 profesionales de enfermería, tomando como referencia la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC).

Atendiendo al eje analítico de nuestra investigación, nos acercamos a la traducción en español de la última edición de la NIC (2006), con el objetivo de conocer las intervenciones y las actividades enfermeras que se le demandan al profesional en el marco de la relación de ayuda en enfermería, y que aquí defendemos como una intervención esencial para alcanzar la excelencia del cuidado enfermero.

Entre los 167 diagnósticos enfermeros descritos por la NANDA, aparecen 77 diagnósticos que guardan relación directa con las dimensiones cognitivas, emocionales, sociales y espirituales del paciente, y en la NIC se describen 133 intervenciones en conexión con lo anterior (Lleixá et al, 2007). A continuación presentamos las intervenciones más importantes a nuestro entender desde la perspectiva que nos ocupa. Cabe decir, que no transcribimos todo el número de actividades a realizar en función de cada intervención de enfermería propuesta, con el fin de no hacer demasiado prolijo este apartado:

Apoyo emocional (5270)	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
Apoyo espiritual (5420)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la comunicación terapéutica y demostrar empatía • Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, si procede • Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte
Dar esperanza (5310)	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la admisión de una pérdida en su imagen corporal • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual • Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos
Escucha activa (4920)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito de la interacción • Mostrar interés por el paciente • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones • Centrarse en la interacción desde la aceptación positiva • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación • Identificar los temas predominantes
Apoyo a la familia (7140)	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la reacción frente a la enfermedad del paciente • Favorecer una relación de confianza • Aceptar los valores sin emitir juicios • Reforzar frente a sus estrategias para enfrentar los problemas • Enseñar los planes médicos y cuidados

Otras intervenciones a destacar, en el marco de la perspectiva humanista de los cuidados que venimos abordando con la realización de esta investigación serían: *facilitar el duelo (5290)*; *facilitar el aprendizaje (5520)*; *facilitar el perdón (5280)* y *facilitar el crecimiento espiritual (5426)*.

A la luz de lo anterior, y apoyándonos en la narrativa de los profesionales de enfermería entrevistados, hemos podido conocer y comprender las dificultades que encuentran para desarrollar un adecuado proceso de relación de ayuda en conexión directa con su escasa formación inicial y continuada, por tanto, entendemos que brota la necesidad de dicha formación para el desarrollo eficaz de las intervenciones y actividades que abarcan la esfera psicosocial de la persona a la que prestan cuidados reflejadas en la NIC y que se les demanda en el marco de sus competencias profesionales. Siguiendo esta misma línea, cabe decir, que el comité de expertos que inició la construcción de la *clasificación de intervenciones de enfermería*, indica que muchas de las intervenciones requieren una formación especial, y que si bien el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca todas las competencias del personal de enfermería. Esto, nos lleva a incidir en el interés que presenta, para todo enfermero/a que acabe sus estudios universitarios en dicha disciplina, la formación inicial en relación de ayuda en igual medida que la esencial formación técnica, dado que realizar una adecuada relación de ayuda a favor de las personas a las que el profesional presta sus cuidados requiere una formación especial del mismo modo que lo requiere la formación en las intervenciones y actividades derivadas de la técnicas centradas en la dimensión física de la persona doliente. Tal y como indican adecuadamente Ortega y Mínguez (2001), no es posible un discurso en educación si no están presentes los valores, y si bien “otros aprendizajes y competencias, llámense actitudes, valores, etc., se piensa, no forman parte, por ahora, del equipaje necesario para incorporarse a la vida profesional (...)” (Ortega y Mínguez, 2001:19), a nuestro entender, la formación en las *técnicas humanas* que se sustenten en valores y actitudes humanistas a favor de la comunidad a la que la Enfermería presta cuidados, y que venimos defendiendo a lo largo de este estudio, permitirá al profesional dar respuesta de un modo global a las necesidades de las personas que atienden en el ejercicio de su profesión. De este modo, en acuerdo con el estudio internacional realizado por la EUE Santa Madrona, que indica lo esencial de la comunicación en la formación inicial de los profesionales de enfermería, afirmamos que la relación de ayuda en enfermería es una herramienta primordial de la que debe

existir conciencia, un aprendizaje y un desarrollo adecuado de la misma, desde el principio en el candidato.

3. Escenario social e institucional: como pieza clave en el desarrollo de la profesión

En el andamiaje teórico que sostiene nuestra investigación, pudimos analizar los cambios ocurridos, tanto a nivel tecnológico, cultural y socioeconómico, como en la manera de vivir y de enfermar, que se vienen produciendo en la sociedad dentro del marco de la sanidad y que plantea nuevos retos en la organización del sistema nacional de salud, ante las nuevas necesidades de ayuda que la comunidad comienza a demandar a los profesionales de la salud, y más concretamente, a los profesionales de enfermería en el tema que nos ocupa. Estas nuevas demandas de las personas a las que la enfermería presta cuidados están relacionadas principalmente con los siguientes elementos: los conceptos de salud, dolor y muerte han adquirido nuevos valores; surge la necesidad de una ética del cuidado en la que el reconocimiento de los derechos de los usuarios a la participación, información, responsabilidad y decisión respecto a su situación de salud-enfermedad es parte esencial a tener en cuenta; el aumento de la esperanza de vida trae consigo la aparición de un perfil epidemiológico caracterizado por el dominio de las enfermedades crónico degenerativas, donde la aplicación de la técnica podrá retrasar la muerte pero no siempre ofrecer una calidad de vida aceptable; la organización de los recursos sanitarios, da lugar a una distribución adecuada de los mismos, que llevará a los profesionales y gestores a una clarificación constante sobre una mejor utilización de los recursos para aumentar la eficacia clínica, y por último, los profesionales ante estas nuevas situaciones sociales se encuentran con la necesidad de redefinir su rol, y los ciudadanos reconocerán la profesión enfermera si los servicios que presta son específicos e imprescindibles para la sociedad.

Nos encontramos con un nuevo escenario social y político, donde además de la aparición de nuevas y costosas tecnologías, concurre de forma paralela el hecho de que los ciudadanos han adquirido mayor autonomía sobre su proceso de salud-enfermedad, demandando a los servicios sanitarios mejores condiciones de proximidad, rapidez y calidad de los servicios y la atención prestada. Ante esta situación, y centrándonos en el marco de la sanidad de la región de Murcia, en el año 2005, la Consejería de Sanidad comenzó a elaborar el Proyecto de Estrategias para el

Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010 en la Región de Murcia, siendo editado en mayo de 2006. Las estrategias de mejora presentadas en dicho proyecto, se desarrollaron a partir de las necesidades y expectativas identificadas por los profesionales y los ciudadanos y que exponemos a continuación:

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICADAS	
De los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia sanitaria efectiva • Facilidad de acceso y agilidad diagnóstica y terapéutica • Información cualificada en términos sencillos y accesibles • Trato excelente y amable por parte de los profesionales • Respeto a los valores del paciente y sus principios religiosos y éticos • Cercanía de los centros asistenciales respecto a su domicilio • Mínima demora posible y adecuación de los horarios • Confortabilidad en las instalaciones • Simplificación de los trámites administrativos
De los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en las condiciones laborales • Formación continuada • Adecuación de las plantillas a las necesidades operativas del trabajo • Fomento del trabajo en equipo y la participación • Reconocimiento por el trabajo bien hecho • Acceso a la información clínica de sus pacientes • Información clara y precisa de los planes y objetivos corporativos del centro • Espacios para intercambiar experiencias y opiniones • Simplificar y desburocratizar los trámites

Fuente: www.murciasalud.es

Así mismo, en dicho plan estratégico presentado por la consejería de sanidad, se indican, por un lado, los retos del futuro de acuerdo con la opinión de los grupos de interés y el análisis realizado de la situación, entre los que se encuentran: la atención sanitaria de una población en constante crecimiento; la asistencia a los ancianos y enfermos crónicos; **la humanización de la salud** y la mejora general del servicio al paciente mediante una mayor capacidad resolutoria de sus problemas y la disminución de las listas de espera. Y por el otro lado, se señalan las estrategias fundamentales a seguir atendiendo a los profesionales y los pacientes y las políticas sociales, entre las que podemos encontrar: **el abordaje integral de los problemas de salud**; la autonomía del paciente y el auto-cuidado; mejorar la planificación de los profesionales y promover su implicación en el trabajo; **promover el desarrollo de estructuras para la gestión y mejora de la calidad en formación continuada de los profesionales**; desarrollar un plan integral de formación para conseguir que las competencias de los profesionales respondan a las necesidades presentes y futuras de la consejería de sanidad.

No obstante, al acercarnos a las manifestaciones de los profesionales entrevistados en torno a cómo perciben el valor y el lugar que ocupa la relación de ayuda en el marco de la institución sanitaria, pudimos comprender la existencia de un conflicto axiológico entre los valores individuales acerca de la relación de ayuda como elemento terapéutico fundamental en el cuidado enfermero, y la adecuación de fines y procesos de consecución de las instituciones sanitarias, en tanto en cuanto que los recursos humanos son seleccionados bajo el baremo de la visión tecnocrática donde prima el *saber hacer* frente al *saber ser*, y donde el modo de entender el proceso de salud-enfermedad a través de dicha visión tecnocrática centrada en el problema marca los límites por los que se mide al “buen enfermero”, lo que lleva consigo que la relación de ayuda no esté interiorizada como parte fundamental de la competencia de un profesional de enfermería, quedando relegada a un segundo plano.

De este modo, atentos a las necesidades y expectativas sentidas por los profesionales y la sociedad a la que prestan sus servicios, así como a los nuevos retos que se presentan en la sanidad, a nuestro entender, asoma la necesidad de una exquisita competencia relacional y de un uso adecuado de las actitudes y habilidades de relación de ayuda en enfermería, que debe ser potenciada, tanto por la instituciones sanitarias como educativas, para conseguir que se lleven a cabo las estrategias propuestas desde la consejería de sanidad del modo más eficaz posible a

favor de los profesionales, de los ciudadanos y de las nuevas demandas de ayuda del conjunto de la sociedad:

- *Lo que veo es que esto tiene que cambiar, tiene que cambiar porque ahora se ha creado la unidad de cuidados paliativos, y aquí, hay una implicación más, el enfermero tiene que ir al domicilio, y cuando tú vas al domicilio, ya no estás en una institución cerrada en la casa forastera, de alguien, sino tú te metes en la casa de esa persona, de su intimidad, a atenderla y a hacerle las técnicas, entonces aquí creo que sí se van a plantear, aquí ya sí que van a empezar los planteamientos... los planteamientos estos de meterse en la relación de ayuda y todo eso, ¡creo que es lo que más va a funcionar! porque es un trastoque a nivel de la casa super exagerado, a nivel interno de esa casa, y el enfermero va a tener que entrar a esa casa y no sé cómo se las va a apañar ¡Pero a esa casa tiene que entrar! no es lo mismo dar yo el relevo aquí en el hospital y irme que meterme en la casa de esa persona con la madre, con el padre y con la hija.(...) Pues no sé cómo nos vamos a comer ese marrón el personal de enfermería en la casa, no sé como eso se lo va a... la administración, y yo creo que esto con los cuidados paliativos en las casas, uff.(E5)*

4. Excursus. El investigador como “sujeto ubicado”

Tal y como indicábamos en el capítulo metodológico de la presente investigación, la *subjetividad* del investigador cualitativo, es un elemento que influye durante todo el proceso, desde la delimitación del objeto, el método que se elija, el análisis de los datos y la interpretación, así como su difusión a la comunidad científica y público lego. Atendiendo a esto, entendemos al investigador como un instrumento flexible de la indagación (De la Cuesta, 2003), donde, la *reflexividad* emerge como un elemento fundamental dado que el investigador no se borra del estudio, sino que se convierte en un instrumento, un vehículo para obtener datos y comprender la experiencia del otro. Robles (2002:324), indica que es fundamental “conceptuar al sujeto investigador como un “sujeto ubicado” no sólo a partir de la posición que ocupa en el mundo académico, sino también por su subjetividad y su relación con el objeto que investiga, en este caso a través de sus experiencias personales”.

Así, el camino realizado desde el inicio de esta investigación a partir de la reflexión personal en la praxis como enfermero, que nos aproximó a la revisión de la literatura, la construcción de un marco teórico en acuerdo con nuestra posición ontológica y las asunciones epistemológicas, el planteamiento de la pregunta de investigación y la elaboración de plan metodológico propuestos, la realización de las entrevistas individuales y en grupo que me permitieron entrar en contacto directo con los profesionales de enfermería y obtener una comprensión del fenómeno de la relación de ayuda en enfermería desde su perspectiva de significado, el análisis de los resultados obtenidos y la confrontación de los mismos con el marco teórico, nos ha aportado una nueva experiencia que nos lleva a profundizar más en el proceso reflexivo que nos condujo al interés por el fenómeno de estudio. De este modo, y atendiendo a Robles (2002), la participación directa del investigador como interlocutor con los entrevistados en el momento de aproximarse al fenómeno, me lleva a considerarme un participante más del estudio, y ha sido de este modo como la realización de esta investigación me ha permitido profundizar en la subjetividad de mi propia identidad personal, que me lleva a reflexionar como ciudadano y como profesional.

