

Ana García Laborda, J.Carlos Rodríguez Rodríguez

FACTORES PERSONALES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA PERSONAL FACTORS IN THERAPEUTIC RELATIONSHIP

■ RESUMEN

El principal instrumento de trabajo en Salud Mental es la relación con otro, pero ésta está mediatizada por la posición tanto del observador como del observado. Toda ciencia en situación de observación se compone al menos de cuatro elementos: el observador, los fenómenos observados, la información buscada y el papel del observador. Los principales factores personales del profesional son: la orientación teórica, el uso del lenguaje, variables sociológicas e individuales.

El artículo trata de reflejar todas estas variables y sus relaciones, para recordar a los profesionales la necesidad de controlarlas con el fin de paliar sus efectos, evitando el sesgo en la información recogida.

Palabras claves: Relación terapéutica, Factores personales. Intersubjetividad.

■ ABSTRACT

Relationship with the other is the main instrument working in Mental Health Services, but it depends of the position of both observer and observed person. Every science that use observation consider four elements: the observer, the observed facts, the searched information and observer rol. Main personal factors of the professional are: theoretical formation, language use and sociological and individual variables.

This article describe these variables and their relations, to remember professionals that they must control them to palliate the effects, avoiding the bias when obtaining information.

Keywords: therapeutics relationship, personal factors, intersubjectivity.



La relación terapéutica la podemos contemplar como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad (1). Las enfermeras, como otros profesionales de la salud mental, nos instrumentalizamos para llegar al otro, ya que en gran parte con lo que trabajamos es con la relación, que en si misma es fuente de cuidados.

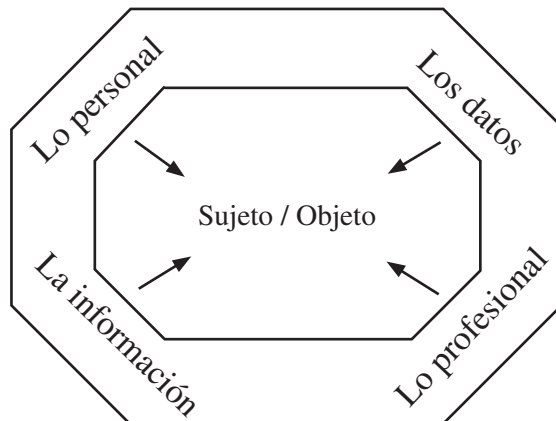
Si la relación es fuente de cuidados debería, como cualquier otra técnica, ser sistematizada para poderla aplicar correctamente (2, 3). Uno de los problemas que se nos presentan es la influencia de lo personal en lo profesional, y como ésta influye en las observaciones, así como ver que controles son necesarios para que se produzca el menor sesgo posible en la observación/relación.

La influencia del observador en los fenómenos observados ha sido siempre un tema presente en la filosofía y la ciencia (4), siendo múltiples los postulados en la relación sujeto-objeto ya sea de manera implícita o explícita, esta preocupación se acrecienta con la física newtoniana y se pone en primer plano con el pensamiento postmoderno al hacer explícito el carácter dialéctico e interpretativo de la relación observador-observado.

Toda ciencia en situación de observación se compone de los siguientes elementos (5):

- El observador (lo personal)
- Los fenómenos observados (la información)
- La información buscada (los datos)
- El papel del observador (lo profesional)

Figura 1
La ecuación personal



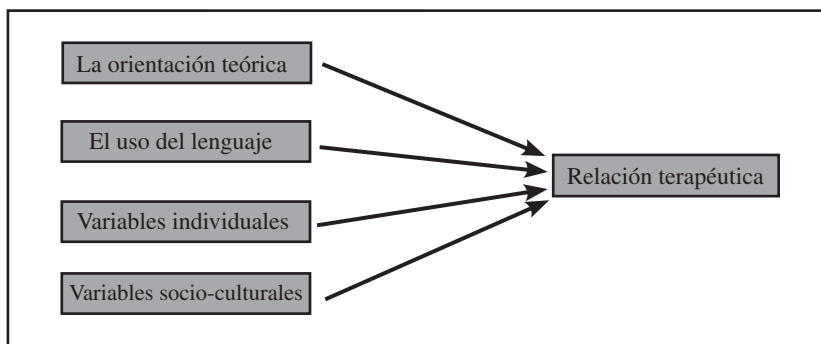
FACTORES PERSONALES

Como toda relación el discurso enfermera-paciente se produce en el encuentro intersubjetivo entre dos agentes sociales cada uno de los cuales aporta sus propios valores, cualidades y biografía personal, todo ello en el marco de determinado medio social y cultural. Hay que tener en cuenta que la enfermera no solo tiene una historia personal y un modo de ser específico, sino que también pertenece a un sistema cultural de referencia en el que ha sido socializada y a un subsistema profesional.

Toda observación entraña la eliminación de cierta información, selección de los contenidos y valoración de los datos obtenidos, esto quiere decir que siempre hay una interpretación inevitable del discurso del otro. Los principales elementos de los factores personales en el profesional son (5):

- La orientación teórica
- El uso del lenguaje
- Variables socio-culturales

Figura 2
Factores personales en la relación terapéutica



1. La orientación teórica

Se trata del enfoque particular que tiene el observador al seleccionar determinados contenidos y no otros. La sistematización de la subcultura profesional se trasmite a los nuevos miembros a través de una cuidadosa educación y se controla mediante normas de práctica profesional.

Cada uno de los profesionales en el desempeño de su función, desarrolla lo que podemos denominar una «persona profesional» (6), un grupo de formas características de seleccionar y ordenar las percepciones que trata profesionalmente, concentrándose sobre ciertos aspectos de la situación vital. La conducta de un profesional está

influida fundamentalmente por esta «persona profesional», que determinará en gran medida lo que observa, lo que percibe, las prioridades y las vías de intervención que considere adecuadas. Las cuestiones accesorias dependerán del carácter individual y de las experiencias de su «persona profesional».

