



NOTAS SOBRE EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA

Luis Cibanal Juan *
 María del Carmen Arce Sánchez**
 José Siles González***
 Roberto Galao Malo*

*Catedrático de Enfermería en Salud Mental. Dep. Enfermería Universidad de Alicante.

** Psicóloga clínica.

*** Catedrático de Fundamentos de Enfermería. Dep. Enfermería Universidad de Alicante

**** Diplomado en Enfermería.

Luis Cibanal Juan. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 03690 SAN VICENTE DEL RASPEIG- Alicante.

NOTAS SOBRE EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA¹

Resumen

La Relación de ayuda es uno de los pilares fundamentales del trabajo de Enfermería. Preocupados por este tema, exponemos, en primer lugar, nuestra concepción de la relación de ayuda basándonos principalmente en la psicología humanista. Seguidamente hacemos un breve resumen de la historia de la misma parándonos un poco más en algunas de las personas que a nuestro parecer más han aportado a la clarificación de la misma. Finalmente señalamos algunas de las líneas en las que se sigue investigando.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, Relación de ayuda.

SOME NOTES ON THE STATE OF THE MATTER WITH RESPECT TO SUPPORT RELATIONSHIP IN THE FIELD OF NURSING

Summary

Support Relationship is one of the basic mainstays of the job carried out by nurses in the ward. Being worried about this issue, we first of all put forward our conception of this type of relationship basing

¹ Este artículo se publicará en dos partes: en la primera abordaremos el concepto de relación de ayuda así como algunos rasgos de su evolución. En la segunda parte, presentaremos algunas de las líneas de investigación actual.

our ideas on humanist psychology mainly. Afterwards we give a brief summary of its history highlighting some of the people who, from our point of view, have contributed to its clarification. Lastly, we show some of the lines of inquiry along which research is being carried out nowadays.

Key words: communication, support relationship.

INTRODUCCIÓN:

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes. Es un mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus contactos humanos. Es un proceso multidimensional y complejo. La comunicación es un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerado como un arte y dejado casi siempre en manos de la intuición e ideoinscripción del profesional de enfermería. La amplia literatura en el área de la comunicación y relación de ayuda, permiten justificar un abordaje sistemático y fundado para el estudio y el aprendizaje de las mejores formas de abordar técnica y humanamente esta crucial faceta del trabajo de enfermería. A lo largo de los programas de la carrera de Enfermería se abordan jerárquicamente desde los aspectos globales de la comunicación hasta los aspectos más concretos de la misma en los diferentes escenarios de actuación profesional. Lógica-

mente la finalidad es conseguir en los profesionales que logren cambios cognoscitivos, actitudinales y fundamentalmente prácticos en su relación con los pacientes y familias.

En el curso de los últimos años constatamos el marcado crecimiento de trabajadores profesionales y no profesionales de diversas disciplinas, interesados en procurar una ayuda psicológica a los pacientes o clientes. Entre estos profesionales se encuentra un gran número de Profesionales de Enfermería. En efecto, muchos han comprendido que el hecho de ofrecer apoyo técnico o un consejo de experto no son suficientes para la eficacia de sus acciones. Sea cual sea su trabajo, su clientela pide ante todo ser acogida, escuchada y comprendida. Aunque posean en ellos muchos elementos de la respuesta que buscan, las personas necesitan que se les ayude a descubrirlos; que se les apoye emotivamente en la aceptación de estas respuestas y en la forma de aplicarlas en su vida cotidiana. En bastantes casos, este apoyo se convierte en la mayor y la mejor ayuda que las enfermeras puedan aportar.

La relación de ayuda tiene por objetivo posibilitar a la persona enferma o con problemas constatar y comprender que hay diferentes maneras de enfrentarse ante una misma situación o problema; diferentes formas de ver una misma realidad; diferentes caminos para llegar al mismo lugar, y nunca un sólo y único camino.

La relación de ayuda consiste también en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana.

La relación de ayuda nos

va a permitir, en enfermería, desarrollar no sólo los cuidados de salud secundaria o terciaria, sino sobre todo trabajar en los cuidados de salud primaria; prevenir, es decir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos y desarrollar su mejor funcionamiento biológico, psicológico, social y espiritual. Todo esto con el fin de que pueda desarrollarse y hacer frente a los diversos estímulos de la vida.

Estas son, entre otras, las consecuencias humanas y operativas de la relación de ayuda, que nosotros como profesionales de la salud, en tanto que cuidadores, no podemos evadir, por cuestiones éticas y deontológicas.