Como ciudadano

En este sentido, como ciudadano, paciente, cliente o usuario, que potencialmente puedo llegar a ser, he podido comprender la importancia de estar más atentos a la voz del usuario y a las críticas de estos en torno a la atención de los profesionales. Bien es cierto que las políticas y las instituciones sanitarias han comenzado a tomar conciencia de la carencia de los profesionales en habilidades comunicativas (Diario médico, 20 de julio 2007) y se emprenden planes de humanización y líneas de mejora como resultado de las sugerencias y quejas de los pacientes, las cuales se agrupan globalmente en torno a las infraestructuras, falta de información, **trato humano** y tiempos de espera (Diario médico, 3 de mayo 2007). Con la realización de este trabajo, he podido comprender como ciudadano, que aún nos queda un camino por recorrer para llegar a tomar conciencia del valor que tiene emprender planes humanizadores de salud, no sólo desde la óptica de normas y protocolos (renovación de infraestructuras, mejora hotelera, consentimiento informado, información a usuarios, disminuir lista de espera, etc), sino desde el significado antropológico de solidarizarse con la vulnerabilidad ajena, donde las actitudes y las conductas adecuadas de relación de ayuda son condición esencial para recuperar el valor humanístico de la salud, como un derecho de todos los ciudadanos, de modo que se

pueda responder de la manera más sana posible a las necesidades globales de los usuarios, llegando a conseguir que las quejas sobre el trato humano, no tengan cabida como un elemento negativo en las encuestas de satisfacción de los usuarios.

Como enfermero

Por otra parte, como profesional y acorde a mis pensamientos sobre como intuía el fenómeno que quería estudiar, me planteé a partir de la reflexión en la práctica y en total sintonía con la concepción ética del cuidado de Alberdi (2005): la pretensión de promover una cultura del cuidado enfermero que recuperara los valores humanistas, en mi convicción de que son los que deben conducir nuestras actitudes, y por ende, el desarrollo de nuestras aptitudes y habilidades.

Estos pensamientos se basaban en mi convicción de que las enfermeras/os desde el marco de nuestra competencia relacional, somos un excelente instrumento terapéutico, y la relación de ayuda como cuidado debe ser ofrecida a nuestros pacientes atentos a todas sus necesidades, y a través de un sentimiento humanista, aunque éste haya sido muchas veces infravalorado por un exceso de racionalismo.

En acuerdo con Escamez, citado por Fornes (1992), de que los valores son en gran parte responsables de las actitudes generales del individuo y específicas hacia el trabajo, me identificaba plenamente con el análisis que hacían Bermejo (1999) y Barbero (1999) acerca del ejercicio de la profesión enfermera, y estaba plenamente convencido de que debemos ser diestros en el uso de las técnicas, tanto diagnósticas como de tratamiento, pero la relación de ayuda y la comunicación es lo que da competencia al ejercicio humano de la profesión de enfermería, y los profesionales, además de nuestra buena voluntad, debemos de entrenarnos cada día en el desarrollo de nuestra competencia relacional y nuestra tarea humanizadora.

De este modo y con estos pensamientos, cuando tuve la oportunidad de acercarme a las vivencias, los sentimientos y las perspectiva de significado de los profesionales, pude comprender en las manifestaciones de los informantes cómo a nivel general en la enfermería, no se tiene interiorizado el desarrollo de un adecuado proceso de relación de ayuda como una parte fundamental del cuidado enfermero, a la par que el desarrollo de la técnica, dado que el ejercicio de la profesión se integra en una micropolítica de trabajo donde prima el *saber hacer* frente a *saber ser*. Sus consideraciones me hicieron comprender la carencia de los profesionales en

conocimientos acerca de la relación de ayuda en relación directa con la formación inicial, la formación continuada y el escaso valor que se le otorga a la competencia relacional, lo que lleva consigo en la mayoría de las ocasiones, la imposibilidad de estructurar y dotar los cuidados de una verdadera atención integral por falta de credibilidad en el concepto holístico.

Así, la realización de esta tesis doctoral, me lleva a experimentar la necesidad emergente de recuperar el valor y la importancia de la relación de ayuda en los cuidados que prestamos a la sociedad. Comprendo que nuestra formación y la concepción del modelo del “bueno enfermero” ha sido construido socioculturalmente bajo una visión biomédica y tecnocrática del cuidado. No obstante, cabe buscar nuevos caminos y posibilidades. Así, frente a toda cortapisa interna o externa que el modelo positivista de entender el proceso de salud-enfermedad pueda ofrecer, entiendo que los enfermeros/as estaremos en deuda con la enfermería, si no ponemos al servicio del paciente y la familia el valor humanístico de nuestra profesión. Si ponemos empeño y pasión prudente en este reto conseguiremos ofrecer a la sociedad un futuro de cuidados excelentes. Esto me lleva a hacer *mías* las palabras de Travelbee que siempre me acompañaron durante la realización de esta investigación: “si las enfermeras se proponen evitar el regreso al viejo esquema, han de demostrar, tanto a los planificadores como a los consumidores, que el tiempo dedicado a la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del paciente es una inversión valiosa”.

CONSIDERACIONES FINALES

En los capítulos anteriores, tanto en el marco teórico como en el trabajo empírico, hemos realizado un análisis de la *competencia relacional* en enfermería, acercándonos al conocimiento del proceso de relación de ayuda, entendiendo ésta como un *cuidado* esencial en el ejercicio de la profesión, desde una óptica centrada en los valores humanistas. Es nuestra pretensión establecer las conclusiones finales derivadas del análisis y discusión de los resultados, fundamentadas en el marco teórico.

Estamos en condición de verificar y reforzar la directriz general o epistemológica, que se nos planteaba como hipótesis guía a partir de la pregunta de fondo de la presente investigación, la cual hacía referencia al modo en que tenía lugar el proceso de relación de ayuda en enfermería, cuando los profesionales entraban en contacto directo en su quehacer diario, con pacientes afectados de un cáncer o una enfermedad infecciosa, como es el caso del sida, y sus familias. De este modo, y apoyándonos en la perspectiva de significado de los actores sociales entrevistados, pretendemos dar respuesta a las cuestiones iniciales que se nos planteaban en torno al eje analítico de esta investigación, es decir: las relativas al desarrollo del proceso de relación de ayuda cuando los enfermeros/as prestan cuidados a la comunidad, el conocimiento de las actitudes y habilidades que despliegan en su práctica, las dificultades que encuentran, el valor que se le otorga a la relación de ayuda como cuidado dentro de las competencias de su disciplina y la formación inicial y continuada que han adquirido en torno a esta cuestión. Dicho con otras palabras, se ha verificado la hipótesis y los objetivos del presente trabajo.

Así, en un intento de condensar aún más la comprobación de la hipótesis guía y la consecución de los objetivos, hemos querido realizar una reflexión generalizada a modo de conclusión, sobre las posibles aportaciones al conocimiento de la relación de ayuda en enfermería, y su aplicación en la praxis, que pueden tener los resultados obtenidos en la presente investigación. Por último, realizamos una propuesta de intervención científica, con el propósito de abrir nuevas líneas de investigación relacionadas con nuestro objeto de estudio, referido a la *competencia relacional* en enfermería.

1. Un *cuidado enfermero* observable, medible y educable

La ontología expresada sobre el *cuidado* enfermero y la *competencia relacional* desarrollada a lo largo de esta investigación, nos llevaba a comprender que, por un lado, el diagnóstico de una enfermedad siempre altera el mundo interior de una persona, especialmente si la enfermedad diagnosticada es crónica e irreversible, y por el otro, que atender y preocuparse de todo este nuevo mundo de sentimientos y emociones que al enfermo le toca vivir significa estar atento al desarrollo del paciente desde una perspectiva holística y humanizadora del *cuidado enfermero*. Nos planteábamos la relación de ayuda como un cuidado enfermero esencial para atender las necesidades de la persona a la que se cuida, en el que el profesional de enfermería debe ser diestro para alcanzar el bien intrínseco de disciplina.

Así, nuestra directriz epistemológica o hipótesis guía, postulaba el carácter observable, medible - cualitativa y cuantitativamente- y educable que la relación de ayuda, tiene como cuidado de enfermería en el marco de la competencia relacional de la disciplina. Del mismo modo se consideraba como una intervención de enfermería, crítica y decisiva, al interactuar con pacientes oncológicos y afectados de sida y sus familias.

El análisis de las manifestaciones de los informantes entrevistados, nos lleva a verificar la importancia de la educabilidad de la relación de ayuda en la disciplina enfermera. Hemos podido conocer cómo aquellos profesionales formados en relación de ayuda, a partir del interés personal y profesional de desplegar adecuadamente los cuidados enfermeros desde su competencia relacional, encuentran menos dificultades para reconocer y atender las necesidades de las personas a las que prestan sus cuidados, y ayudan de un modo más eficaz a que el paciente o la familia utilice sus recursos internos para afrontar mejor la situación en la que se encuentra, que aquellos profesionales que han carecido de estos conocimientos, tanto en su formación inicial como en su formación continuada. Del mismo modo, resulta interesante señalar el valor educativo de estos profesionales y la transmisión de valores que ofrecen, tanto al alumno como al profesional y compañero de trabajo. Educabilidad que tal y como se infiere del discurso de los informantes resulta muy positiva en el momento que encuentran dificultades para dar respuesta al paciente y a la familia. Así, los informantes manifiestan que han aprendido a partir de la observación directa de aquellos profesionales que despliegan en su quehacer diario las actitudes básicas para una correcta relación de ayuda, por un lado, y por el otro, han comprendido que

ésta es sanadora y medible, no sólo de un modo cualitativo, sino también de un modo cuantitativo, en lo que se refiere aquellos momentos de su práctica diaria, donde un desarrollo adecuado de las *técnicas humanas* al servicio de la persona ayudada, ha disminuido la necesidad de administrar ciertos medicamentos, confeccionar menor número de recetas, etc., y ha contribuido considerablemente en la mejora del autocuidado de sus pacientes.

Otro factor en el que coinciden la totalidad de los entrevistados, es la consideración positiva del valor y el significado que se le debe otorgar a la competencia relacional de la profesión, y por ende, al proceso de relación de ayuda en las unidades de hospitalización de Onco-Hematología e Infecciosas en las que trabajan diariamente, donde el encuentro con el sufrimiento humano se hace más visible, resultando entonces la relación de ayuda una herramienta terapéutica básica cuya necesidad de ser diestro en su manejo se magnifica.

A la luz de lo anterior, y según los datos aportados por la investigación, queremos transmitir nuestra convicción de que la relación de ayuda en enfermería como competencia relacional, es una intervención de enfermería observable, medible – cualitativa y cuantitativamente- y por supuesto, educable en el proceso de formación inicial y permanente de la profesión enfermera, y en el nivel teórico y en el nivel asistencial. Y es considerada central entre las actitudes y destrezas requeridas a los profesionales, especialmente a la hora de intervenir con pacientes oncológicos, con enfermos de sida y con sus familias.

2. Prospectiva

Junto a nuestra afirmación anterior en torno al fenómeno de la relación de ayuda en enfermería, nos encontramos los siguientes elementos al entrar en contacto directo con la realidad de los profesionales: encuentran una disonancia entre la formación inicial y la práctica, que les lleva a encontrar dificultades en su quehacer diario y a no prestar adecuadamente el proceso de relación de ayuda como cuidado enfermero que es; la oferta de formación continuada en torno a esta cuestión es escasa; la aparición de un conflicto axiológico entre los valores individuales a favor del ejercicio de la relación de ayuda y la adecuación de fines y procesos de consecución de las instituciones públicas, a nivel educativo y sanitario, donde prima el *saber hacer* frente al *saber ser* en el marco de una cultura positivista, donde estas actividades

propias que dan competencia al ejercicio humano de la profesión no obtienen el valor que merecen.

Por esta razón, realizamos una reflexión, que nace de la aportación empírica que lleva consigo la realización de esta investigación y de nuestro compromiso de dar respuesta y poner voz a las necesidades que detectan los profesionales de enfermería, cuando se encuentran diariamente con la ansiedad y la satisfacción, el sufrimiento y la esperanza, las emociones y los sentimientos de las personas a las que prestan sus cuidados en el ejercicio diario de su profesión.

Consideramos que surge la necesidad de rediseñar el curriculum formativo y la educación continuada de los profesionales de enfermería en el que se contemple con mayor profundidad la relación de ayuda como parte fundamental y esencial para alcanzar la excelencia de los cuidados que los enfermeros/as prestan a la sociedad. Las competencias técnicas y relacionales del candidato, precisan ser enseñadas y evaluadas en igual medida durante su formación inicial y continuada para desarrollar correctamente la profesión. La formación y educación del profesional de enfermería requiere un abordaje complejo que abarque no sólo contenidos técnicos, sino también actitudes y habilidades que les permitan un afrontamiento de rol que desempeña y que la sociedad les demanda. Resulta necesaria una formación en un modelo holístico de cuidados y valores humanistas, donde la relación interpersonal, a través del despliegue de un adecuado proceso de relación de ayuda en enfermería, se constituye como el elemento terapéutico fundamental, que ha de obtener el valor que merece en el seno de las instituciones públicas sanitarias y educativas. De lo contrario, ¿qué sentido tendrá hablar de cuidados integrales y holísticos en el nuevo escenario social?

