

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

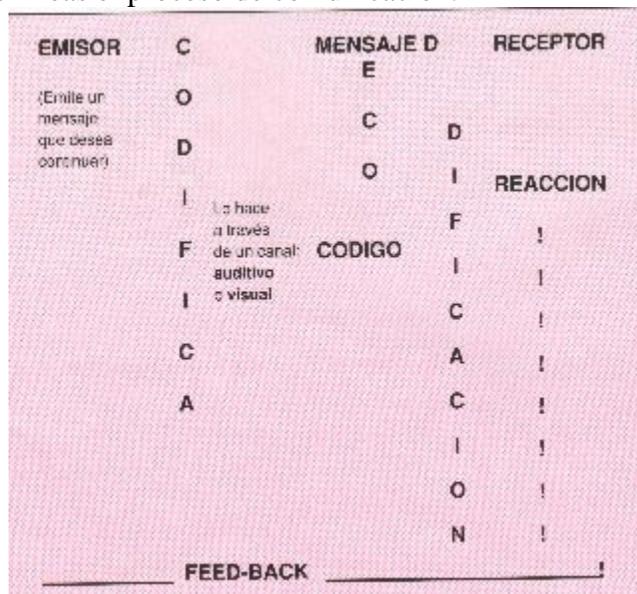
Luis Cibanal Juan

Profesor titulado en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Universidad de Alicante.

Escuchando a los colegas enfermeros / as sobre las actividades de cuidados que se realizan en las unidades de hospitalización y en las salas de hemodiálisis, hemos observado que encuentran dificultad a la hora de abordar al paciente en el área de la comunicación - relación y por consiguiente en el área de lo que llamamos psico-social-espiritual. Se evoca como argumento el no tener tiempo, cuando lo que a mi parecer está fallando es la falta de habilidad o de temor por parte del personal de enfermería para afrontar la demanda del paciente. Demandas que muchas veces no existen en la realidad, sino que vienen creadas por la imaginación de la enfermera y no por lo que realmente pide el paciente. Esta -la demanda en lo imaginario- pienso que es una de las principales barreras, obstáculo o excusa por las que no escuchamos al paciente.

EL ESQUEMA DE LA COMUNICACION

Recordemos a grandes líneas el proceso de comunicación.



PROCESO DE COMUNICACIÓN

Cuando un paciente decide comunicarse con el Enfermero es porque «necesita» hacerlo. Siempre es debido a que algo ocurre en su interior. Quiere algo, se siente molesto, siente algo acerca de alguna cosa, está deprimido por alguna razón (decimos que el organismo del paciente se encuentra en alguna clase de «desequilibrio»)

Vamos ahora a ver cada una de estas partes del proceso de la comunicación.

EL EMISOR

El Emisor. Es el comunicante, la persona que desea transmitir un Mensaje a un interlocutor.

El Emisor debe tener en cuenta ciertos aspectos muy importantes si realmente quiere ser comprendido sin ambigüedad ni tergiversaciones por el receptor para ello se le exige.

1. Expresar el Contenido

El Emisor debe ser claro, concreto y específico en el Contenido que quiere expresar. Por ejemplo, si el Paciente tiene miedo y le dice a la Enfermera «Aquí no os preocupáis de los enfermos» El Paciente no emite con claridad lo que él tiene (miedo) por tanto está codificando mal.

Codificar. Es el proceso mental del Emisor a través del cual traduce el Mensaje a unos signos capaces de ser reconocidos por el Receptor.

2. Expresar el Sentimiento

No basta con expresar el contenido, pues no sólo nos comunicamos a nivel de contenidos o de ideas o de pensamiento, es necesario que comunique su Sentimiento lo que él siente respecto a lo que está diciendo. El sentimiento dará al Receptor la gravedad del problema. Todos sabemos que un mismo mensaje varía según como lo viva cada uno. Por ejemplo, un paciente que no tiene visitas. Para uno es motivo de relajación, pues puede estar tranquilo, para otro de desesperación, porque se siente abandonado, aburrido, pensar que nadie le quiere, etc... Por tanto; El sentimiento nos dará la importancia del problema tal como lo vive el Emisor, no como lo vea el Receptor.

Canal. Es la vía comunicativa que escoge el Emisor para realizar la codificación. Los dos canales principales son: el acústico (palabras, sonidos, ruidos, suspiros, etc.) y el visual (escritura, gráficos, expresión corporal, señales, etc.) Pueden utilizarse varios canales simultáneamente; si se utilizan auténticamente no debe haber incongruencias entre los dos y en este caso aumenta su poder significativo.

Código o clave. Es la formulación concreta resultante del proceso de codificación, que consta de un conjunto de signos accesibles al Receptor.

Ruidos. Es todo aquello que puede dificultar la comprensión correcta del Mensaje por parte del Receptor, ya sea de naturaleza física (ejemplo, mala vocalización, pronunciar bajo, ruidos que hay en el entorno...) psicológica (por ejemplo, el cansancio, las preocupaciones, las inquietudes, etc. que hacen que el Emisor no emita lo que quiere emitir sino a veces con interpretaciones, proyecciones, etc.) o semánticas (por ejemplo usando palabras que el Receptor no conoce, o dándole un significado distinto del que puede entender el Receptor, etc.)

