

04

artículo

Ramón Casals [Buscar autor en Medline]

Enfermero clínico. Miembro del Grupo Comunicación y Salud.



Plantearnos la comunicación en enfermería en atención primaria como relación de ayuda

Parece que soplan vientos de cambio. Dicen que el estado del bienestar está llegando a sus límites y que tendremos que apretarnos el cinturón.

Yo no sé si es cierto, pero cuando el río suena, agua lleva y.... como dice el refrán, "Cuando veas las barbas de tu vecino afeitar, pon las tuyas a remojar", así que...

Aplicado al mundo de la enfermería, si parece ser cierto que se empiezan a cuestionar los servicios que ofrecen nuestras carteras de enfermería, y se busca con afán demostrar su efectividad a la par que nuevas opciones de servicios.

Entre las nuevas posibilidades parecen estarse contemplando.... y..... y quizás..... pero yo ni soy político ni planificador y eso lo dejaremos para ellos.

Lo que si me mueve a escribir estas líneas es que, sean cuales sean nuestras funciones y cartera de servicios, cada vez van a ser más necesarias para su desarrollo las habilidades comunicativas, como habilidades básicas, equiparables a la calidad del desarrollo de las "técnicas", y corríjanme si me equivoco.

Las habilidades comunicativas también pueden aprenderse. Nadie nació enseñado y no todos las hemos desarrollado al crecer por igual, ni nos sentimos igual de capacitados para comunicarnos "satisfactoriamente" en algunas situaciones.

Y van muy unidas a las habilidades sociales de las que va a ser necesario aprender para, por una parte, poder estar a la altura de las expectativas de la ciudadanía a la que atendemos, y por otra para no desgastarnos "en balde" con numerosos "roces" evitables.

Me refiero a las expectativas de ser atendido "dignamente" que se han desarrollado y crecido en nuestra sociedad con los avances del espíritu democrático, de la igualdad de todos, éticamente hablando, y que cada vez más va a relegar a aquellos profesionales que sigan entendiendo su papel de "cuidar" desde una óptica más paternalista que "adulta".

Y con "roces" evitables me refiero a esas situaciones casi diarias en las que los profesionales nos sentimos "agredidos", o quizás "insultados", e incluso a veces quizás "maltratados", por personas (usuarios o compañeros) que descargan en la relación su malestar de forma poco "delicada" o "cuidadosa".

Y es que tenemos una muy gran sensibilidad (por eso nos gusta el trato con la gente y hemos escogido la profesión de cuidar de ell@s cuando acuden a nosotros). Pero me pregunto si nos hemos parado a pensar que en el desarrollo de nuestro rol profesional entra el entender que tratamos con personas que en su vivencia de enfermedad (los usuarios) o de sobrecarga asistencial (los compañeros) se expresan de forma alterada como tiene derecho a estar cualquier persona en esas situaciones descritas.

A mi modo de ver, reaccionar como personas ofendidas tiene un alto desgaste emocional para cada afectado y para la relación entre ambos, mientras que responder como profesionales que entienden que en numerosas ocasiones cuando las personas viven esas situaciones se expresan emocional y conductualmente de forma "anómala", nos da una profesionalidad y una calidad humana que satisface a ambas partes y refuerza la relación terapéutica. *Por ejemplo, como lo sabríamos de una úlcera vascular que empezamos a tratar en grado II y debe crecer en tamaño para regenerar tejido, y no nos alarmamos como posiblemente le pase al neófito que piensa que está creciendo y por tanto empeorando.*

Además, entender "eso" y "no reaccionar mal" a esos posibles "roces", y saber "capear la posible supuesta embestida" forma parte del acerbo de las habilidades necesarias para el simultáneo desarrollo y aplicación de las técnicas de un buen cuidado enfermero (por no decir que en muchas ocasiones eso en sí mismo ya es "cuidado de altísima calidad").

bibliografía

1. Foucault, M.- Historia de la medicalización. En: Varela, J. y Uría, F. (Eds.). La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: Ed. La Piqueta. (1990).
2. Cornelles, J. M. - La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. En: Porta, M. y Alvarez Dardet, C. (Eds.). Revisões en Salud Pública (Vol. 3). Barcelona: Masson(1993), pp. 169-192 .
3. Donati, P.- Manual de Sociología de la Salud. Barcelona: Díez de Santos. (1987).
4. Uribe, Oyarbide, José Ma.- Educar y curar.- El diálogo cultural en atención primaria.- Ministerio de Cultura.
5. Medina, J. L.- La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes. (1999). [Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



Mi vida cambió (para bien) con el aprendizaje de habilidades comunicativas; mejoró con el aprendizaje de habilidades sociales y desde que terminé la Licenciatura en enfermería Clínica y Relación de ayuda, me está permitiendo comprender qué significa "acompañar" a nuestros consultantes por los caminos que ellos escogen transitar (con tanta frecuencia) "a pesar de nuestras recomendaciones" y que no son los que pensamos serían "idóneos".