Finalmente, entendemos que más allá de nuestra investigación, la sociedad y las profesiones sanitarias, no sólo enfermería, sino también los demás profesionales de la salud, están sometidas a cambios y transformaciones que generan la necesidad de investigar nuevas cuestiones relacionadas con la *competencia relacional*. Realidades como el fenómeno de la inmigración o la diversidad cultural en el marco de la propia cultura a partir de la aparición de nuevas enfermedades o aquellas ya existentes que han adquirido mayor amplitud: pacientes oncológicos, anoréxicos, alzheimer, etc. La participación de los usuarios en su proceso de salud-enfermedad, el aumento de esperanza de vida, el impacto que la enfermedad produce no sólo en los pacientes sino también en los familiares, la necesidad de estrategias para la seguridad

del paciente y la aparición de la unidades de cuidados paliativos a domicilio, se presentan como cuestiones que abren nuevas posibilidades de investigación. Es de este modo, que presentamos nuestro trabajo como una aportación empírica dentro de un amplio campo de estudio, a nuestro entender poco desarrollado por la comunidad científica, pero que pensamos genera el reto y la necesidad de valorar, junto a la importancia de la técnica, la relación existente entre la competencia relacional y el valor humanístico de la salud con la excelencia de los cuidados que se prestan a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA. VV. (1992), "La relación de ayuda", en: *Nursing* 10(1), 5.
- AA. VV. (1995), "La empatía, elemento clave de la relación de ayuda", en: *Nursing* 13(2), 7.
- AA. VV. (1998), *Humanización en salud*, Bogotá, Selare.
- AA. VV. (1998), "Asistencia integral al enfermo terminal oncológico de urología", en: *Enfermería Urológica* 66, 34-39.
- AAVV. (1999), "Humanización: un modelo desconocido", en: *Index de Enfermería VIII* (24-25), 98.
- AAVV. (2001), *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Barcelona, Masson, (13ª ed.)
- AA. VV. (2004), *La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional*, EUE Santa Madrona, Barcelona, Fundación "La Caixa".
- ABAD CORPA, et al. (2005), "Estudio exploratorio sobre el fenómeno de la planificación anticipada de decisiones al final de la vida. Visión de los profesionales que cuidan a personas mayores", (trabajo integrado en el Proyecto de Investigación "Problemas éticos y jurídicos de la toma de decisiones sanitaria en ancianos" del Nodo de Ética de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (R03/100), financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).
- ACEBEDO, R et al. (1992), "Adecuar nuestra formación, un reto necesario. Europa contra el cáncer", en: *Duodécimas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente en Toledo*, Madrid, AEED, 375-382.
- ALBERDI, R. M. (1988). "La percepción de enfermar", en *Rol de Enfermería* 179-180: 65-69.
- ALBERDI, R. M. (2003), "Guía para la identificación de actitudes y aptitudes", en: *Rol de Enfermería* 26 (10), 71-72,
- ALBERDI, R. M. (2006), "La ética del cuidado una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias", en *Rol de enfermería*, 29(3):31-38.
- ALEMANY, C. (1998), *14 aprendizajes vitales*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 6 ed.
- ALSEN, S. y CORBIN, J. (2002), *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Edit-Medellín.
- ALLUÉ, M. (1996), "La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado", en *XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, Cuenca*.
- ALLUÉ, M. (1999): "Humanización y cultura de la organización sanitaria", en *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, Santander, Sal Terrae (J.C. Bermejo (ed.)).

AMEZCUA, M. (2000), "Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados" en, *Cultura de los Cuidados* 7-8: 60-67.

ÁLVAREZ RODRIGUEZ, J. y ÁLVAREZ SILVA, S. (2002), "Sören Kierkegaard, Carl Rogers y la relación terapéutica", en *Anales de Psiquiatría* 18(5): 375-377.

ANTOLÍN, R. et al (1997), "Comunicación entre enfermera/o-paciente", en *Enfermería Clínica* 182-183:78-80

ARRANZ, P. et al. (2005a), "Evaluation of a counseling training program for nursing staff", en: *Patient Education and Counseling* 56 (2), 233-239.

ARRANZ, P. et al. (2005b), *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*, Barcelona, Ariel, 2ª ed.

ARRANZ, P. et al (2005), *Comunicación en oncología clínica*, Madrid, Just in time S.L.

AUCOIN, G. (1990), "The theory of caring by Watson", en *The Canadian Nurse* 86(11): 32-35.

BALTUILLE, R. (2002), "Conocerse a sí mismo: un requisito para la relación de ayuda", en: *Tercera Jornada de Enfermería de Atención Primaria Área 5 de Madrid*, 35-39.

BARBERO, J. (1999): "Humanización: ¿tecnología punta?", en *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, Santander, Sal Terrae (J.C. Bermejo (ed.)).

BARROSO, M. G. et al (2001), "Etnografía y enfermería: una enfermería de post-graduación en enfermería" en *Rene* 2(2): 15-24

BAYÉS, R. y MOREIRA, M. (2000), "El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria", en *Medicina Clínica* 154(4): 141-144.

BENBUNAN, B. (2002), *Impacto emocional de las experiencias clínicas. Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención*, Tesis doctoral dirigida por José M. Roas Venegas, Granada, Teseo.

BEORLEGUI, C. (1995), *Lecturas de Antropología Filosófica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2ª Ed.

BER, G.V. y SARVIMAKI, A. (2003), "A holistic-existential approach to health promotion", en *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(4): 384. [PubMed].

BERMEJO, J.C. (1995), *Comprender y ayudar al enfermo de Sida*, publicado por Cáritas Chile, Santiago.

BERMEJO, J.C. (1996), *Relación de ayuda en el misterio del dolor*, Madrid, San Pablo.

BERMEJO, J.C. (ed.), (1997), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid, San Pablo.

BERMEJO, J.C. (1998a), *Apuntes de relación de ayuda*, Santander, Sal Terrae.

- BERMEJO, J.C. y MARTÍNEZ, A.(1998b), *Relación de ayuda, acción social y marginación. Material de trabajo*, Santander, Sal Terrae.
- BERMEJO, J.C. y CARABIAS, R. (1998c), *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo. Santander*, Sal Terrae.
- BERMEJO, J.C. (1999a), "Escuchar al anciano", en: *Humanizar* 47, 36-37.
- BERMEJO, J.C. (ed), (1999b), *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, Santander Sal Terrae.
- BERMEJO, J.C. (1999c), *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- BERMEJO, J.C. (2002), *La escucha que sana*, Madrid, San Pablo.
- BERMEJO, J. C. (2003a), *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana*, Santander, Sal Terrae.
- BERMEJO, J.C. (2003b), "La muerte enseña a vivir", en *Humanizar* 71, 38-39.
- BERMEJO, J.C. (2004), *Relación de ayuda a la persona mayor*, Santander, Sal Terrae.
- BERMEJO, J.C. (2005), *Inteligencia emocional. La sabiduría del corazón en la salud en la acción social*, Santander, Sal Terrae.
- BEVIA, B. Y CIBANAL, L. (1991), "La relación como instrumento básico para enfermería en todos los niveles de atención", en *Enfermería Científica* 117,16-26,
- BIMBELA, J.L. (2003), *Cuidando al cuidador: Counseling para profesionales de la salud*. Granada, Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, 4ed.
- BOLTVINIK, J (2007), *Jerarquía de necesidades y Ley de ángel*, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/09/index.php?section=opinion&article=028o1ec>
- BOVER, BOVER, A. (2004), *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género*, Tesis Doctoral, Universidad de las Islas Baleares.
- BORRELL, F. (2003), "Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía", en *Medicina Clínica* 121(20): 785-786.
- BORRELLI, B. et al. (2001), "Smoking cessation counseling in the home. Attitudes, beliefs, and behaviors of home healthcare nurses", en: *American Journal of Preventive Medicine* Nov 21(4), 272-277.
- BRUSCO, A. (1997), "Humanización de la enfermería" en BERMEJO, J.C. (ed.), *Humanizar la Salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid, San Pablo.
- BRUSCO, A. (1999), *Humanización de la asistencia al enfermo*, Madrid, Sal Terrae.

BURNARD, P. (1989), "Existentialism as a theoretical basis for counselling in psychiatric nursing", en *Archives of Psychiatric Nursing* 3(3): 142-147.

CABALLO, V. (1993), *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las habilidades sociales*, Madrid, Eudemea.

CABRERA, J. et al. (1998), "Asertividad en enfermería: ¿una característica de la profesión?", en *Enfermería Clínica* 8(3): 98-103.

CACHÓN RODRIGUEZ, E. (2005), "¿Les cures d'infermeria responen a las necessitats emocionafis i espirituals del maltalts terminals?", en *Agora d'infermeria*. 9(2): 780-786.

CALDERÓN, C. (2002), "Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario", en *Revista Española de Salud Pública*, 76(5): 473-482

CAMARGO.T y SOUZA, I. (2003), "Care to mastectomized woman: discussing ontic aspects and the ontological dimension in nurses performance at a Cancer Hospital", en *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 11(5): 614-621.

CANALES, M, (2001), "Investigación cualitativa reflexividad social", Medellín, Colombia.

CARBELO, B y RODRIGUEZ DE LA, S. (1998), "La autoestima, un elemento fundamental en la relación de ayuda", en: *Metas de Enfermería* II (11), 9-14.

CARNEIRO, A. (1986), "Teoria de Roger e suas aplicacões no campo da enfermagem", en *Gaúcha de Enfermagem* 7(2): 265-274.

CARPI, A. (2004). "Cuidar pacientes con VIH", en: *Rol de Enfermería* 27 (12), 819-824.

CARDOZO, Y. et al. (1997), "Participación de los profesionales de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales", en www.monografias.com/trabajos15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml

CARRASCO ACOSTA, M. C. et al. (1996), "Velar por unos cuidados humanizados en urgencias: una labor de enfermería", en *Documentos de Enfermería* 3: 4-7. Jornadas de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería.

CARRASCO FERNÁNDEZ, B. y GUZMÁN, M. (1998), "La comunicación en la relación de ayuda", en: *Comunicación Enfermería* 2(11), 3-6.

CARUANA, A. (1989), *Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud*, Tesis doctoral dirigida por Abilio Reig Ferrer, Alicante, Teseo.

CASADO, D. (2004), "Opciones humanizadoras de la jubilación", en: *Rol de Enfermería* 27 (4), 63-64.

CASAS, M. y DIEZ, T. (1996), "La relación de ayuda y la promoción de la lactancia materna", en: *Comunicación Enfermería* 1 (6), 2-3. [CUIDEN.]

CASTELLANOS, M. (1998), "Martha E. Rogers: reflexiones sobre su teoría", en *Rol de Enfermería* 238: 43-46.

CASTILLO, E. y VÁSQUEZ, M. L. (2003), "El rigor metodológico en la investigación cualitativa", en *Colombia Médica*. 34(3):164-167.

CASTILLO ESPITIA, E. (2000), "La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para los fenómenos humanos", en *Investigación y Educación en Enfermería* 18(1): 17-35.

CHACÓN, M. y GRAU, J. (1997), "Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos" en *Revista Cubana de Oncología* 13(2): 118-125.

CHALIFOUR, J. (1993), *Enseigner la relation d'aide*, Canada, Gaëtan Morin Éditeur.

CHALIFOUR, J. (1994), *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*, Barcelona, SG editores.

CEA, A. (2001), *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*, Madrid, Síntesis Sociológica.

CIAN, L. (1995), *La relación de ayuda*, Madrid., CCS, (2ª ed.).

CIBANAL, L. (1991), *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*, Barcelona, Doyma.

CIBANAL, L. y ARCE, M.C. (1991). *La relación enfermera paciente*, Alicante, Universidad de Alicante.

CIBANAL, L. Y ARCE, M.C. (1997), "¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente?", en *Cultura de los Cuidados* 1: 25-30

CIBANAL, L y BEVIA, B. (1999), "Valoración de la entrevista: habilidades comunicacionales", en *Enfermería Científica* 204-505, 5-9.

CIBANAL, L. et al. (2000), "Notas sobre el estado de la cuestión de la relación de ayuda en enfermería", en *Enfermería Universidad de Albacete* 11, 10-15.

CIBANAL, L. et al. (2001), "La relación de ayuda es vivificante, no quema", en *Cultura de los Cuidados* V (10), 88-99.

CIBANAL, L.- ARCE, M .C. – CARBALLAL, M. C. (2003), *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*, Madrid, Elsevier.