3. Expresar la demanda

Cuando uno emite algún mensaje, o comunica algo a otro siempre de manera implícita quiere o desea algo, es decir hay una demanda por su parte. Cuando esta demanda no aparece por parte del Emisor, hay el peligro de que el Receptor tenga que Jugar» a descifrar o a adivinar lo que necesita el Emisor. Lo cual es a veces motivo de insatisfacción, porque el Receptor se puede equivocar en la decodificación o interpretación de la demanda. Aspecto este que el Emisor puede sentir que no se le ha comprendido y por tanto sentirse herido, cuando el problema está en que él no ha dicho exactamente qué es lo que pide o desea del Receptor al comunicarle su mensaje.

Algunas consideraciones respecto al Emisor.

Fijarme en cómo comunico cuando soy Emisor -¿soy claro, concreto y específico a nivel de contenido, sentimiento y demanda?- de esta manera no me lamentaré que no me comprenden. Sucede que a veces las personas no nos comprenden porque somos ambiguos, vamos con demasiadas interpretaciones o proyecciones de nuestro ser sobre los demás, lo cual hace que los demás tengan un comportamiento o comunicación distante o simplemente que rehúsen nuestra comunicación. Nosotros pensamos que la culpa está en el otro, cuando es mi manera de comunicar la que produce en el otro esa reacción. No me responsabilizo de lo que digo y cómo lo digo y claro después me quejo. Debo expresarme en términos concretos y claros, de tal manera que mi interlocutor -en este caso el paciente sin que sea un genio, adivino o profeta, pueda comprenderme.

a) No juguemos a comunicarnos mal.

A veces nos comunicamos mal porque nuestra auto-estima está muy baja, y así pienso que yo:

-no valgo.

-soy tonto.

-no merece la pena lo que voy a decir...

- tengo miedo o temores a que los otros se rían de mí, o a no hacerlo bien, me creo tan perfecto que si lo que digo no está muy bien no hablo. Jugamos a Don o Doña Perfecto/a.

- soy inseguro, o tímido

-bueno me comporto como tal- y así yo no hablo y los demás no lo notan. Forma sutil y orgullosa de aprovecharme de lo que dicen los demás sin yo mojarme. Siempre nos comprenderán mejor si hablamos y damos alguna clave o mensaje que si no damos ninguna, De esta manera no cabe el decir: «a mi nadie me comprende...» Siempre es mejor afrontar la situación por dura que sea, que el huir o dar largas.

- temor al rechazo en el fondo es la idea errónea de que todos me tienen que aceptar. Y así ante el temor de lo que pueda decir el otro pues no digo nada.

- pretendemos que los demás nos adivinen y si no nos adivinan lo que queremos o pensamos, pues nos enfadamos. Si todo esto nosotros lo tenemos claro, también ayudaremos a que el paciente se comunique con claridad, y no esté esperando a que nosotros vayamos adivinando, o usemos comportamientos no verbales -lloros, quejas, etc.- para decirnos lo que muy bien puede decir de manera clara y precisa.

-no me comunico o me comunico mal y encima me enfado.

-escoger un canal contaminado para el otro. Por ejemplo, no oye de un oído, y siempre le hablas a ese oído. Todos sabemos que tenemos zonas deficientes. Por ejemplo, si le cuesta comunicar el afecto, tendré que aceptar otras alternativas, pues de lo contrario es como hablarle a una persona en el oído sordo; o bien escoger la zona débil contaminada del otro, lo cual va a dar reacciones que me pueden sorprender. Por ejemplo, no le gusta que le grites y le gritas, que le hables con agresividad y le hablas con agresividad. Que le hables de un hecho pasado que no quiere recordar y continuamente se lo estás recordando...

-en otras ocasiones me comunico partiendo de una necesidad pero no comunico la propia necesidad a veces aguantamos con una cierta paciencia y luego explotamos, no aguantamos, di las cosas, de esta manera no se ira minando la situación.

-no dices las cosas o no comunicas tú necesidad y después te sientes víctima y te lamentas. Comunícate y punto, no esperes a que te vengán a buscar, o a que te insinúen, no busques lástimas ni

compasiones, esto a parte de no ser una buena comunicación no favorece el crecimiento de la persona.

b) ¿Cómo aprendo a comunicarme?

Sencillamente, como todo aprendizaje, perdiendo el miedo a equivocarme y equivocándome, aunque me interpreten mal o tergiversen mi mensaje.

Comuniquemos desde nuestra totalidad en la que haya congruencia, es decir, comuniquémonos a nivel de mente o pensamiento, razón, de emociones y sentimientos, y de comportamientos o acciones; Que estas tres zonas estén en común congruencia, pues de lo contrario nuestro interlocutor no podrá más que sentirse confuso, ya que decimos una cosa y sentimos otra; decimos una cosa y actuamos de manera distinta.

Comprendamos que si el otro no me entiende soy yo quien tiene el problema, me comunico mal, escojo un canal no adecuado para él. Por tanto en vez de decir: ¿me comprendes?, digámosle más bien: ¿Me explico?

Qué quiero comunicar si cuando me dan lo que necesito pongo cara de lo contrario, cómo el otro va a saber mi necesidad ante comportamientos tan ambiguos. Si tenemos una necesidad manifestémosla, reconozcámosla, aceptémosla, y si esto no lo hago, preguntémonos a qué se debe. Tal vez sea que mi afectividad o auto-estima no esté muy clara, y así la manifiesto en forma de erizo.

c) Errores al utilizar la clave de mi mensaje.