Por desgracia, la mayoría de los medios en los cuales enfermería evoluciona no reconocen la importancia de este aspecto del rol de la enfermera y le conceden un espacio insignificante en el reparto del tiempo y de la carga de trabajo de cada día. Además, ciertos miembros del equipo no dudan en interrumpir o finalizar prematuramente una conversación de ayuda con un paciente para darle la comida, hacerle visitar por el médico o cualquier otro pretexto. Para facilitar el ejercicio de este rol de ayuda, es indispensable crear un medio que reconozca y apoye este aspecto del "cuidar" de enfermería que constituye la comunicación y la relación de ayuda.(1,2).

Las pinceladas expuestas en esta introducción esperamos nos sirvan de preámbulo, no sólo para recalcar el concepto y la importancia de la relación de ayuda en nuestro papel de Enfermería, sino también, para recorriendo a grandes rasgos la historia de los cuidados, saber de dónde partimos y dónde estamos actualmente, tanto a nivel teórico como práctico, y reflexionar sobre el por qué no se

escribe más a nivel español sobre la relación de ayuda.

CONCEPTO DE RELACIÓN DE AYUDA

La expresión "Relación de Ayuda" encierra y sintetiza cuanto queremos estudiar y explicar a lo largo de todo este tema. Pero el significado no está en las palabras, sino en la persona que las utiliza. Por eso ya los escolásticos recomendaban: "prima questio de nomine".

Comenzaremos explicando lo que vamos a entender aquí por Relación de Ayuda. Como se sabe, con esta expresión se entienden cosas relativamente diferentes según las distintas escuelas psicoterapéuticas.

En nuestra explicación nos situamos dentro del marco conceptual de la psicología humanista y existencial.

Nosotros entendemos por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de enfermería) captará las necesidades del otro (usuario, paciente), con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

Rogers, C. 1961 (3) la definía así: "*Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada... En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos*".

La idea fundamental que subyace en todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos de la persona en conflicto.

Pensamos que vista así la relación de ayuda por el profesional de enfermería esta constaría entre otras de las características siguientes:

- Es una ayuda concreta, en una relación de "aquí y ahora".
- Es una ayuda liberadora y de crecimiento personal.
- Es una ayuda eficaz, atiende a los objetivos del paciente.
- Es una ayuda mediada por la escucha y el diálogo.

Estamos de acuerdo con Carkhuff (1979) (4) quien afirma que "*ayudar es el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento. Se trata de aumentar la dimensión afectiva de la vida individual y de hacer posible un mayor grado de control personal en la actividad a desarrollar*". Por tanto, el objeto de la relación de ayuda es el cambio... Al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto; no está tan indefenso; se conoce mejor así mismo; se comporta de modo más satisfactorio; se convierte en una persona mejor. El cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE RELACIÓN DE AYUDA ENFERMERA-PACIENTE.

El reconocimiento de la importancia de la relación de ayuda en la profesión de enfermería es relativamente reciente:

- Antes de 1954, podemos decir, que este concepto estaba poco definido. Entre esta fecha y 1975 emergen cuatro modelos teóricos referidos a este concepto. Son los de Peplau, Melow, Rogers y Orlando.(5) Es H. Peplau (1952),(6) quien con su publicación "*Interpersonal Relations in Nursing*", elabora el primer cuadro conceptual teórico sistemático de los cuidados enfermeros. Sabemos cómo sus teorías han marcado y siguen marcando hasta nuestros días los cuidados enfermeros. A modo de resumen exponemos a continuación algunas de sus ideas: *La enfermera ayuda al cliente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales afín de progresar en la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas*.

Lo importante es que la enfermera ayuda al cliente a:

- *observar su comportamiento,*
- *describirlo detalladamente,*
- *analizarlo con él,*
- *formular claramente los resultados de su interpretación,*
- *validar con otros esta formulación,*
- *verificar sus nuevos comportamientos,*
- *elaborar modos de funcionamiento más satisfactorios y finalmente*
- *utilizarlos en las situaciones cotidianas de la vida.*

- Rogers C. (1957) (7) Los sistemas terapéuticos de Rogers, o más exactamente, las posiciones filosóficas subyacentes a dichos sistemas han enmarcado y condicionado la mayor parte de las aportaciones realizadas por muchos autores humanistas en los últimos quince años. De algún modo, quizás demasiado simplista, podríamos decir que dichas aportaciones, o bien se han polarizado alrededor de un mantenimiento actualizado de las "condiciones necesarias suficientes" propugnadas por C. Rogers para el cambio terapéutico, o bien sin prescindir de ellas, han ido añadiendo algunas otras variables dando lugar a un sistema de carácter más o menos ecléctico.

Esta división de concepciones no es realmente algo reciente. Su origen puede remontarse a la toma de posiciones suscitada por ambos maestros durante el trabajo con personas que sufren de esquizofrenia realizado en el Mendota State Hospital de Wisconsin (U.S.A.). (8)

En esta investigación, C. Rogers, presentaba su hipótesis acerca de las condiciones necesarias y suficientes para que se produjera el cambio terapéutico señalando que la congruencia (auténticidad) del terapeuta, la consideración (aceptación) positiva incondicional y la comprensión empática, eran las condiciones necesarias.