CILLIERS, F. et TEBLANCE, L. (2000), « Facilitations skills for nurses », en *Curationis* 23(4): 90-97.

CISNEROS, C. (2002), "Investigación Psicosocial Cualitativa en México", en *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*, Mercado et al (compiladores), México, Universidad de Guadalajara.

CLÉRIES, X. et al. (2002), "Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relación asistencial", en *Educación Médica* 5(3): 113-125.

CLÉRIES, X. (2006), *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*, Barcelona, Masson.

- COFFEY, A. y ATKINSON, P. (2005), *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, Publicaciones Universidad de Alicante, Monografías.
- COHEN, J. A. (1991), "Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson", en *Journal of Advanced Nursing* 16(8): 899-909.
- COLELL, R. et al. (2003), "¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico?", en *Rol de Enfermería* 26(2): 92-96.
- COLLIÈRE, M. F. (1993), *Promover la vida*, Madrid, Interamericana.
- COLLIÈRE, M. F. (1993), "Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados", en *Rol de Enfermería* 179-180: 33-39.
- COMELLES, J. M. (1958), "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales" en *Jano* 655-H: 71-83.
- CONANGLA, M. M. (2004), "Acompañar en un viaje emocional. La Inteligencia Emocional aplicada a la relación de ayuda", en: *Rol de Enfermería* 27 (3), 42-45.
- CORRALES, E. et al. (2003), "Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera", en *Index de Enfermería* XII (43):88.
- CORELLA, J.M. y MAS, T. (1999), "Enfermería y cuidados paliativos. Relación de ayuda", en: *Enfermería Integral* 50, 43-46.
- COSTA, M. (1991), *Manual para el educador social, habilidades de comunicación en la relación de ayuda*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Vol. 1.
- CUADRI, M. J. (1989A), "Valoración de actitudes intelectuales y sociales que inciden en la atención de enfermería" en *Enfermería Científica*, 82:7-10.
- CUADRI, M. J. (1989B), "El análisis de las actitudes como medida de la calidad de la atención de enfermería", en *Enfermería Científica* 87: 40-44.
- CHALIFOUR, J. (1993), *Enseigner la relation d'aide*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- CHALIFOUR, J. (1994), *La relación de ayuda en enfermería: una perspectiva holística-humanista*, Barcelona, SG.
- CHAMORRO, S. (2001), "El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural", en *Gazeta de Antropología* 17: 17-15.
- CHOZA, J. (1988), *Manual de Antropología Filosófica*, Madrid, Ed. RIAL.
- DE ANDRES, P. (2000), "El análisis de estudios cualitativos", en *Atención Primaria*. 25:42-46.
- DELGADO, J. M y GUITIÉRREZ, J. (1994), *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis.
- DELGADO, H. et al. (2001), "Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa", en *Enfermería Intensiva* 12(3): 110-126.

DETTMORE, D. (1985), "Cuidado espiritual: recuerde las necesidades olvidadas de sus pacientes", en *Nursing*, 3(6): 22.

DE LA CUESTA, BENJUMEA, C. (1997), "Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería", en *Investigación y Educación en Enfermería* 15(2): 13-24.

DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (2003), "El investigador como instrumento flexible de la indagación", en *Internacional Journal of Qualitative Methods*, 2(4).Article 3. http://www.ualberta.ca/liqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf

DE LA CUESTA, BENJUMEA, C. (2004), « Construir un mundo para el cuidado », en *Rol de Enfermería* 27 (12), 843-851

DE LA CUESTA, BENJUMEA, C. (2006), "Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud", en *Nure Investigación*, 25.

DEZIN, N.K. Y LINCOLN, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sag. (2ª ed.).

DÍAZ MALLOFRÉ, R. (2001), "La relación de ayuda en las prestaciones de salud", en *Enfermería Cardiológica* 22: 23-25.

DÍAZ RODRIGUEZ, L. et al. (2004), "Counselling: estrategia para mejorar la adherencia a los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia" en, *Evidentia* 1(3).

DIER, W. y WRIEND, J. (2001), *Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico*, Barcelona, Grijalbo, 5 ed.

DIETRICH, G. (1986), *Psicología general del counseling*, Barcelona, Herder.

DOMÍNGUEZ, C. (1986), *Los cuidados de la profesión enfermera en España*, Madrid, Pirámide.

DUBBERT, P.M. (2002), "Effects of nurse counseling on walking for exercise in elderly primary care patients", en: *Jornal of Gerontology* Nov 57(4) M733-340.

DUCH, L. (2002), *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*, Madrid, Trotta.

DURÁN ESCRIBANO, M. (2004), "El poder de los valores: una cuestión de profesionalidad", en: *Rol de Enfermería* 27 (3), 31-41.

EDIHT, S. (2004), *Sobre el problema de la empatía*, Madrid, Trotta.

ESEVERRY, C. (1992), *Enfermería hoy: filosofía y antropología de una profesión*, Madrid, Díaz de Santos.

ESCUDERO RODRÍGUEZ, B. (2003), "Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente", en *Enfermería Clínica* 13(3): 164-170.

ESPITIA CASTILLO, E. (2000) "La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos", en *Investigación y Educación en Enfermería*, 18 (1): <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html#Nota>

ESTEBAN DE LA, M. A. (1995), *El enfermo terminal y la muerte: problemas médico-sociales, propuestas de información médica y organización sanitaria*, Tesis doctoral dirigida por Aurelio Luna Maldonado, Murcia, Teseo.

ESTEBAN REDONDO, C. (2002) "El papel del antropólogo en el ámbito de la salud", en *X Congreso Internacional de estudiante de Antropología*, Murcia, Libro de Actas.

ESTRELA, A. et al. (1999), "Aprendiendo de Madelaine Leininger", en *EUE La Fe* 1: 73-88.

FAWCETT, J. (2005), *Contemporary Nursing Dnowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, Philadelphia, Davis Company. 2º ed.

FEITO, L. (2000), *Filosofía profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, Madrid.

FEITO, L. (2005): "La Ética del Cuidado como modelo de la Ética enfermera", en *Metas de Enfermería* 8(8): 14-18.

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.P. (1990), *Actitudes del personal sanitario asturiano ante la muerte y el enfermo terminal*, Tesis doctoral dirigida por Rafael Hinojal Fonseca, Oviedo, Teseo.

FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. (1998), "Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda", en: *Enfermería Clínica* 8(1), 24-28.

FERRER PARDAVILA, .A. et al. (1999), "Niños con sida. Plan de cuidados y relación de ayuda", en *Rol de Enfermería* 22(12), 882-884.

FERRER PARDAVILA, A. et al. (2002). "El proceso de atención de enfermería y la relación de ayuda, ¿van unidos?: a propósito de un caso", en *Simposio Internacional de Diagnósticos de Enfermería A Coruña*, Comunicación, 9-10 Mayo.

FERRER PARDAVILA, A. et al. (2003), "El proceso de atención y relación de ayuda, en enfermería pediátrica", en: *Cultura de los Cuidados VII* (13), 52-62.

FITZHUGH, Z.A. (1990), "Al cuidar al paciente con Sida: el estrés repercutirá en usted", en *Nursing* 6:17-21.

FLORES GUERRERO, R. (2004), "Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural", en *MAD* 10, www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf

FONTANALS, A. et al. (1994), "Relación de ayuda en los cuidados enfermeros", en *Rol de Enfermería* 190, 67-71.

FORNES, J. (1992), *Estrés laboral en personal de enfermería: causas, emociones y posibles predictores*, Tesis doctoral dirigida por Remedios González Barrón, Islas Baleares, Teseo.

FOWLER, J. (1994), "A welcome focus on a key relationship.Using Peplau's model in palliative care", en *Professional Nurse* 10(3): 194-197.

FRANKL, V. (1994), *La voluntad de sentido*, Barcelona, Herder.

GAFO, J. (1994a), *10 Palabras claves en bioética*, Estella, Verbo Divino.

- GAFÓ, J. (1994b), *Ética y legislación en enfermería*, Universitas, Madrid.
- GALA, F. J. (1991), *Actitudes en torno al sida: un análisis de la población de enfermería de la provincia de Cádiz*, Tesis doctoral dirigida por José Manuel González Infante, Cádiz, Teseo.
- GARCÍA, A. M. (1992), "La relación interpersonal en la interacción enfermero-paciente", en: *Enfermería Clínica* 2(4), 160-162.
- GARCÍA FERRANDO et al. (2000), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid, Alianza Editorial, 3ª ed.
- GARCÍA FÉREZ, J. y ALARCOS MARTÍNEZ, J. (2002), *10 palabras clave en humanizar la salud*, Estella (Navarra), Verbo Divino.
- GARCÍA MARCO, M. I. et al (2004), "Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo?", en *Index de Enfermería* 47: 44-48.
- GARCÍA PÉREZ, C. y OGANDO, B. (2005), "Comunicación eficaz para profesionales de la salud" en *Enfermería Científica* 276-277: 31-39.
- GARROSA, E. (2002), *Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería*, Tesis doctoral dirigida por Bernardo Moreno Jiménez, Autónoma Madrid, Teseo.
- GAUTIER, R. Y BOEREE, G., (2003), *Teorías de la Personalidad. Abraham Maslow (1908-1970)*, en <http://webpace.ship.edu/cgboer/maslowesp.html>
- GIACCHI, A. y LEGARRA, A. (2003), "El duelo ante la muerte de un allegado. Atención de enfermería", en *Rol de Enfermería* 26 (12), 858,862.
- GIL, P. (1993), *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*, Tesis doctoral dirigida por José M. Peiro Silla, La Laguna, Teseo.
- GIORDANI, B. (1997), *La relación de ayuda, de Rogers a Carkhuff.*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- GOBERNA TRICAS, J. (2004), "La enfermedad a lo largo de la historia. Un Punto de mira entre la biología y la simbología", en *Index de Enfermería* 47: 49-53.
- GÓNZALES DE RIVERA, J. L. (2004), "Empatía y ecpatía", en *Psiquis* 25(6): 243-245.
- GÓNZALES RÍO, M. J. (1997), *Metodología de la Investigación Social. Técnicas de recolección de datos*, Alicante, Aguaclara.
- GONZÁLEZ VILLANUEVA, P. y MIRALLES, M.T. (1999), "Imágenes que nos sugieren situaciones de enfermería", en: *XVIII Sesiones de Asociación Española de Enfermería Docente en Cádiz*, Sevilla, AEED, 579-583.
- GONZÁLEZ VILLAR, M. et al. (2001), "Intervención de ayuda en pacientes en duelo", en *Atención Primaria* 27 (2), 101-107.

GUIJARRO, J. y RUEDA, M. T. (2003), “¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico”, en *Enfermería Urológica* 86, 7-10.

GUILLAMÉN, O. et al. (2005), “Teoría del cuidado humano: un café con Watson”, en *Metas de Enfermería* 8(2): 28-32.

GUILLÉN TOLEDANO, M. M. (1996), “La relación de ayuda: teoría o realidad”, en: *// Simposio Nacional de Estudiantes de Enfermería en Pamplona*, Pamplona, Newbook, 255-264.

GUILLÉN RUÍZ, H. (2003), Relación de ayuda, Documento electrónico, www.enfermeria21/listametas/prom_Relacióndeayuda.doc.

HAAS, P. (2001), “Competence in nurse counselling: new responsibilities require comprehensive continuing education”, en: *Pflege- Zeitschrift* April 54(4), 285-86.

HANNA, B. et al. (2004), “The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist”, en: *Journal of Obstetrics* Mar-April 33(2): 191-97.

HASSELER, M. (2004), “Nurse Counleing of diabetic patients according to the disease management program (DPM): ethical care also means evidence-based care”, en: *Pflege-Zeitschrift* April 57(4): 244-248.

HEIDEGGER, M. (1999), *Introducción a la filosofía*, Valencia: Universitat.

HEINRICH, K.T. et al. (2000) “How can I help you? How can you help me?” en *Nursing Education- Perspective* 26 (1), 34-41.

HENNEZEL, M. DE, (1996), *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*, Barcelona, Plaza & Janes.

HERNÁNDEZ CONESA, J. (1995), *La construcción de la enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos*, Tesis doctoral dirigida por Manuel Esteban Albert, Murcia, Teseo.

HERNÁNDEZ, J. y ESTEBAN, A. (1999), *Fundamentos de Enfermería. Teoría y Método*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, A.M. et al. (1997), “Asertividad de los profesionales de enfermería frente a situaciones conflictivas de tipo relacional con el enfermo y/o familiares”, en *Enfermería Clínica* 7(5): 212-216.

HERNÁNDEZ HERRERA, D. y FLORES, S. (2002), “Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres hospitalizados en la UCIN”, en: *Enfermería IMSS* 10(3), 125-129.

HERNÁNDEZ MARTÍN, F. (2003), “¿Qué necesitan los pacientes?”, en *Cultura de los cuidados* VII (13), 7-8.