1. Generalizaciones. Es un proceso mediante el cual algunos elementos o piezas se quitan de lo original y se ponen otro como representación global. Ejemplo, si he tenido una experiencia negativa con un paciente, tiendo a decir, todos los pacientes son... Todos son así... A nadie le gusta... Nada me sale bien... A donde quiera que voy en ningún sitio me aceptan...

Otras veces nos comportamos como si esto que a mí me agrada le tuviera que agradar o parecer le bien a todo el mundo.

También funcionamos con apreciaciones e interpretaciones muy subjetivas y no objetivas y así decimos: los pacientes son muy poco colaboradores. Esto es tú apreciación, compruébalo en cada uno y luego lo podrás decir o no.

Otras veces nos adelantamos y le decimos al paciente: ya sé lo que usted está pensando..., yo sé lo que usted estaba sintiendo... Vamos que nos permitimos hasta, pensar y sentir por el paciente...

Expresar con firmeza y claridad mi opinión y aceptar la réplica del otro.

2. Eliminación. Prestamos selección a ciertos aspectos y dejamos otros. De acuerdo con nuestro centro de interés cogemos unas cosas y dejamos otras Respecto al Paciente a veces me sucede que somos tan selectivos que nos quedamos con algunos puntos que desde nuestra perspectiva nos parecen importantes, pero debemos preguntarnos, ¿Esto que para mí es lo más importante, lo es también para el Paciente?

3. Distorsionamos el mensaje. Lo tergiversamos. Cambiamos los datos sensoriales que recibimos, o deformamos interpretando las palabras, o usando unas palabras por otras...

En Resumen, las exigencias del Emisor son que:

1. Yo, Emisor con mi nivel de:

-auto-estima

-grado de autenticidad

-aceptación de mis límites,

-aceptación de la responsabilidad de la propia comunicación,

2. Comunico a ti Receptor

3. Este Mensaje a nivel de:

- contenido

- Sentimiento

- y te pido - Demanda

4. código.

Empleando la fórmula que sea más adecuada tanto a nivel verbal como no verbal. (Tono de voz, gestos, etc.

5. Teniendo en cuenta el contexto.

(El momento, la situación, el lugar, etc.)

EL RECEPTOR

El Receptor. Es la persona o destinatario a la que el Emisor dirige el Mensaje, que recibe a través de uno o más órganos sensoriales.

La función principal del Receptor es descodificar el mensaje recibido del Emisor.

Descodificación. Es el proceso mental del Receptor a través del cual descifra el código que ha utilizado el Emisor, con la intención de captar el Mensaje que le ha querido transmitir.

La descodificación. La Descodificación constituye la tarea más específica a realizar por parte del Receptor. En la Descodificación el Receptor trata de captar el Mensaje del Emisor, para lo cual

debe de servirse de los distintos signos del código utilizado por el Emisor, ya sean estos verbales o no verbales. Teniendo también en cuenta los diversos Ruidos (interferencias, etc.), que pueden perturbar la buena captación del Mensaje.

Ruido. Es todo aquello que puede dificultar la comprensión correcta del Mensaje, por parte del Receptor, ya sea de naturaleza física, psicológica o semántica.

La tarea de Descodificación que tiene que hacer el Receptor es bastante compleja, ya que la clave o código utilizado por el Emisor no siempre es clara, concreta y específica, sino por el contrario muy ambigua (prestándose a interpretaciones) y, además, puede rozar el mundo sensible y emocional del Receptor, lo cual hace dificultar aún más la captación del mensaje del Emisor.

La Descodificación trata de captar la visión subjetiva y limitada de la realidad del Emisor. Teniendo en cuenta que también el Receptor tiene su visión subjetiva, limitada y parcial de la realidad. Sabiendo también que la connotación que cada uno da a las palabras no siempre es la misma la que le da el Emisor que la que le da el Receptor.

El único instrumento de que dispone el Receptor para cumplir con esta difícil tarea de comprender la visión subjetiva del Emisor, es la clave o código que transmite el Emisor, código muchas veces defectuoso y limitado.

El Receptor a la hora de captar el mensaje lo hace también mediante filtros, o maneras de captar la realidad. Estos filtros son principalmente los siguientes: -neurológicos- sus sentidos y cerebro. -sociales y culturales-. -familiares y religiosos e individuales.

Todo mensaje al ser captado por el Receptor los va a pasar por todos estos filtros, que son los suyos, y que por tanto si no tiene en cuenta los filtros de cómo el Emisor ha captado la realidad, hay el peligro de deformar, debido a sus filtros, la realidad del Emisor.

A esto hay que añadir, que de la misma manera que el Emisor puede tener tendencia a emitir su mensaje haciendo generalizaciones, distorsiones o eliminaciones, también él, en tanto que Receptor, puede caer en este peligro de la generalización, distorsión y eliminación.

De este modo, constatamos, cómo no es fácil comprender el mensaje del Emisor, si realmente no tenemos en cuenta ciertas actitudes, y clarificaciones, que le permitan al Receptor captar lo que dice el Emisor, cómo ha filtrado la realidad, qué significado le está dando a lo que dice, etc...