¿Qué entiendo por Relación de ayuda?

Entiendo por Relación de Ayuda, aquel abordaje profesional interpersonal que concibe el cuidado como una experiencia donde la persona cuidada y la persona cuidadora se enriquecen mutuamente, supone un proceso de aprendizaje por ambas partes, sin que sea una tarea más a desarrollar, sino una actitud de "transacción" en la interacción de "aprender con", e implica, por tanto, un acto de humildad para reflexionar conjuntamente.

Me sumo a la acepción más existencialista en la que se ve al "Cuidado" como un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de capacidad.

Creo que el espíritu democrático se basa en la igualdad de los seres humanos, y exige Respeto y Empatía entre quienes se acercan a un encuentro en condición de iguales, y así debe ser con cada uno de los diferentes miembros de la Comunidad a la que atendemos, tenga la situación que tenga. Cada cual por su parte trae sus vivencias y su saber; y compartimos nuestras experiencias, temores, expectativas, repercusiones y sentido de la situación.

Eso implica a su vez, que cada cual asume su parte de responsabilidad en el proceso salud-enfermedad por el que se relacionan y creo que incluye el reconocimiento del estadío vital y la búsqueda conjunta del sentido de la experiencia vivida; la investigación y posterior detección de sus dificultades y recursos; el interés por los duelos y su análisis a través de las fases de Aceptación de la enfermedad y la muerte descritas por Kubler-Röss, como base para contrastar las experiencias del consultante con los conocimientos del profesional, ofreciéndoles mi comprensión, apoyo y "presencia" durante el proceso, que como tal puede durar lo que haga falta en cada caso. Destacaría que ambas partes se hacen responsables de su parte del proceso.

El estilo de trabajo es más en la línea de "acompañar descubriendo por ambas partes" que de "proponer", concretando eso de "ser útil" en "buscar consensuar el tipo de ayuda que quiere recibir y voy a dar". El sentido del trabajo tiene más función de crecimiento y maduración que de dirección. Y la herramienta más fundamental es el consenso, que no se impone al estilo post-dictadura (*o incluso más recientemente...*) , sino que se busca por ambas partes mediante la asertividad y la empatía. Este estilo de abordaje no descalifica a otros posibles, sino que ofrece posibilidades más amplias donde otros estilos no hallan salida.

Por otra parte, en esta década, se amplía más el concepto de salud que abarca ya todos los ámbitos posibles desde una perspectiva eco-sistémica (incluídos los medio-ambientales) y también la prevención en todos esos mismos campos, y la Asistencia Sanitaria busca opciones para responder a las inquietudes sociales.

En el abordaje de una persona con alguna enfermedad llamada "crónica", busco establecer la relación compartiendo vivencias, expectativas, temores y "sentido" de la experiencia. Busco compartir informaciones en todos los campos de la persona y de la salud; y consensuar planes de cuidados desde la igualdad de derechos y obligaciones, que la co-responsabilidad en el proceso de salud-enfermedad nos otorga.

Propongo plantear las relaciones laborales desde la perspectiva "qué podemos aprender Vd. y yo" en "cada uno" nuestros encuentros, puesto que la interacción subjetiva que el cuidado es, supone diálogo y construcción de significados compartidos y sobre todo respeto.

Hoy se dice que para educar además de transmitir información y argumentos, y más que eso, debe uno ver, antes que nada, qué moviliza de "sí mismo", con qué significado y en qué dirección.

Si nuestro arte es entender a las personas "en y desde su ambiente", los encuentros pueden mirarse como "presencia, espacio y tiempo"

- en los que la libertad encuentre su equilibrio con la vida;
- en los que aprender sea algo consustancial con el ambiente que se constituye y no algo forzado o "motivado";
- en los que cada uno pueda explorar y encontrar su camino personal, su deseo profundo,
- donde haya un ambiente lleno de posibilidades y experiencias llenas de sentido, ligadas a "vivir en sí", y no a "subsistir para";
- buscando entender cómo se puede acompañar el crecimiento de forma que no se frustren posibilidades,

- buscando que pueda seguir viviendo la fuerza del deseo que las mantiene vivas, y que son una manifestación de cómo las ganas del vivir cobran una orientación personal,

y ésa es una observación muy cuidadosa y amorosa de la percepción de algo que en muchos planos de nuestra sociedad hemos perdido. (Adaptado de "Partir de sí" de J. Contreras, en "La didáctica y organización Educativa.", Univ. de Barcelona, 2002).