HERNÁNDEZ MÉNDEZ, S. (2003). “Planteamientos sobre enfermería desde una concepción filosófica”, en *Enfermería Global* 2. [www.um.es/eglobal/2/02e02.html]

HIDALGO, C. (1999), *Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales*, Santiago de Chile, Universidad católica de Chile, 2ªed.

HIROSE, H. (1999), "Classifying the empathic understanding of the nurse psychoterapist", en: *Journal Cancer Nursing* Jul 22 (3), 204-211.

HOSPITAL, M. et GUALLAR, R. (2004), "Humanización y tecnología sanitaria. Ante el proceso final de la vida", en *Index de Enfermería* 46: 49-53.

HUF, D. (1999), *A assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética á la luz da análise existencial de Victor Frankl*, Riberão Preto, Tesis Doctoral presentada en Universidad de San Paulo, Escola de Enfermagem de Riberão.

IBAÑEZ, M. y GUALLART, R. (2004), "Humanización y tecnología sanitaria", en *Index de Enfermería*, 46, 49-53.

ÍÑIGUEZ, L. (1999); "Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales", en *Atención Primaria*, 23: 496-502.

JACOBSEN, M. L. (1985), "Increasing team skill: an evaluation of program effectiveness", en *Journal Allied Health* 14(4): 387-394.

JASPER, M. y GARY, R. (1992), "A framework for a process-driver common foundation programme for graduates", en *International Journal of Nursing Studies* 30(5): 377-385.

JIMÉNEZ CASTRO (2004), "Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson", en *Revista Enfermería IMSS*. 12(2): 61-63

JIMÉNEZ H. PIZÓN, (1983), *Técnicas psicológicas de asesoramiento y ayuda interpersonal (<counselling>)*, Madrid, Narcea.

JOCILES RUBIO, M. I. (1999), "Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico" en *Gazeta de Antropología*, 15, texto 15-01.

JOVER, S. et al. (1995), "Relación de ayuda en el ingreso hospitalario", en *Rol de Enfermería* VIII (206), 23-29.

KÉROUAC, S. et al. (1996), *El pensamiento enfermero*, Barcelona, Masson.

KETTUMEN, T., POSKIPARTA, M. y LIIMATAINEN, L. (2000), "Communicator styles of hospital patients during nurse- patient counseling", en *Patient-Education and Counseling* Sep, 41(2), 161-180.

KLEINMAN, A. y BESON, P. (2004), "La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina", en *Monografías Humanitas* 2:17-26.

KRUEGER, R. (1988), *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*, Madrid, Pirámide.

KUHN, T. S. (1986), *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, Alianza.

LACIDA, M. (2002), "La importancia de los modelos en la prestación de los cuidados enfermeros", en *Enfermería Oncológica* 7(1): 26-34.

LAÍN ENTRALGO, P. (1985), *Antropología Médica*, Barcelona, Salvat.

LAÍN ENTRALGO, P. (1991), "El nuevo humanismo médico", en *Jano Extra* Abril: 10-17.

- LAPIERRE, D. (1990), *Mas grandes que el amor*, Barcelona, Seix Barral.
- LARREA, C. y PLANA, M. (1993), "Antropología y Educación para la salud", en *Rol de Enfermería* 179-178: 65-69.
- LA TORRE, I. (2003), *Análisis de la influencia de las prácticas asistenciales en la construcción del pensamiento práctico enfermero*, Tesis doctoral dirigida por Juan Fernández Sierra, Almería, Teseo.
- LEININGER, M. (1999), "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural", en *Cultura de los Cuidados* 3(6): 5-8.
- LLEIXÀ, M. et al (2007), "Importancia de las intervenciones psicosociales para la profesión enfermera", en *Metas de Enfermería*, 10(8): 71-74.
- LICEA, L. (2002), "La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud", en *Enfermería IMSS* 10(3): 121-123.
- LICON, Y. (1997), "Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud", en *Investigación y educación en Enfermería* 10(2):57-69.
- LIMONERO, J.T. (1995), *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*, Barcelona, Bellaterra. Tesis doctoral dirigida por Ramón Bayés Sopena.
- LINARES, J.P. (1998), "Cuidados paliativos: dolor vesical", en: *Enfermería Urológica* 66, 42-50.
- LINARES, M. (2002), "La relación de ayuda a la mujer. Durante el embarazo, puerperio y parto del primer hijo", en *Index de Enfermería XI* (38), 9-14.
- LOSADA, J. L. y LÓPEZ, R. (2003), *Métodos de Investigación en Ciencias Humanas y Sociales*, Madrid, Thomson.
- LÓPEZ, J. (1992), "Aproximación del concepto hombre-persona objeto de los cuidados de enfermería", en *Enfermería Clínica* 2(5):192-196.
- LÓPEZ CORRAL, F. (1981), "La relación enfermera/o paciente en el proceso de atención de enfermería" en *Rol de Enfermería* 35-36: 79-81.
- LÓPEZ IMEDIO, E. (1998), "Principios y filosofía de los cuidados paliativos", en *Metas de Enfermería* 8: 46-50.
- LÓPEZ MARURE, E. y VARGAS LEÓN, R. (2002), "La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente" en *Revista de Enfermería IMSS* 10(2): 93-102.
- LOUREIRO, L. (2002), "Orientações Teórico-Metodológicas para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem," en *Referência* 8:5-16.
- LUPIANI, M. et al. (1998), "¿Cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en enfermería?: una comparación entre alumnos y profesionales", en *Enfermería Clínica* 192-193: 40-44.

- LLOY, C. y MAAS, F. (1993), "The helpings relationship: the application of Carkhuff's model", en *Canadian Journal Occupational Therapy* 60 (2): 83-89.
- MCLEOD, J. (1994), *Doing counselling research*, London, Sage Publications
- MADRID, J. (1986), *Hombre en crisis y relación de ayuda*, Madrid, ASETES.
- MADRID, J. (2005), *Los procesos de la relación de ayuda*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- MAESTRE, J. (1990), *La investigación en antropología social*, Barcelona, Ariel.
- MAGLIOZZI, P. (2006), *De la salud biológica a la salud biográfica*, Chile, Universidad de Chile.
- MARCHESI, A. et al (1986), *Psicología evolutiva*, Madrid, Alianza.
- MAMBRIANI, S. (1993), *La comunicación en las relaciones de ayuda*, Madrid, San Pablo.
- MARINHO, H. et al. (2003), "Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta", en *Psicología Conductual* 11(1): 135-161.
- MARRINEZ, A. (1989), *Modelos y Teorías de enfermería*, Barcelona, Rol.
- MARTÍN GONZÁLEZ, A. (1988), "*Psicología Humanística, animación sociocultural y problemas sociales*", Madrid, Popular.
- MARTÍN, J. et al. (2000), "Estudio de la personalidad en estudiantes de enfermería", en *Rol de Enfermería* 23(9): 643-646.
- MARTÍNEZ ARCE, M .J. et al (2004), "¿Esperan pacientes y familias aquello que realmente ofrecemos? en: *Rol de Enfermería* 27 (9), 19-22.
- MARTÍN PÉREZ, J. G. et al. (2001), « Técnicas de asesoramiento o counseling en la infección VIH", en *Hygia* 48: 40-42.
- MARTÍNEZ OLMO, F. (2002), *El cuestionario. Un instrumento para la investigación de las Ciencias Sociales*, Barcelona, Laertes.
- MARTÍNEZ PAMPIEGA, A. y MARROQUÍN PÉREZ, M. (2000), *Desarrollo de habilidades sociales*, Bilbao, Mensajero.
- MARROQUÍN, M. (1991), *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff*, Bilbao, Mensajero.
- MARROQUÍN, M. (2002), *La empatía redimensionada: la compleja evolución de un concepto*, Comillas, Universidad Pontificia Comillas.
- MASLOW, A. (1991), *Motivación y personalidad*, Madrid, Díaz de Santos.
- MASLOW, A. (2000), *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*, Barcelona, Kairos, (13ª edic).

- MEDINA, J. L. (1995), *La pedagogía del cuidado: racionalidad, tradición y poder en el currículum de enfermería. Un estudio interpretativo*, Tesis doctoral dirigida por María Pla Molins, Barcelona, Teseo.
- MEDINA, J. L. (1999), *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*, Barcelona, Laertes- Psicopedagogía.
- MEDINA, J. y SANDIN, E. (1994), "La enfermería: una breve aproximación sociológica. Desde, dónde, y hacia dónde", en: *Cultura de los Cuidados*, VI (11), 30-39.
- MELENDO, M. (2005), *La escucha*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- MENDOZA, B. et al (1996), "Comunicación, interacción y relación de ayuda como pilares del liderazgo socioemocional", en: *II Simposio Nacional de Estudiantes de Enfermería en Pamplona*, Pamplona, Newbook, 209-218.
- MERCADO, F. J. et al (2002a), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa. Una antología iberoamericana*, México, Universidad de Guadalajara.
- MERCADO, F. J. et al (2002b), *Investigación cualitativa en salud iberoamericana. Métodos, análisis y ética*, México, Universidad de Guadalajara.
- MESTRE, V. et al. (2004), "La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index", en *Psicothema* 16(2): 255-260.
- MIRALLES SANGRO, M. T. (2001), "Visión antropológica del cuidado", en *Hiacles* 6(8): 588-589.
- MIRET, E. (2001), "La profesión de humanizar", en *Alzheimer* 23: 13.
- MORA, G. (1986), "Análisis de la problemática en la relación enfermera-enfermo en la U:C:l", en *Rol de Enfermería* 93: 41-47.
- MORENO, C. et al. (1999), "¿Hasta dónde la relación de ayuda?: a propósito de una experiencia", en *Metas de Enfermería* II (17), 8-11.
- MORSE, J. M. (Ed.) (2005), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*, Publicaciones de la Universidad de Alicante, Monografías.
- MUÑOZ et al. (1999), "La experiencia de familiares cuidadores de pacientes que sufren alzheimer y competencias del profesional de enfermería", en *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2): 35-49
- NAVARRO SERER, M. 2004), *Diseño y Evaluación de un Programa de Intervención Familiar con Padres de Niños Ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos "DEPIF-UCIPs"*, Valencia, Tesis Doctoral, Universidad de Valencia. Facultad de Psicología.
- NOTIVOL, M. P. (1991), "La enfermera clínica y el método fenomenológico", en *Enfermería Clínica* 1(5): 133.
- NOVALES, M. V. et al. (1998), "Experiencia de organización de las enseñanzas prácticas en la materia de enfermería comunitaria desde el modelo de cuidados de H. Peplau", en *Metas de Enfermería* 2: 33-44.

- NOVEL, G. et al (1985), "Actitudes de enfermería que fomentan o impiden la asistencia adecuada a los pacientes", en *Rol de enfermería*, 88: 69-73.
- NOVEL, G. et al. (1998), "Asertividad y fomento de la salud mental" en *Rol de Enfermería* 116: 46-50.
- OJEDA, B. (1997), "Tranformacões paradigmáticas do cuidado a partir do "mundo-vivido" de enfermeiros pediatras", en *Gaúcha de Enfermagem* 18(1): 63-70.
- ORB, A. (2007), *Fenomenología e investigación en Enfermería*, en *Metas de Enfermería*, 10(3): 14-19.
- OKUN, B. (2001), *Ayudar de forma efectiva (Counseling: técnicas de terapia y entrevista)*, Barcelona, Paidós.
- ORTEGA CALVO, M. (1993), "La pedagogía clínica como una nueva rama del humanismo médico: aspectos de la no directividad", en *M. Clínica* 100(3):107-109.
- ORTEGA RUÍZ, P. y MÍNGUEZ VALLEJOS, R. (2001), *Los valores en la educación*, Barcelona, Ariel.
- OSORIO, F. (1999), "El científico social entre la Actitud Natural y la Actitud Fenomenológica", en *Cinta de Moebio*, 5. www.rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/05/frames02.htm
- ORTIGOSA PEROCHENA, J. (2002), "La terapia centrada en la persona", en *Dossier especial centenario de Carl Rogers Miscelánea Comillas* 117: 395-460.
- PADES, A. (2004), *Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención*, Tesis doctoral dirigida por Victoria Aurora Ferrer Pérez, Universidad Illes Balears
- PAGANO, M. P. (1992), *Communication skills for professional nurses*, Newbory Park, Sage.
- PANGRAZZI, A. (2000), *Girasoles junto a sauces. En diálogo con los enfermos*, Santander, Sal Terrae.
- PARTERA, M. et al. (2003), "Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre", en: *Enfermería Clínica* 13(5), 313-320.
- PASCUAL, G. (2003), "El counseling en el cuidador del paciente con demencia", en *Geriatría* 19(4): 110-112.
- PASCUAL LOPEZ, A. (2003), "Cuidados Paliativos" en *Humanitas* 1(1): 71-78.
- PATTERSON, C.H. (1985), *Teoría del counseling y psicoterapia*, Bilbao, Desclée Brouwer. 6ª ed.
- PEÑACOBBA, C. et al. (2003), "Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería: propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC)", en *Clínica y Salud* 14(2): 129-155.
- PEPLAU, H. (1990), *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco conceptual para la enfermería psicodinámica*, Barcelona, Salvat.