Veamos las actitudes para una buena descodificación y por tanto comprensión del mensaje del Emisor.

a) Actitud empática.

Entendemos por empatía:

-La capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.

-Comunicarle esta comprensión. En un lenguaje acomodado a sus sentimientos y entendimiento.

La Actitud Empática supone:

1. La capacidad para ponerse auténticamente en el lugar del Paciente y ver el mundo como él lo ve. Para ello no basta sólo con captar y entender sus palabras, sino lo que hay detrás de las palabras y los gestos, o sea, los sentimientos y emociones que intenta transmitir con las palabras.

2. Supone también penetrar en ese mundo de percepciones del Paciente y sentirse totalmente a gusto en él. Requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos de miedo, de rabia, de ternura, preocupación o lo que en ese momento suponga una vivencia para él, sea lo que sea. Significa vivir en ese momento su vida, y por tanto evitar el emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que nos está comunicando.

3. Supone transmitirle al Paciente cómo estamos sintiendo nosotros lo que nos está comunicando.

4. Significa valorar con él esa serie de preocupaciones y problemas pasando a ser personas de confianza de él en su mundo interior. Estar con los Pacientes en esta forma que indicamos, significa dejar de lado en esos momentos nuestros puntos de vista y valores propios para entrar en el mundo del Paciente sin ideas preconcebidas. Es encontrar que cuando los Pacientes actúan de una determinada forma debe haber alguna razón importante para ellos, como por ejemplo, el hecho de que tengan «ideas raras», gustos especiales», etc. Debe tener algún sentido para ellos toda esa serie de aficiones y preocupaciones.

Comunicar con los Pacientes desde una actitud empática supone el que nosotros, como enfermeros / as, tengamos una comprensión profunda de nuestras personas, que nos entendamos a nosotros mismos, que muchas veces no nos entendemos, y que la gama de sentimientos que en nosotros se producen en todo momento, cualesquiera que sean, los aceptemos como algo propio de la persona. Cada Enfermera deberá saber reconocer sus propios sentimientos y no sentirse amenazado o culpabilizado por lo que está sintiendo. Los sentimientos son muy variables a la vez que pasajeros y surgen en nosotros con una espontaneidad extraordinaria. Toda persona sabe que puede vivenciar en un instante un sentimiento de tranquilidad y pasar al minuto siguiente a vivenciar un sentimiento de preocupación ante cualquier noticia que se le comunica. Los sentimientos no son

ni buenos ni malos. Lo que hace que una persona sea «mala» es su decisión premeditada de llevar a cabo un sentimiento negativo que experimenta, como por ejemplo: aquella persona que ante la enfermedad se siente desesperada e intenta suicidarse. O bien, aquel Paciente que tiene sentimientos de culpabilidad y avergonzado cae en un mutismo, etc.

Si cada Enfermera comprende bien sus propios sentimientos, si se acuerda de cómo él se sentía cuando ha estado enfermo, si capta lo que pasa en su interior, podrá tener una actitud más empática con los Pacientes, los podrá comprender mucho mejor. Si se dice a sí mismo: «Soy una persona humana y nada de lo humano me puede extrañar», tiene el terreno preparado para una Escucha Activa más eficiente. Cfr. C. Rogers (1968).

Para empezar a comunicarnos con los Pacientes desde una actitud empática debemos dar a los Pacientes respuestas de feedback o sea reflejarle al Paciente no sólo el sentimiento de lo que nos ha dicho, sino también el porqué de ese sentimiento. Veamos un ejemplo:

P. Mi mujer no ha venido esta tarde, aunque le he esperado largo rato.

E. Te sientes preocupado (sentimiento), porque tal vez pienses que a tu mujer le ha podido pasar algo.

P. Pues sí, porque ella suele venir todas las tardes a la misma hora.. .

Una pregunta importante clave para entender y aproximarse a lo que el Paciente nos está comunicando es: ¿Cuál es el mensaje clave de lo que el Paciente me está diciendo?

Cómo mejorar la Empatía.

1. Darse tiempo a un mismo para pensar: El intervenir rápidamente cuando el Paciente hace una pausa cuando está hablando, supone que no nos damos tiempo suficiente para identificar el mensaje que el Paciente acaba de comunicarnos.

Una forma de mejorar Empatía es que cuando Paciente hace la pausa aprovechar nosotros para preguntarnos ¿Qué sentimientos acaba de expresar el Paciente? ¿Cuál es su mensaje? Cuando por cualquier circunstancia veamos que nos hemos perdido o que no comprendemos bien lo que nos ha dicho podemos interrumpirle decirle: «Déjeme ver si he comprendido lo que está diciendo(Esto no supondrá romper su espontaneidad, sino todo lo contrario, le demostraremos con ello que estamos pendientes de lo que nos habla y todavía más, que queremos escucharle y comprenderle adecuadamente.

2. Respuestas cortas: Las repuestas del Enfermera deben ser relativamente frecuentes pero también cortas y ajustadas

Los enfermeros / as, al tratar ser adecuados en sus respuestas pueden llegar incluso a hablar demasiado, algunas veces más que el Paciente. Esto les sucede frecuentemente a aquellos enfermeros / as que responden rápidamente sin haber escuchado empáticamente lo que les dicho el Paciente y aprovechan la ocasión para soltarles un sermón o demostrarle que saben mucho de las cosas. Sólo falta que nos diga el Paciente: «Pensaba que era yo el que quería hablar con usted»

3. Empatía de tono y de modo: Si el Paciente nos está hablando animadamente, refiriéndose a cualquier éxito o situación que le ha salido bien y nosotros respondemos con voz aburrida, cansina, adormilada, como diciendo «no me molestes», nuestra respuesta no es empática, aunque estemos respondiendo adecuadamente a sus sentimientos y experiencias.