Parece evidente que estas condiciones, por entonces ya elaboradas por Rogers como "necesarias y suficientes" para el cambio terapéutico eran necesarias, pero no suficientes para Carkhuff, como veremos posteriormente.

- 1967 Bateson, Watzlawick, Beavin Jackson, Satir. (1967) (9) de la Escuela de Palo Alto (California). Estos autores profundizan en la comunicación como un proceso de interacción (o intercambio de mensajes entre dos personas). La comunicación y el comportamiento son prácticamente sinónimos, pues, todo comportamiento es comunicación y toda comunicación afecta al comportamiento. A través de la comunicación se puede deducir el tipo de relación existente.

La meta-comunicación es la comunicación a diferentes niveles.

La teoría sistemática no tiene en cuenta solamente el efecto del comportamiento del emisor sobre el receptor, sino también el efecto que produce en el emisor la reacción del receptor. Entre emisor y receptor hay un intercambio de información que va a definir la relación que les une.

Son conocidos los axiomas de Watzlawick (10)

- a) "No podemos no comunicar".
- b) *Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en una metacomunicación.*
- c) *Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.*
- d) *La naturaleza de una relación depende de la*

puntuación de las secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.

- En el año 1970 las enfermeras formadas antes de esta fecha fueron poco sensibilizadas a la relación de ayuda (aún en países como Canadá o Europa). Incluso los estudiantes de Enfermería psiquiátrica eran formados con una intervención más centrada en las patologías que en la relación.
- Es en la década de los 80 donde las Escuelas, y Universidades analizaron la importancia de la relación de ayuda en enfermería, sobre todo en países como Estados Unidos, Canadá y parte de Europa
- Es un discípulo de Rogers, R. Carkhuff (1981) (11) quien reelabora y matiza las tres condiciones necesarias y suficientes indicadas por ROGERS y llega a la conclusión que, además de la tríada rogeriana, existen otras variables que influyen significativamente en la Relación de Ayuda: **la concreción, confrontación e inmediatez** de la relación. De este modo, las variables rogerianas serían necesarias pero no suficientes. Así el modelo primigenio de Carkhuff, basado en variables y estructurado en fases, la constitución de la enseñanza como tratamiento, el establecimiento de una tecnología humanista de carácter comunitario y universal, pasa a ser un modelo de destrezas sistematizadas hasta el más mínimo detalle. Podemos decir que el método de Carkhuff ha estado marcado por la obsesión

de la eficacia en el desarrollo de la persona, inicialmente, y de la comunidad, posteriormente, enmarcando dicha eficacia dentro de una connotación de futuro, como lo prueban algunas de sus obras como Corporación 2000 y Comunidad 2000. Sería difícil que Rogers reconociera su "terapia centrada en el cliente" en un modelo tan sistemático y rígido como el presentado por Carkhuff en la última década.

Incluso las nociones de congruencia y empatía son hoy también discutidas, hasta el punto de que su alineación exclusiva en el campo cognitivo, como propugna Carkhuff, no es admitida por la mayor parte de los autores que se inclinan, no unánimemente, a una cierta "reverberación" en el campo afectivo de la persona del terapéuta.

Así mismo, Carkhuff, motivado por su preocupación de hacer operativo y medible todo el proceso, siguiendo el camino emprendido por Truax, reelabora y crea numerosas escalas que permiten cuantificar las variables y las destrezas del proceso de Relación de Ayuda. Define las destrezas, que él entiende como algo operacional, observable, evaluable y susceptible de ser enseñado a los demás de manera sistemática, desea un modelo práctico, que no se redujera a algo meramente abstracto y actitudinal, y, al mismo tiempo, un modelo susceptible de ser enseñado a través de un entrenamiento sistemático.

A modo de ejemplo ponemos aquí alguna de las Escalas para medir el nivel de fun-

cionamiento que el terapeuta alcanza en las diferentes variables o habilidades que se usan en la interacción terapéutica. Hay que observar, que aunque han sido validadas, no pretenden ofrecer medidas precisas y seguras como ocurre en el mundo de la física.

Las "escalas" elaboradas por Carkhuff y colaboradores se entienden sobre 5 niveles. De estos, los niveles uno y dos se refieren a intervenciones negativas o perjudiciales. Los niveles 4 y 5 indican una comunicación positiva, capaz de ofrecer una ayuda auténtica. El nivel 3, indica respuestas intercambiables, es decir, aquellas intervenciones del terapeuta que retoman los contenidos y los sentimientos del cliente sin añadir ni quitar nada, tanto de los hechos como de la intensidad de los sentimientos.