Como además cada Comunidad tiene sus propias peculiaridades, planteo la necesidad de salir a conocerla en cada lugar en concreto (no solo visitar dentro de nuestros centros a quienes vengan, sino salir a trabajar fuera de los centros de salud), quizás perder el miedo y reorganizar nuestro trabajo dedicando 2 días por semana a estar en la comunidad, contactando con AA VV, con el Ayuntamiento, Centro cívicos o de barrio, de ancianidad y de jóvenes, para crear grupos de autoayuda, poder conocer las necesidades de los barrios.., y si para pasar del marco teórico a la práctica nos sentimos en dificultad, buscar la forma de resolverlo, trabajando conjunta y consensuadamente con los ciudadanos y ciudadanas, co-responsabilizarnos del trabajo en pro del mejor nivel posible, en cada lugar y momento, de eso llamado salud... sin perder de vista "la actitud gozosa" que implica tener salud.

También propongo desmedicalizar de la vida, incluir el autocuidado, promover la libertad de decisiones frente a los mensajes de control social, conscientes del paralelismo que hay entre el crecimiento madurativo personal y el social , y trabajar en ese sentido con cada miembro de la Comunidad y con cada "Entidad" que la comunidad pueda tener o promoviendo la creación de "Entidades" que respondan a las necesidades sentidas. También, aceptar cada vez más a la enfermedad como una forma de vida, y olver a las causas de la enfermedad (externas al individuo) y a la conducta humana.

Algunos pensamientos para resumir aspectos vistos:

- Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica. El que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente, sino dejarla ser.
- Cuidar a otro no es sustituirle (aunque a veces sea necesario) sino más bien ayudarle.
- No consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él, sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal.

De ello se deriva otro atributo que la mayoría de autoras identifican en el cuidado:

- La comprensión : Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro. Comprender supone la imposibilidad de considerar al otro como un objeto de atención ya que significa hacerse cargo, esto es, compartir la carga que el otro lleva y considerarlo como sujeto.

Nuevo paradigma de las prestaciones de salud

Planteo algunos interrogantes:

¿Qué nos está pasando en nuestra práctica asistencial?. Somos muchos los que nos sentimos poco resolutivos en ayudar a la gente a cambiar sus estilos de vida, y vivimos el modelo actual con sensación de fracaso.

¿En qué tipo de sociedad estamos y qué aspectos hemos fomentado?: Alguna de las características que podrían definirla, sería sumisa y dependiente. Se dice que los latinos pasamos medio día para gustar a los demás, mientras los anglosajones se pasan medio día para gustarse a sí mismos.

¿Cómo afecta esto a nivel de la salud, vida y maduración de la población?, ¿Hacemos promoción, prevención (*salir y dar a conocer*) , cuidados, docencia, investigación?: Como la dependencia genera pasividad, suele conllevar alta frecuentación (a menudo propuesta por nosotros) y gran pulsión hacia el consumo de prestaciones sanitarias.

¿Qué ha pasado con la maduración del colectivo?, ¿Qué responsabilidad y qué papel jugamos los profesionales de la salud?:

- A veces, por insuficiente capacidad de tolerancia, las personas tenemos comportamientos agresivos con quien no se comporta o no piensa como nosotros quisieramos..
- Por "maduración" me refiero a seguir el camino de la vida dando los pasos que haya que dar (sin IGNORAR o DESVALORIZAR realidades objetivas o subjetivas relacionada con sentimientos, pensamientos, comportamientos, actitudes), y en cada uno de ellos aprender a "ser, estar y existir", dándome cuenta de cómo me afecta cualquier cosa.

Creo que sería positivo potenciar "conexiones" con la vida real (cambiante e imprevisible) introduciendo más tolerancia..., reducir las "ansias de poder" personales, reducir miedos,

ser críticos con l@s "popes" de nuestro colectivo...

La **Relación de ayuda** supone un proceso de aprendizaje por ambas partes, sin que sea una tarea más a desarrollar, sino una actitud de "transacción" en la interacción de "aprender con", e implica, por tanto, un acto de humildad para reflexionar conjuntamente.

Me imagino a muchos pensando, ¿cuáles son los pasos a dar o el camino para aprender esto?.

Aportación personal

Cito a continuación (por si pueden servir de orientación) las conclusiones a las que personalmente llegué después de un análisis personal, y que van encaminadas a los puntos que debía revisarme para desarrollar más este "estilo".

- Aumentar la tolerancia hacia las ideas, sentimientos y vivencias de los demás, sobretodo cuando eran distintas y/o antagónicas con las mías;
- Bajar la reactividad con la que intervengo (ser menos directivo) y que me permita "darme cuenta" de dónde está la otra persona en relación a lo que estemos haciendo;
- Disminuir la prepotencia encaminándome más hacia compartir;
- Desarrollar la habilidad de reproducir las frases escuchadas sin manipularlas, aumentando mi atención centrada en la otra persona;
- Aprender a pedir permiso para entrar en temas personales (que son los que más me gustan);
- Continuar el trabajo de análisis para aprender nuevas formas de intervenir desde el respeto, desde la perspectiva centrada en la otra persona y no en mí y mis necesidades o "modelos de enfermería";
- Aprender a no mentir para manipular o convencer a la otra parte;
- No decidir por ell@s.



© Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003