4. Lenguaje: Los enfermeros / as serán más empáticos cuando su lenguaje esté más a tono con el léxico, cultura y edad de los Pacientes.

Sugerencias para expresar la Empatía

- Atiende cuidadosamente a todo lo que te dice el Paciente y el sentimiento con que expresa lo que te dice.

- Escucha principalmente los mensajes básicos, vitales para el Paciente.

- Si tienes dudas sobre lo que dice, pregúntale al Paciente si entendiste bien lo que te comunicó, o bien, pídele que te lo repita.

- Sé sensible no sólo a los sentimientos más claros del Paciente, sino a aquellos que no aparecen tan claros en su comunicación.

- Emplea las respuestas del Paciente a lo que le dices como la mejor guía para darte cuenta de si os estáis entendiendo o no.

b) Respeto y aceptación incondicional del Paciente.

El respeto implica «el aprecio de la dignidad y valor del Paciente y su reconocimiento como persona»

Se parte, por tanto, de una consideración hacia la libertad del Paciente y, su derecho a tomar las decisiones que él considere más convenientes.

Cuanto más comprendido y aceptado se sienta el Paciente, más fácil le resulta abandonar los mecanismos de defensa con que ha encarado la vida hasta ese momento y comenzar a avanzar hacia su propia maduración. Cfr. C. Rogers (1968).

La Aceptación supone «Un cálido respeto hacia la persona, como individuo valioso, independientemente de su condición, conducta o sentimientos... al margen del carácter negativo o positivo de sus actitudes. Esa Aceptación de cada uno de los aspectos de la otra persona le brinda calidez y seguridad en nuestra relación» C. Rogers (1968)

Expresión del Respeto por parte del Enfermero/a

El Respeto no se comunica mediante palabras: «Yo te respeto», «Respeto tu forma de ser y de pensar»; sino a través de las acciones. Y se manifiesta a través de:

1) La voluntad de estar a disposición del Paciente: Disposición para emplear el tiempo y energía necesarios en cuanto los Pacientes nos necesitan. Muchas veces perdemos el tiempo en cosas que debíamos preguntarnos si eso es una tarea más urgente que el escuchar al Paciente.

2) Viendo al Paciente como persona única: Los enfermeros / as deben fomentar la propia individualidad de cada Paciente y contribuir a su desarrollo constructivo considerando esta individualidad como un valor en sí mismo. No se trata de exigir que todos los Pacientes sean iguales en sus actitudes y comportamientos.

3) Viendo al Paciente como tendiente a la autonomía: El respeto se manifestará de una forma más auténtica partiendo de la consideración de que los Pacientes tienen en sí mismos cualidades y recursos, los suficientes, para ser capaces de enfrentarse a su enfermedad. Estas cualidades pueden estar bloqueadas o impedidas, bien por la educación, la enfermedad, o bien porque no han sido estimulados e informados lo suficiente para que las pongan en funcionamiento, siendo tarea nuestra como enfermeros / as el lograr que ellos descubran esas cualidades y las ejerzan,

Sugerencias sobre cómo expresar el Respeto.

La actitud hacia el Paciente es respetuosa si:

- Te preocupas de su bienestar y calidad de cuidados y no das preferencia a otros intereses u «obligaciones»
- Ves a cada Paciente como un ser único, más que como un intento de que sea como tú eres o quisieras.
- Lo ves capaz de tener sus propias cualidades e ideas y le estimulas a que las ponga en práctica.

- Ayudas al Paciente con tu aliento y soporte y sin condiciones.
- Te guardas cualquier juicio crítico sobre su persona y comportamientos.
- Le animas a que se exprese libremente.
- Etc.

c) La Autenticidad.

1. Qué es la autenticidad:

La Autenticidad supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos. Es ser sincero y honrado consigo mismo»

Un ejemplo de inautenticidad puede ser: Un individuo está aburrido en una fiesta, pero se acerca a la anfitriona para felicitarla efusivamente por tantos detalles, por tan buen ambiente, etc.

Esta persona se pone una máscara para la ocasión y por tanto no es auténtico y sincero.

II. Comportamientos que favorecen la Autenticidad.

Ser auténticos en la escucha y ayuda a los pacientes tiene implicaciones tanto positivas como negativas: significa hacer unas cosas y no hacer otras. Los enfermeros / as deberán:

- Expresar directamente al paciente lo que están experimentando en ese momento de la comunicación.
- Comunicarse con el paciente sin distorsionar sus propios mensajes.
- Escuchar sin distorsionar los mensajes del paciente.
- Responder inmediatamente a la necesidad del paciente, o darse el tiempo suficiente para encontrar una respuesta correcta.
- Buscar más la independencia y autonomía que la dependencia del paciente.
- Ser consistentes: se trata de no demostrar discrepancias significativas en nuestras vidas. No tener un «juego de valores teórico» para con los pacientes, y aplicar otro juego distinto para nuestras propias vidas. Se trata de sentir y pensar una cosa y decir otra distinta. O por lo menos, ser capaces de aceptar las discrepancias, cuando las haya, pues pueden afectar a la relación con el paciente.