PEPLAU, H. y OREM, D. (2003) *Aportaciones teóricas de dos maestras de los Cuidados*, Madrid, Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

PÉREZ, A. et al. (2002), "Valores y relación de ayuda en enfermería. Supuestos previos para su enseñanza, en Salud y Cuidados, <http://www.saludycuidados.net/numero2/valores.htm>.

PÉREZ ANDRÉS, C. et al. (2002), "La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión", en *Revista de Enfermería de Salud Pública* 76:517-530.

PÉREZ SERRANO, G. (2004), *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*, Madrid, La Muralla, Vol.I, (3ª ed.).

PÉREZ SERRANO, G. (2004), *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*, Madrid, La Muralla, Vol. II, (3ª ed.).

PERTEGUER, I. (2003), "La interacción padre-niño-enfermera en la unidades de cuidados intensivos pediátricos. Una relación de ayuda especial", en: *Tempus Vitalis* 3, (1).

PIQUÉ PRADO, E. y POZO FLORES, J. A. (1999), "Enfermería y paciente terminal: perspectiva antropológica", en *Metas de Enfermería* II (18): 47-51.

PONSA, M. (2000), "Test Proyectivo Arah (Avaluació de la Relació d'Ajuda Hospitalaria)", en *Index de Enfermería* XI (28-29), 93.

POVEDA DE, A. (1998), "Información al paciente terminal: un reto antropológico", en *Jano* 009: 93-106.

QUERO, A. (2004), "Formación, humanismo y humanización", en *Metas de Enfermería* 7(3): 55-58.

RAJA, R. et al. (2002), "Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal sanitario (PS) ante la muerte", en *Cuadernos de Medicina Forense* 29(29): 21-36.

REYES, I. (2003), "Relación Filosófica de las Teorías en Enfermería", en *Enfermería 21*, www.enfermería21.com/listametas/Relacion_filosofica_de_IsidoraReyes.doc

RIBEIRO, L.; SALETE, BESSA, M y PINHEIRO, M. (2004), "Fenomenologia Fenômeno Situado: opção metodológica para investigar o humano na área da saúde", en *Revista Enfermagem Escola Anna Nery* 8(3): 348-353.

RIBOT CATALÁ, M.A. et al (2000), "Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas", en *Atención Primaria*, 25: 343-348.

RIHEL-SICA, J. (1992), *Modelos Conceptuales de Enfermería*, Barcelona, Doyma.

RIOPELLE, L. et al (1993), *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*, Madrid, Interamericana-McGraw-Hill

ROBLES, L. ((2002), "La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales", en MERCADO, J.

et al (2002), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*, México, Universidad de Guadalajara.

ROCA VILLANUEVA, E. (2003), *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*, Valencia, ACDE Psicología, 3º ed.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. et al (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, Aljibe, (2ª ed.).

ROGERS, C. y KINGET, G. (1971a), *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*, Barcelona, Alfaguara, Tomo I.

ROGERS, C. y KINGET, G. (1971b), *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*, Barcelona, Alfaguara, Tomo II.

ROGERS, C. (1986.), *Psicoterapia centrada en el cliente*, Barcelona, Paidós.

ROGERS, C. (1989), *El proceso de convertirse en persona*, Barcelona, Paidós. 6ª ed.

ROJO, M. et al. (2000), "Las actitudes éticas del cuidado, desde la percepción de los pacientes mayores en diálisis", en *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 3(3): 18-21.

RODRIGUEZ GÓMEZ, G. (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga, Aljibe.

RODRÍGUEZ MATEO, M. (1997), "Relación de ayuda en los cuidados de enfermería", en: *Cosas Enfermería* 11, 17.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, E. (2002), "Una experiencia de relación de ayuda a 100 familias rurales", en *Labor Hospitalaria* 263: 46-52.

RUBIO, M. L. et al. (2001), "Dilemas éticos en el cuidado de un paciente terminal: una visión desde la asistencia primaria", en *Atención Primaria* 27(9): 621-622.

RUDNER, H.L. et al. (1990), "Evaluating family counselling skills training for family practice", en *Medicine Education* 25(5): 461-466.

RUÍZ, M. J. (1999): "Condicionamientos socio-culturales de la humanización", en *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, Santander, Sal Terrae (J.C. Bermejo (ed.)).

RUÍZ OLABUÉNAGA, J. I. (1999), *Metodología de la Investigación cualitativa*, Bilbao: Universidad de Deusto.

RUÍZ MORAL, R. (2000), "Fundamentos para un análisis de la experiencia de enfermedad del paciente", en *Medifan* 10(6): 361-368.

SALVADOR, C. y CEQUIEL, C. (1986), "Comunicación eficaz: una garantía de mejores cuidados", en: *Nursing* 4(7), 79-86.

SAN MARTÍN, H. (1985), *La crisis mundial de la salud*, Madrid, Ciencia 3, 2ª ed.

SANCHES, L. y BOEMER, M. (2002), "O convivo com a dor: um enfoque existencial", en *Revista Escola de Enfermagem USP*, 36 (4): 386-393.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, N. y ORTEGA, C. (1991), "La relación de ayuda, qué es y qué no es", en: *Enfermería Universidad de Albacete* 2, 169-179.

SÁNCHEZ RIESCO, O. (2001), "Implicaciones educativas de la inteligencia emocional", en *Psicología Educativa* 7(1): 5-27.

SANDRIN, L – BRUSCO, A. – POLICANTE, G. (1992), *Comprender y ayudar al enfermo: elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*, Madrid, Paulinas.

SANTOS GUERRA, M. A. (1990), *Hacer visible lo cotidiano*, Madrid, Akal.

SANZ, J. (2000), "El factor humano en la relación clínica", en *Medicina Clínica* 114(6): 222-226.

SEGRERA, A. (2002), "El enfoque centrado en la persona, en el centenario de su fundador" en *Dossier Especial Centenario de Carl Rogers, Miscelánea Comillas* 117: 395-460.

SILVA, L. y DAMANESCO, M. (2001), "Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem", em *Rev. Bras. Enfermagem*, 54, 3: 475-481

SCHANABEL, M. y KRAMER, V. (2004), "Nurse counseling: Autonomy and environment of patients form the basis", en: *Pflege-Zeitschrift* April 57 (4), 237-41.

SELLMAN, D. (2005), "Towards and understanding of nursing as a response to human vulnerability", en *Nursing Philosophy* 6(1): 2-10.

SMOOT, J.L. y GONZALES, J.L. (1995), "Cost-effective communication skills training for state hospital employees", en *Psychiatry Service* 46(8): 819-822.

SPECTOR, R. (2003). *Las culturas de la salud.*, Castellano. Pearson Educación. Madrid. 1º ed.

SAWATZKY, R. y PESUT, B. (2005), "Attributes of spiritual care in nursing practice", en *Journal Holistic Nursing* Mar 23(1): 19-33.

SIERRA BRAVO, R. (1983), *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*, Madrid, Paraninfo.

SOUZA, A.M. (2002), "Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos", en MERCADO, F. J. et al (2002a), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa. Una antología iberoamericana*, México, Universidad de Guadalajara.

TAPIAS, P. et al. (2000), "Estudio de un caso oncológico", en: *Metas de Enfermería* II (23), 46-49.

TARRÉS CHAMORRO, S. (2001), "El cuidado del "otro". Diversidad Cultural y enfermería transcultural", en *Gazeta de Antropología*, 17: 15-17.

TÉLLEZ A. (2002), *Las mantecaeras de estepa. Un trabajo antropológico sobre una industria local*, Ayuntamiento de Estepa y Diputación Provincial de Sevilla.

TIMMINS, F. y MacCabe, C. (2005), "Nurses' and midwives' assertive behaviours in de workplace", en: *Journal of Advanced nursing* Jul 51(1), 38-45.

TOMAS, B. y WIRNITZER, B. (2001), "Nurse Counseling in the Munich-Neuperlach Hospital: patient and nurses in a new role", en: *Pflege- Zeitschrift* Jul 54(71), 469-73.

TORRALBA I ROSELLÓ, F. (1998), *Antropología del cuidar*, Madrid, Fundación MAPFRE Medicina: Instituto Borja de Bioética.

TORRALBA Y ROSELLÓ, F. (2000), "Filosofía del Cuidar", en *Mapre Medicina* 11(2): 101-110.

TRIGUEROS, P. y SAN MARTÍN, M. (1999), "El despertar de Melenara, en relación de ayuda", en: *Primeras Jornadas Palentinas de Enfermería en Atención Primaria en Carrión de los Condes*, 141-148.

ULLA DÍEZ, S. (2002), "Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general", en: *Enfermería Clínica* 12 (5), 217-223.

URBINA, O. et al. (2003), "El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista", en *Educación Médica Superior*, 17, 3. www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

URIARTE, T. et al. (1996), "Cuidados de enfermería en enfermos urológicos. Funciones Independientes. Relación de ayuda", en: *Enfermería Urológica* 59, 28.

VACAS, M. (2001), "Gestionar el proceso de cuidar: una propuesta para innovar la prestación de cuidados", en *XXI Sesiones de Trabajo de la AEED*, Sevilla 6-7-8 Marzo 2000.

VALLES, M. S. (1997), *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid, Síntesis Sociológica.

VALLES, M. S. (2002), *Entrevistas cualitativas*, Madrid, CIS, Cuadernos Metodológicos, 32.

VALS, R. (1993), *Diseños de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería*, Tesis doctoral dirigida por Joseph M. Puig Rovira, Barcelona, Teseo.

VEGA, A. (2000), *Une ethnologue á l'hôpital. L'ambigüité du quotidien infirmie*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

WATSON, J. (1992), *Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson*, en RIHEL-SISCA (Ed.) *Modelos Conceptuales de Enfermería*, Barcelona, Doyma.

WATSON, J. (1999), "Measuring dreaming as a beyond waking experiencie in Rogers´s conceptual model", en *Nursing Science Quarterly* 12(3): 245-250.

WESLEY, R. (1997), *Teorías y Modelos de Enfermería*, Mexico, McGraw-Hill Interamericana, (2ª ed)

WEIHS, K. y CAHAPADO, J.T. (1986), "Interviewing skills training—a stuy", en *Socology Science Medical* 23(1): 21-34.

WILLAING, I. y LADELUND, S. (2005), "Nurse counseling of patiens whit an overconsumption of alcohol", en: *Journal of Nursing Scholarship* 37(1), 30-35.

YAGÜE, C. (1999): "El estrés y el "burn-out" en enfermería", en *Salir de la noche. Por una enfermería humanizada*, Santander, Sal Terrae (J.C. Bermejo (ed.)).

ZABALEGUI, A. (2005), "Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática", en *Enfermería Clínica* 15, 17-24.

ZOUCHÁ, R. (1999), "La utilización de métodos cualitativos en enfermería", en *Cultura de los cuidados*, 3(6): 80-85.

ANEXO I

CARTA A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

A/A: Dra. Esther Capitán Guarnido. Directora gerente del Hospital Morales Meseguer

La investigación *la relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión* es un proyecto de tesis doctoral, que pretende un acercamiento a las experiencias y vivencias personales de los enfermeros/as que trabajan diariamente con pacientes oncológicos y afectados de sida, para explorar y comprender cómo tiene lugar el proceso de relación de ayuda como parte fundamental del bien intrínseco de la profesión. Identificar las estrategias que desarrollan para abordar la relación de ayuda con el paciente y la familia, detectar las dificultades específicas que encuentran y explorar la formación adquirida en torno a la cuestión es, a nuestro parecer, una vía adecuada para la mejora de los cuidados enfermeros en pacientes terminales y su familia.

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación deseamos realizar llevarla a cabo en la Unidad de Hospitalización de Onco-Hematología (H2I), Unidad de enfermedades Infecciosas (H2D), Unidad de Transplantes (H5CN) y Hospital de Día Médico, utilizando una metodología cualitativa a partir de las entrevistas individuales en profundidad y los grupos de discusión como instrumentos de recogida de datos, teniendo en cuenta que en estas unidades de análisis se encuentran hospitalizados un tipo de pacientes en situaciones de crisis donde el proceso de relación de ayuda de los profesionales de enfermería que están directamente en contacto con ellos, adquiere una significación especial. Con este motivo nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en este proyecto y para pedirle su consentimiento para que sea llevado a cabo en el hospital que usted dirige en calidad de gerente.

Esperamos que esta investigación, redunde en un mejor conocimiento de la *competencia relacional* de enfermería y, por ende, en una optimación de la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a los pacientes terminales y su familia.

Agradecido de antemano, reciba un cordial saludo.

Fdo. Miguel Ángel Cánovas Tomás
Enfermero H4DP, Hospital Morales Meseguer
Tlf: 615338820. E-mail: mcanovastomas@yahoo.es

ANEXO II

CARTA A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITAL MORALES MESEGUER

A/A: D. Antonio Sidrach de Cardona. Director de Enfermería del Hospital Morales Meseguer.