Escala para medir la empatía

Nivel 1. En el que nuestras respuestas o nuestra conducta no tiene para nada en cuenta lo que nos ha comunicado el paciente. Más bien le contestamos evaluándole, criticándole, por lo que acaba de decir.

Nivel 2. Nuestras respuestas, aunque han tenido en cuenta los sentimientos coque nos hablaba el paciente (preocupación, pena, desconcierto...), sin embargo no le damos importancia a lo que nos ha contado expuesto.

Nivel 3. Con las respuestas que damos al paciente le estamos reflejando exactamente – como si

fueran un espejo – no sólo el sentimiento, sino también lo que nos ha contado.

Nivel 4. Con las respuestas que damos al paciente añadimos algo más de lo que nos ha dicho con sus palabras y sentimientos, de manera que podemos ayudarle a que experimente y/o exprese sentimientos que quizás fue incapaz de compartir anteriormente.

Nivel 5. Con las respuestas que damos al paciente añadimos significativamente más de lo que nos ha comunicado él mismo, llegando con nuestras respuestas a sentimientos más profundos de los que el propio paciente nos ha expresado.

- En la década de los 90 podemos decir, que se ha ido introduciendo lentamente la importancia de la Comunicación y Relación de Ayuda como una asignatura fundamental para nuestra labor de cuidar. Podemos decir que la formación a la relación de ayuda está basada principalmente en la teoría de los autores: H. Peplau, C. Rogers y R. Carkhuff. Sin embargo pensamos que para que haya una buena relación de ayuda esta tiene que estar cimentada en un buen conocimiento de las técnicas de comunicación, y estas no siempre aparecen, a nuestro parecer, claramente abordadas, de aquí que la Relación de Ayuda siga siendo en la práctica una materia pendiente de aplicación.

- Actualmente podemos decir que :

1. a nivel teórico, existe, en gran número de Escuelas de Enfermería, una formación a la comunicación y a la relación de ayuda, teniendo en cuenta los avances y los estudios realizados sobre estos temas.

2. a nivel práctico, lamentablemente se habla mucho de la relación de ayuda, pero las enfermeras aunque han sido muchas de ellas formadas en la relación de ayuda, sin embargo les faltan modelos para que vean cómo pueden llevar a cabo esta forma de intervención. En el ámbito relacional, la enfermera, en muchas ocasiones tiene buena voluntad, y esta no es reflejo de competencia profesional o de confianza en sí misma.

Por otra parte, pensamos que la relación de ayuda, todavía no es considerada en todo su valor e importancia por los gestores de los Hospitales y Centros de Salud, para quienes las técnicas y lo administrativo sigue siendo lo prioritario.

A nivel de Enfermería en Salud Mental, si bien ha habido un gran avance en este sentido, sin embargo todavía se está lejos de lo que Enfermería considera como su trabajo normal en Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA ACOTADA

1. Carroll J G Monroe J. **Teaching medical interviewing: a critique of educational research adn practice.** Journal of Medical Fundation, 1979. 54, 498-500.
2. Lipkin M. Jr. et cols. **The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine.** Annals of Internal Medicine. 1984. 100, 277-84.
3. Rogers C. **The Process equation of Psychotherapy.** Amer, J Pichot, 1961
4. Carkhuff R. Antony W.A. **The Skills of Helping.** Amherst, Mass, Human Ressource Development Press,1979.
5. Wilson et Kneisl .**Soins Infirmiers Psychiatriques.** Quebec: Renouveau Pédagogique, 1982.
6. Wilson et Kneisl .**Soins Infirmiers Psychiatriques.** Quebec. Renouveau Pédagogique, 1982.
7. Bruno G. **La relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff.** Bilbao.: Desclée de Brouwer, 1998.
8. Rogers, C. **El proceso de convertirse en persona.** Buenos Aires: Paidós, 1972
9. Satir V. **Relacioanes humanas en el núcleo familiar.** Mexico. De. Pax, 1991.
10. Watzlawick P. Col. **Teoría de la comunicación humana.** Barcelona: Herder, 1981.
11. Bruno G. **La relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff.** Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.
12. Rogers. C. **El camino del ser.** Barcelona: Kairós, 1987.
13. Willians S. Weinman J. Newman D. **Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?** Fam Pract. 1995; 12: 193-201.
14. Bruno G. **La relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff.** Bilbao: Desclée de Brouwer,1998.
15. Suhol, MM. **Positive regard: Carl Rogers and other notables he influenced.** Palo Alto- California. Science and Behavoir Books, 1995.
16. Ong L.M.L. col. **Doctor patient communication: A review of the literatur.** Soc.Sci. Med. 1995. Vol 40, 7, 903-918.
17. Bruno G. **La relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff.** Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.
18. Kurtz S. & Silverman J.D. **The Calgary-Canmbridg Referend Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes.** Medical Education, 1996: 30, 83-89.