III. Sugerencias sobre cómo expresar la Autenticidad.

Los enfermeros / as deben tratar de:

- Ser auténticos y por tanto deben bajar del pedestal y ponerse al mismo nivel que los pacientes.
- No comunicar a los pacientes ninguna respuesta que no esté acorde con los sentimientos («Respeto tu decisión pero...», con esto en el fondo le estamos pidiendo o exigiendo que siga nuestras directrices)

-Estar abiertos a cualquier actitud del paciente y no mantenernos a la defensiva, aún cuando nos sintamos amenazados emocionalmente con lo que el paciente nos está comunicando.

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Contenido de la entrevista. Requisitos previos:

Actitudes inmediatas antes de comenzar la entrevista.

Creemos importante recordar algunos puntos que nos parecen importantes a tener en cuenta antes de comenzar la entrevista.

1. Escrutar sus propios pensamientos y sentimientos.

Es importante que el enfermero/a tome conciencia de su estado psíquico y espiritual -pensamientos, sentimientos, conflictos..., valores, creencias... antes de tener una entrevista o relación terapéutica con el paciente ya que estos pueden influir positiva o negativamente sobre este. Por ejemplo: imponer al paciente lo que el enfermero/a considera desde su punto de vista como verdadero o normal, no aceptar las diferencias etc. O bien proyectarse en el paciente, o defenderse por todos los medios cuando su persona o la idea que él se hace de si mismo, se siente amenazada

El enfermero/a puede manifestar su ansiedad de diferentes maneras:

Comenzando la entrevista sin presentarse.

No respetar el ritmo del paciente, atosigándolo con preguntas.

No acoger al paciente manera que vamos a ver más tarde.

Comenzar la relación interrogando al paciente o sin exponerle el objetivo u objetivos de la misma. Confrontar al paciente de forma brutal.

Estar más preocupado por la respuesta que va a dar el enfermero/a, que escuchar verdaderamente lo que dice el paciente.

No respetar los silencios.

No estar atento al lenguaje verbal, y para lenguaje...

Es posible que su «incompetencia» le preocupe hasta el punto de temer dañar al paciente.

Ante una dificultad o una agresión inesperada, en efecto, emotividad, la ansiedad, la que nos hace reaccionar a veces de forma estrictamente irracional. Es ésta la que nos arrastra hacia conflictos cuyas consecuencias son absurdas y desproporcionadas a la causa que los originó.

Por otra parte, la ansiedad se comunica de tal manera que un paciente, de por si ya ansioso no debería aumentar su ansiedad debida a la ansiedad del mismo enfermero/a. Este último debe identificar la causa de su ansiedad; ésta sería la primera etapa del proceso necesario para superarla. La ansiedad no es siempre el único sentimiento que el enfermero/a experimenta durante la fase de acogida. Puede también sentir aburrimiento, irritación, indiferencia, descorazonamiento... De la misma manera que hemos dicho respecto a la ansiedad, conviene identificar la causa de estos sentimientos. Es aceptando su emotividad y sentimientos, viviendo con ellos sin lamentos, como uno llega a controlarlos mejor. Y esto por dos razones principales:

-las manifestaciones más intempestivas y las más agotadoras de nuestra emotividad son debidas de hecho, a la negación que nosotros intentamos oponer;

-y además, es preciso rechazar la idea de que la emotividad es en si misma un defecto. Ésta no es una debilidad. Puede ser una riqueza considerable si ésta es aceptada y canalizada adecuadamente.

Percibir y observar a las personas y a las cosas sin prejuicios, teniendo en cuenta su individualidad, es la mejor escuela de objetividad y de estabilidad. Tal actitud puede ser una pauta de gran seguridad en los casos difíciles. Es el mejor medio para permanecer sereno uno mismo.

2. Fijarse el objetivo u objetivos que quiere conseguir con el paciente. Si nosotros queremos la colaboración del paciente debemos, al comienzo de la entrevista, explicar al paciente el punto o puntos que queremos abordar con él y por qué o con qué fin. De esta manera el paciente, pensamos, puede mejor entrar en un proceso de colaboración pues ve por nuestra parte cuál es la finalidad que tenemos al presentarle abordar un tema u otro de su vida. El enfermero/a puede así mostrar al paciente que merece la pena que él se implique y responsabilice en su proceso de reestructuración comunicando al paciente su deseo de compromiso en este proceso de relación de ayuda.

Por otra parte, no debemos de olvidar que es preciso comenzar la entrevista no sólo presentando el objetivo que tiene el enfermero/a, sino también cuál es el objetivo que tiene el paciente. Es decir que antes de comenzar a abordar el objetivo del enfermero/a, éste debe de preguntar al paciente si hay alguna cosa de la que quiera hablar o que le preocupa, pues de lo contrario, si el paciente está preocupado por alguna cosa y no se le da la oportunidad de poderlo expresar pensamos que será difícil que pueda escuchar o centrarse en el objetivo que le presenta el enfermero/a. Permítaseme un ejemplo muy caricatural, es como si yo voy vendiendo un producto para el dolor de cabeza cuando lo que le duele al paciente son los pies. Por tanto, una vez que se haya abordado con el paciente lo que le preocupa, o su objetivo, podrá más fácilmente entrar en el objetivo del enfermero/a.