La investigación *la relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión* es un proyecto de tesis doctoral, que pretende un acercamiento a las experiencias y vivencias personales de los enfermeros/as que trabajan diariamente con pacientes oncológicos y afectados de sida, para explorar y comprender cómo tiene lugar el proceso de relación de ayuda como parte fundamental del bien intrínseco de la profesión. Identificar las estrategias que desarrollan para abordar la relación de ayuda con el paciente y la familia, detectar las dificultades específicas que encuentran y explorar la formación adquirida en torno a la cuestión es, a nuestro parecer, una vía adecuada para la mejora de los cuidados enfermeros en pacientes terminales y su familia.

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación deseamos realizar llevarla a cabo en la Unidad de Hospitalización de Onco-Hematología (H2I), Unidad de enfermedades infecciosas (H2D), Unidad de Transplantes (H5CN) y Hospital de Día Médico, utilizando una metodología cualitativa a partir de las entrevistas individuales en profundidad y los grupos de discusión como instrumentos de recogida de datos, teniendo en cuenta que en estas unidades de análisis se encuentran hospitalizados un tipo de pacientes en situaciones de crisis donde el proceso de relación de ayuda de los profesionales de enfermería que están directamente en contacto con ellos, adquiere una significación especial. Con este motivo nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en este proyecto y para pedirle su consentimiento para que sea llevado a cabo en el hospital que usted dirige en calidad de gerente.

Esperamos que esta investigación, redunde en un mejor conocimiento de la *competencia relacional* de enfermería y, por ende, en una optimación de la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a los pacientes terminales y su familia.

Agradecido de antemano, reciba un cordial saludo.

Fdo. Miguel Ángel Cánovas Tomás
Enfermero H4DP. Hospital Morales Meseguer
Tlf: 615338820. E-mail: mcanovastomas@yahoo.es

ANEXO III

CARTA AL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

Miguel Ángel Cánovas Tomás

Doctorando de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia

Título: *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la Competencia Relacional en el ejercicio de la profesión.*

A/A Dra. Rosa Ramos Guevara

Presidenta Comité Ético de Investigaciones Clínicas

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Asunto: solicitud para la valoración ética del proyecto de investigación

Estimada Dra. Ramos:

Me dirijo a usted con el fin de obtener de su parte, valoración ética del proyecto de investigación el cual desarrollo como doctorando, dentro del programa Educación y Valores de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia.

Se trata de un proyecto de tesis doctoral, que pretende un acercamiento a las experiencias y vivencias personales de los enfermeros/as que trabajan diariamente con pacientes oncológicos y afectados de sida, para explorar y comprender cómo tiene lugar el proceso de relación de ayuda como parte fundamental del bien intrínseco de la profesión. Identificar las estrategias específicas que desarrollan para abordar la relación de ayuda con el paciente y la familia, detectar las dificultades específicas que encuentran y explorar la formación adquirida en torno a la cuestión es, a nuestro parecer, una vía adecuada para la mejora de los cuidados enfermeros en pacientes terminales y su familia.

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación, deseamos llevarla a cabo en la unidad de hospitalización de Onco-Hematología (H2I) Unidad de enfermedades Infecciosas (H2D), Unidad de Transplantes (H5CN) y Hospital de Día Médico, utilizando una metodología cualitativa a partir de las entrevistas individuales en profundidad y los grupos de discusión como instrumentos de recogida de datos, teniendo en cuenta que en estas unidades de análisis se encuentran hospitalizados un tipo de pacientes en situaciones de crisis donde el proceso de

relación de ayuda de los profesionales de enfermería que están directamente en contacto con ellos, adquiere una significación especial.

Esperamos que esta investigación, redunde en un mejor conocimiento de la *competencia relacional* de enfermería y, por ende, en una optimación de la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a los pacientes terminales y su familia.

Adjunto a esta solicitud, protocolo de investigación.

Agradecido de antemano, me pongo a su disposición para proporcionarle una información más exhaustiva sobre el objetivo y metodología del proyecto.

Esperando su respuesta, reciba un cordial saludo.

Fdo: Miguel Ángel Cánovas Tomás
Enfermero H4DP, Hospital Morales Meseguer.
Teléfono: 615338820
E-mail: mcanovastomas@yahoo.es



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

D^a. ROSA MARIA RAMOS GUEVARA y D^a. MARIA DOLORES NAJERA PEREZ COMO PRESIDENTA Y SECRETARIA DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO "J. M^a MORALES MESEGUER", DE MURCIA

CERTIFICAN:

Que tras valorar las aclaraciones del AVAL ETICO 04/07: "La relación de ayuda en enfermería. Una lectura fenomenológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión".

Investigador principal: D. Miguel Ángel Cánovas Tomás.
Enfermero Unidad de Urología-Oftalmología del Hospital Morales Meseguer.

Consideran que:

Son adecuados los procedimientos técnicos utilizados y que no vulneran la normativa ética vigente. Por tanto concede el aval ético solicitado.

Lo que firman en Murcia, a 6 de junio de 2007

FD



Fdo.: Dra. Rosa M^a Ramos Guevara
Presidenta

Fdo.: Dra. M^a Dolores Najera
Secretaria

ANEXO IV

ESTADÍSTICOS DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

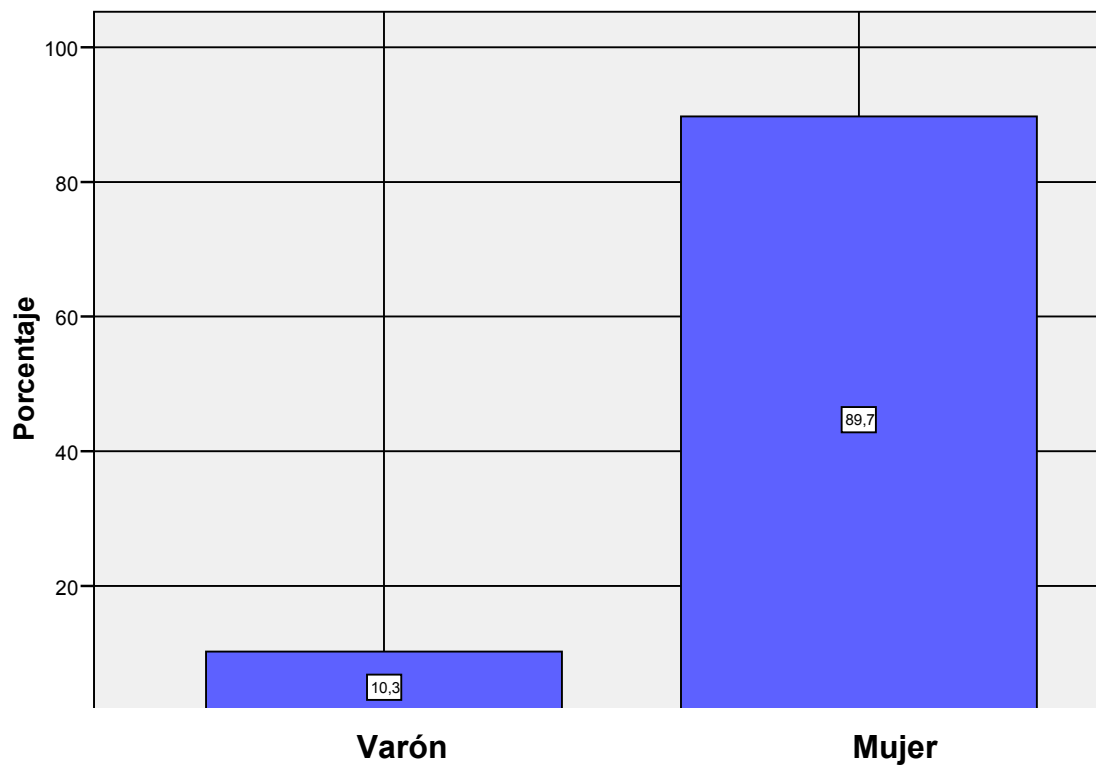
Edad

N	Válidos	39
	Perdidos	0
Media		31,8974

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	4	10,3	10,3	10,3
	Mujer	35	89,7	89,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

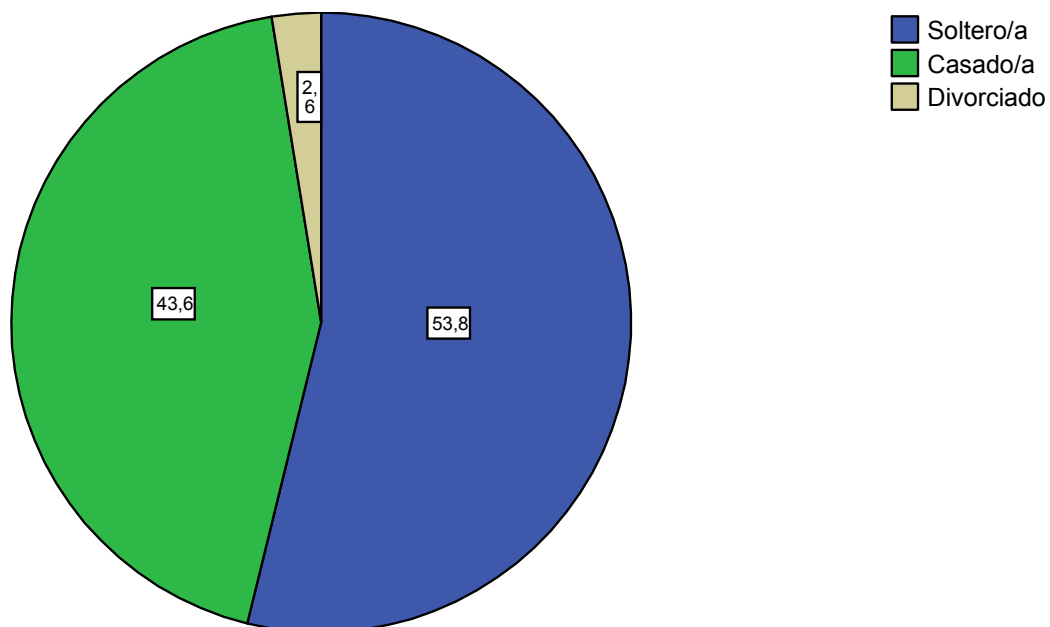
Sexo



Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	21	53,8	53,8	53,8
	Casado/a	17	43,6	43,6	97,4
	Divorciado	1	2,6	2,6	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