3. Fijar con el paciente el tiempo que va a durar la entrevista. Ejemplo, si el enfermero/a quiere estar con el paciente 20 minutos de entrevista, 20 minutos son 20 minutos ni más ni menos. Eso da unos límites al paciente y al enfermero, el tiempo es estructurante. De esta manera el enfermero/a puede estar disponible para poder escuchar al paciente durante los 20 minutos fijados, pues si está más tiempo con el paciente y tiene que hacer otra cosa u ocuparse de otros pacientes, estará «nervioso», inquieto, preocupado por que el tiempo se pasa y tiene que hacer otras cosas, con lo cual difícilmente podrá estar disponible para escuchar al paciente.

Por otra parte si el enfermero/a no fija el tiempo con el paciente, tal vez ocurra que no sepa cómo cortar la conversación cuando el paciente le está hablando y hablando de sus preocupaciones o problemas. Así mismo, si no ha fijado el tiempo puede resultar que cuando el enfermero/a quiere terminar la entrevista el paciente comienza a hablar de algo que le preocupa mucho, o comienza a llorar, si el enfermero/a lo deja con el pretexto de que tiene que ir a hacer otras cosas, este puede pensar que su problema no le interesa, o que el enfermero/a no quiere oírlo, o que tal vez sea demasiado grave su problema como para que se ocupen de él, o que él no merece la pena, etc, etc. En tal situación el enfermero/a puede sentirse como en un callejón sin salida entre tener que irse, porque tiene otras cosas que hacer y escuchar al paciente en esta su situación angustiante, y claro ¿cómo lo va a dejar ahora en esta situación tan importante para el paciente?. En este caso, sí el enfermero/a se queda se sentirá «nervioso/a», inquieto/a... lo cual impedirá el estar disponible para tener una buena escucha.

Por el contrario si el enfermero/a ha anunciado al paciente que el tiempo que va a pasar con él es de 20 minutos, en 20 minutos el paciente puede contarle lo que él desee y cuando lo desee. Si el paciente dice las cosas importantes en el último momento, puede tener sus razones (por ejemplo, que es al final cuando comienza a tener confianza en el enfermero/a, o que dice las cosas más problemáticas en el último momento, para así poderse liberar de ellas y que el enfermero/a se vaya con ellas y no se le dé mas vueltas, etc.) Por tanto el enfermero/a podrá dejar al paciente, con toda tranquilidad aunque éste le esté contando cosas importantes o tristes, porque él ya le había dicho el tiempo que iban a estar juntos. Sin embargo, el enfermero/a le podrá decir: «me está diciendo cosas muy importantes para usted, siento tener que irme como le había dicho, pues si me quedara no estaría disponible para poderle escuchar y esto requiere tiempo. Por tanto si lo desea yo volveré a tal hora para poder continuar el problema o el tema que usted ha comenzado a contarme»

Nos parece muy importante hacer esta observación respecto al tiempo, pues hemos observado enfermeros / as que se sienten como cogidos por el paciente sin saber cómo poder «cortar» la entrevista. Esto permite al enfermero/a sentirse disponible para el paciente aunque sólo disponga de tres minutos, sabiendo que pasados los tres minutos podrá pasar a otra cosa. Pues, cuántas veces oímos frases como esta: «yo pasaría a ver a tal paciente, pero es tan pesado que como te coja no te suelta» Con lo cual culpabilizamos al paciente de ser pesado, cuando en el fondo el problema está en el enfermero/a que no sabe estructurar su tiempo y fijar límites.

4. En toda entrevista el enfermero/a debe tener presente las etapas del método de resolución de problemas.

Es decir, una manera de llevar un esquema de la entrevista es tener presente las etapas del método de resolución de problemas:

- a) El paciente nos habla de su problema.
- b) Analizar las causas del mismo partiendo de las que nos da el paciente, y Regar a definir el problema.
- c) Establecer los objetivos y acciones.
- d) Ver con qué recursos cuenta para resolverlo (personales, familiares, sociales...)

5. Debemos puntuar e insistir sobre los aspectos positivos que nos revela el paciente con la finalidad de valorarlo.

El paciente presenta generalmente muchas cosas negativas, conviene que nosotros veamos los aspectos positivos y se los remarquemos, esto permite no disminuir su auto-estima y tener más confianza en el mismo.

6. También es importante, que una buena relación de ayuda suponga un buen dominio de la comunicación humana.

Teniendo en cuenta que toda buena comunicación tiene que tener presente por parte del Emisor: que emita de forma clara, concreta y específica el contenido, el sentimiento, y la demanda del paciente. Esto nos permitirá ver no sólo el problema, sino la gravedad del mismo (que nos la da la intensidad de los sentimientos) y lo que nos pide concretamente el paciente.

Ejemplo:

P. No tengo amigos ni familia (Contenido)

Me siento muy sola (Sentimiento)

Te pido que estés conmigo y me escuches,

Por parte del Receptor: Una buena Empatía

Una buena Escucha activa (Feed-back) ya que ésta permite centrar al paciente en su problemática y no dispersarlo con nuestras preguntas.

Estos aspectos nos permitirán centrarnos mejor en el paciente e impedir que aborde muchos temas sin profundizar en ninguno.

7. No nos debemos olvidar de hacer continuamente el feedback, de lo que nos dice el paciente, pues esto le va a mostrar al paciente que se siente escuchado y comprendido en lo que acaba de decir, y por otra parte el feed-back es menos amenazante que el preguntarle el por qué

8. Importancia del resumen. De vez en cuando resumir lo que nos ha dicho el paciente tiene por finalidad reagrupar los diferentes puntos que ha tocado el paciente en su discurso. Esto se asemeja al ensamblaje de las piezas de un puzzle, que nos permite tener una visión integral.

8. Los silencios. Por su complejidad y su riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo -sea cual fuere la razón amueblándolo o evitándolo con preguntas, o desviando el tema de la conversación. El silencio, como lenguaje para-verbal o meta-comunicación, se presta a múltiples interpretaciones e hipótesis, que al no ser confirmadas o afirmadas producen cierta ambigüedad. y en numerosos casos llevan a la ruptura de la comunicación.

Los silencios se pueden producir debido a una serie de factores:

- Emocionales (bloqueos, angustias, amenazas...)
- intelectuales (reflexiones, falta de ideas...)
- De interacción entre el enfermero/a y el paciente (el paciente no confía en el enfermero/a mostrando por ello resistencias, etc.)

Actitudes del enfermero/a frente a los silencios.

Ciertos enfermeros / as, sobre todo los principiantes, encuentran que el silencio es difícil de soportar y piensan que si éste se produce es a causa de ellos, por ello creen que deben evitar lo a toda costa. En la medida en la que el enfermero/a quiera implicarse en la situación expuesta por el paciente, entrando en su mundo y preguntándose: ¿qué siente el paciente? ¿Dónde se encuentra? ¿Dónde quiere llegar? ¿Cómo se siente en este momento?, etc, en definitiva si el enfermero/a empatiza con el paciente sabrá respetar y detectar los silencios de forma adecuada.

El enfermero/a debe ser consciente de lo que él está sintiendo (paciencia, nerviosismo, indiferencia, ansiedad, dificultad en soportarlo...) Así como tener en cuenta los fenómenos transferenciales del paciente con el fin de transmitirle calma, serenidad y respeto de su ritmo.

También pensamos, que el enfermero/a, con el fin de evitar nerviosismos y malentendidos, debe explicar al paciente que los silencios y las pausas forman parte de la relación y que por tanto se deben de respetar. En caso de duda, es necesario clarificarlo con el fin de que no aparezca un cierto malestar o tensión entre los interlocutores.

Actitudes del paciente frente a los silencios.

El silencio del paciente puede ser debido a:

- Su ansiedad o su angustia que van a producir bloqueos en la relación. Puede ser que preocupado por sus problemas no escuche al enfermero/a.
- Sentir una falta de claridad y de precisión en su pensamiento y en su lenguaje, en la exposición de su problema.
- Pensar que el tema ha concluido.
- Una confrontación que resulta muy amenazante para el paciente.
- Necesitar más tiempo para aclarar su pensamiento o sus emociones.
- Haber dicho alguna cosa que le ha perturbado o bien que el enfermero/a, por equivocación, ha dicho alguna cosa que ha sido malinterpretada por el paciente.
- Resistencias. El paciente puede permanecer silencioso porque se está resistiendo a lo que él considera una intrusión. El puede ver en el enfermero/a, una figura autoritaria o la proyección de algo que el no ha aceptado y quiere evitar a toda costa.

Las fases de la relación de ayuda

Finalmente no olvidemos que una buena relación con el paciente exige de nosotros tener clara la estructura de la relación en sus diversos momentos o fases, las cuales solamente enunciamos debido a que no podemos extendernos más.

H. Peplau, presenta la relación de ayuda en cuatro etapas o fases. Vamos a tener en cuenta estas, pero, remodeladas debido a nuestra experiencia.

Nosotros consideramos las fases de la relación de ayuda de la forma siguiente:

I. Configuración del encuentro personal: Acogida y orientación.

II. Exposición, clarificación e identificación del problema.

III. Confrontación y reestructuración del problema.

IV. Iniciación al plan de acción:

a) Decidir los objetivos.

b) Plan de acción.

V. El fin de la relación o la separación.

VI. La evaluación.

CONCLUSIÓN

El objetivo de estas grandes pinceladas sobre la comunicación y relación ha sido recordarnos mutuamente cómo una buena comunicación es más sencilla de lo que creemos cuando ésta está basada en lo que viven los protagonistas de la misma -la Enfermera y el Paciente- a nivel real y no imaginario.

La Enfermera con su escucha activa -no interpretativa- intenta identificar las manifestaciones principales de la necesidad de ayuda del paciente. Ella debe encontrar, entre las respuestas existentes, un tipo de intervención que tenga en cuenta las particularidades del paciente. Este proceso se aplica más particularmente cuando la dificultad que manifiesta el paciente puede formularse en términos de problema a resolver. La Enfermera debe aprender también a acompañar la vivencia del paciente. En otras condiciones, ella debe ser capaz de intervenir centrando su acción sobretodo en el «Insight» (toma de conciencia personal) que puede llegar a ser una respuesta a la necesidad de ayuda.