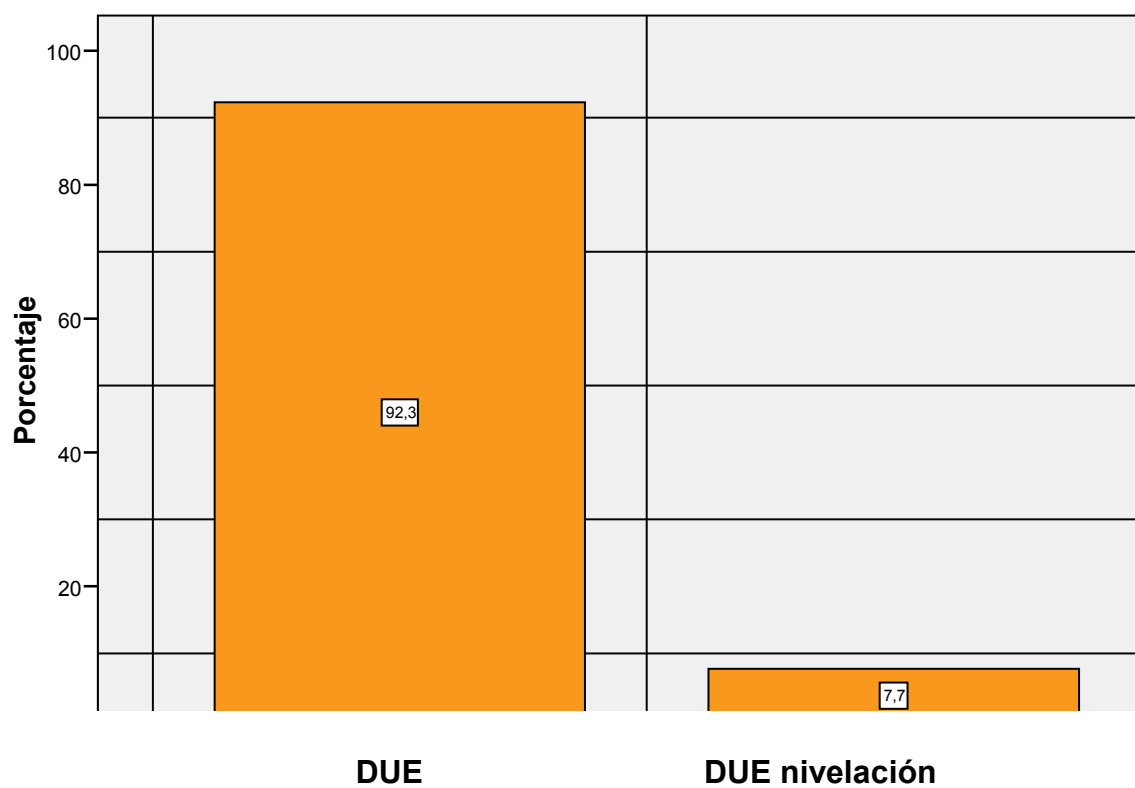
Estado Civil



Nivel de Estudios

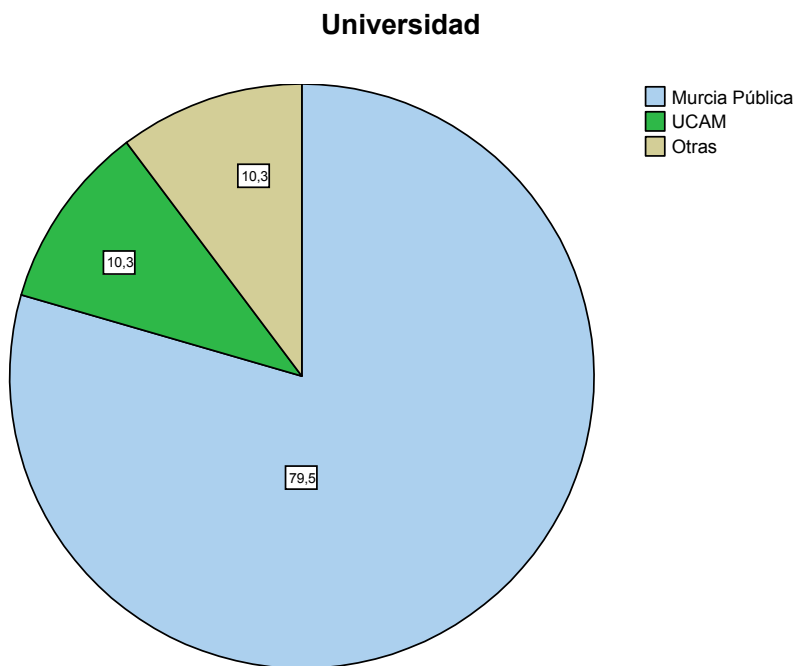
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Due	36	92,3	92,3	92,3
Due por Nivelación	3	7,7	7,7	100,0
Total	39	100,0	100,0	

Nivel de Estudios



Universidad

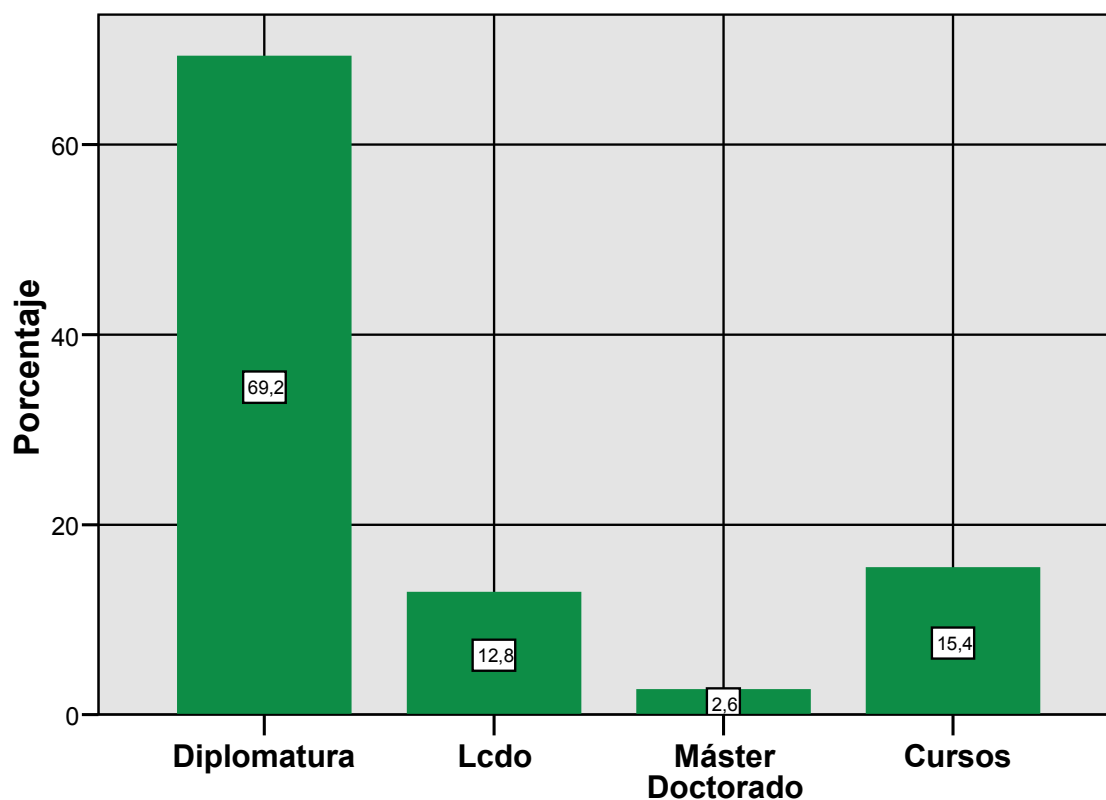
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Murcia Pública	31	79,5	79,5	79,5
	UCAM	4	10,3	10,3	89,7
	Otras	4	10,3	10,3	100,0
	Total	39	100,0	100,0	



Grado Académico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Diplomatura	27	69,2	69,2	69,2
	Lcdo	5	12,8	12,8	82,1
	Máster Doctorado	1	2,6	2,6	84,6
	Cursos comunicación/rda	6	15,4	15,4	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

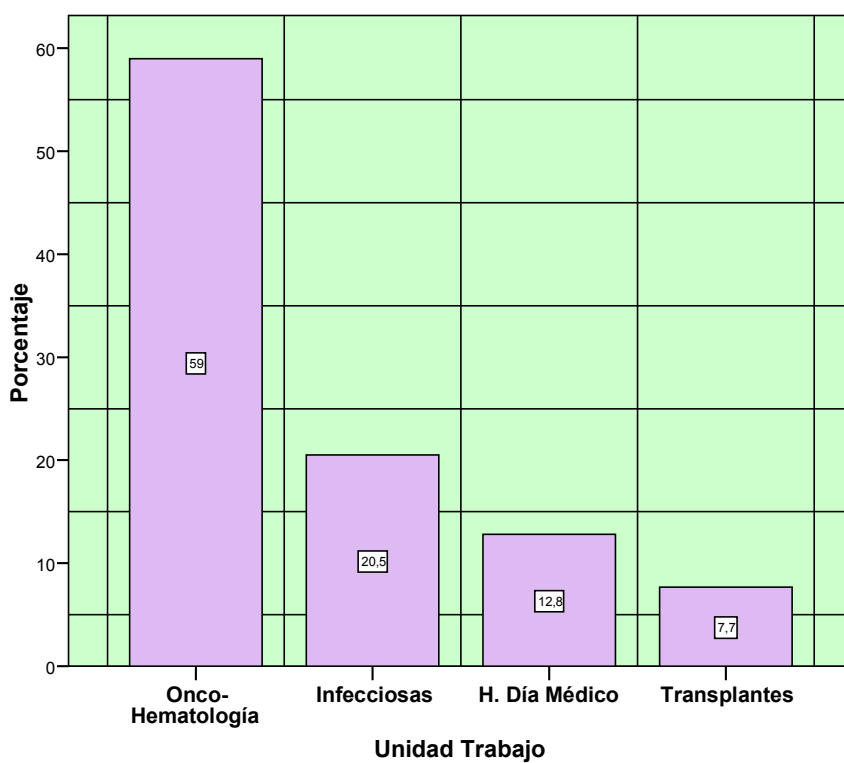
Grado Académico



Unidad Trabajo

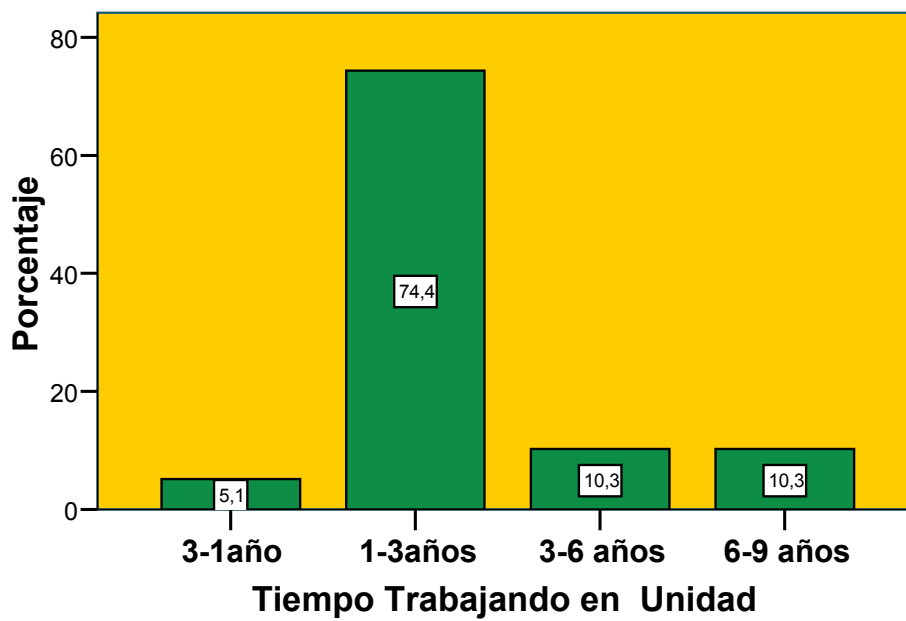
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Onco-Hematología	23	59,0	59,0	59,0
	Infeciosas	8	20,5	20,5	79,5
	H. Día Médico	5	12,8	12,8	92,3
	Transplantes	3	7,7	7,7	100,0
	Total	39	100,0	100,0	

Unidad Trabajo

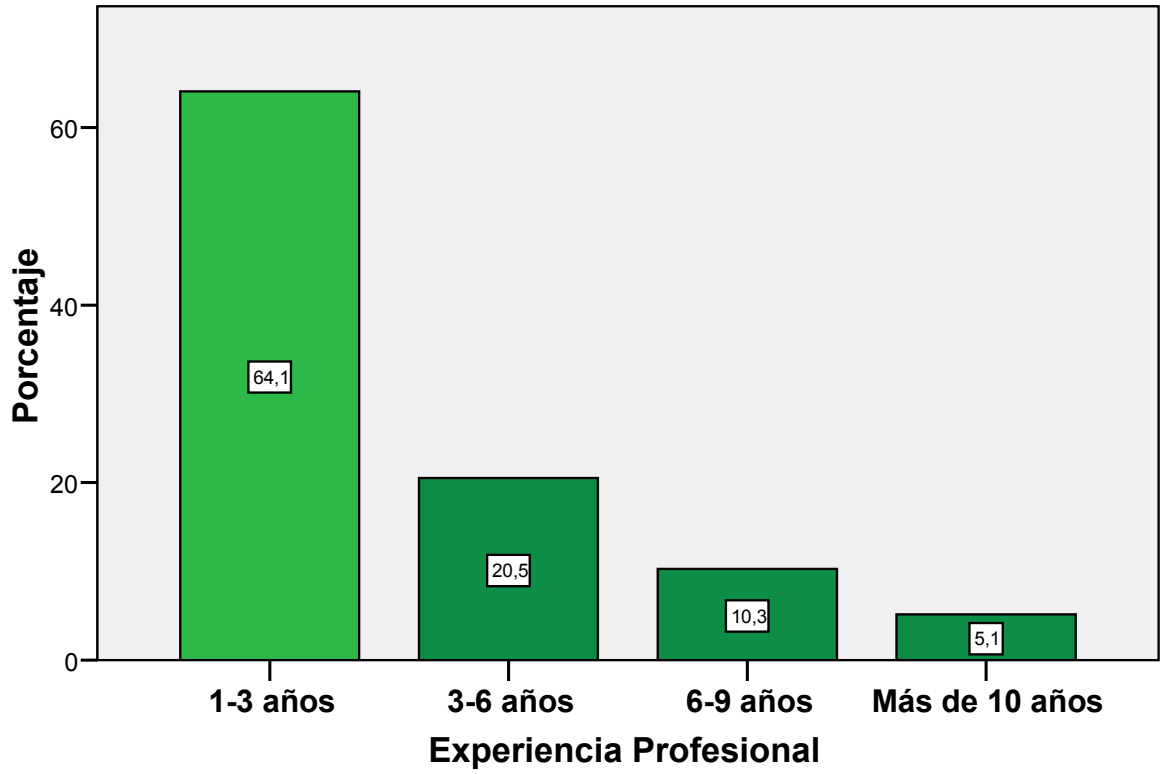


		Tiempo Trabajando en Unidad	Experiencia Profesional
N	Válidos	39	39
	Perdidos	0	0
Media		1,2564	1,5641

Tiempo Trabajando en Unidad



Experiencia Profesional



Año Final de Carrera

N	Válidos	39
	Perdidos	0
Media		1997,8974

Año Final de Carrera