2. *El uso del lenguaje*

Habitualmente se entiende por comunicación un intercambio de información (ideas, pensamiento, etc) entre dos o más personas, pero además la comunicación es una trasmisión de afectos, una interacción personal y una interacción social. En este proceso no interviene el lenguaje (lo objetivo) sino que el profesional es el instrumento en que se refleja el habla (lo subjetivo) del paciente.

Smith estudió (7) las emociones negativas de los profesionales, siendo las más frecuentes: miedo a dañar el paciente, miedo a perder el control de la situación, ansiedad derivada de la necesidad de desempeñar el rol sanitario con corrección y miedo a tener el mismo problema o enfermedad que el paciente.

Estas emociones dan lugar a ciertas conductas: evitación de ciertos temas, control sobre el paciente, tentativas de agradar, distanciamiento o desresponsabilización, falta de respeto o sensibilidad y actitud seductora. Las principales características de una adecuada comunicación enfermera-paciente son (7, 8): empatía, respeto, concreción y escucha activa.

Empatía. Se puede definir como la capacidad de ponerse en lugar del otro, comprender las vivencias del paciente desde los propios supuestos de este (9), y transmitirle esta comprensión de un modo que pueda comprender. El profesional no solo debe entender lo que el otro le dice, sino el sentido que para él tiene.

La empatía supone calidez en la relación, esto es, proximidad afectiva en la relación. Esta proximidad afectiva que debe modularse en función de distintas personas y situaciones para no perder la distancia terapéutica.

Respeto. Significa aceptar incondicionalmente al otro sin realizar juicios de valor, haciéndole saber que es en función de sus propias vivencias y valores con los que vamos a evaluar la situación, favoreciendo que el paciente ponga en marcha sus propios recursos para afrontarla. A través de la categorización diferida el profesional suspende su propia categorización y realiza «una lectura de lo real mediatizada por lo dicho por el paciente donde se relativizan los conceptos y categorías profesionales» (10).

El respeto lleva aparejado por parte del profesional el ejercicio de la asertividad, que supone el desempeño pleno de los derechos y deberes inherentes a un determinado rol social.

Concreción. Es la capacidad del profesional de delimitar los objetivos de ambos en la relación, para que esta se desarrolle de forma inteligible para ambos. Los objetivos de terapeuta y paciente vienen delimitados por los modelos de relación que

construyen entre los dos, y que a su vez vienen guiados por los valores dominantes del sistema social y del subsistema sanitario, que puede adoptar distintos valores en los diferentes momentos históricos y las distintas culturas.

Gutiérrez (11) señala cuatro modelos de relación:

- Paternalista. El profesional tiene obligaciones, en el caso del enfermero la aplicación de técnicas (12) y el paciente adopta una actitud positiva, tiene necesidades.
- Consumista. En este modelo el profesional sigue teniendo obligaciones y el paciente derechos, pero ya no debe adoptar un papel puramente pasivo, puede quejarse si no está satisfecho.
- De colaboración. Profesional y paciente tienen derechos y obligaciones, las demandas de este último pueden romper la relación.
- De autonomía. Ambos tienen derechos y obligaciones y ambos pueden reclamar.

La divergencia en los modelos adoptados por cada uno de las partes origina no pocas dificultades.

Escucha activa. La escucha activa hace referencia a la comunicación bidireccional entre terapeuta y paciente, de tal manera que el último sienta que está siendo escuchado. Para ello debemos mostrar atención y comprensión tanto lógica como emocional en la interacción a través tanto de la conducta verbal como de la no verbal.

Los principales obstáculos para la escucha activa provienen de tres áreas:

- Del ambiente físico: cansancio, ruido, etc.
- Emocional. Derivados de los propios sentimientos del terapeuta.
- Cognitivos. Derivados de prejuicios ideológicos, éticos, culturales, etc.

3. Variables socioculturales

Los más conocidos son la edad, el género y la etnia, cualquiera de ellas tiene una gran influencia. Existen otras variables como es el estatus o clase social, o la situación política o económica del país (5).

Los componentes del medio en que vive el profesional actúan a través de valores y tradiciones introyectadas que proporcionan los elementos para resolver las situaciones de manera aceptable mediante instituciones comunitarias, que apoyan ciertas líneas de acción que la cultura en cuestión sostiene como exitosas en la mayor parte de los casos.

Existe un amplio margen de elección en las reglas culturales para la resolución de problemas, pero este margen se estrecha cuando entramos en las subculturas particulares. El profesional debe satisfacer tanto las necesidades del individuo, como permitirle seguir siendo un miembro aceptable de los diferentes grupos a que pueden pertenecer (6).

4. Variables individuales

Las características de la personalidad tienen que ver con la organización interna y se manifiestan a través de la conducta y la apariencia (Muñoz Vallejo). Estas características tienen una incidencia nada desdeñable en la actividad profesional.

La enfermera debe conocerse, tener una capacidad de introspección, tener conciencia de sus propios valores y prejuicios, así como de sus debilidades y fuerzas. A pesar de ello, se suele responder inconscientemente en los contextos emocionalmente cargados o sea, con el lado emocional de la personalidad. Dos características importantes de la personalidad del terapeuta son:

- Rigidez en el mantenimiento de los propios esquemas.
- Que atribuya a causas internas o externas las consecuencias de sus propias acciones.

La enfermera debe tener (2,5) un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, ser sociable, tener capacidad de empatía, tener habilidades sociales para establecer relaciones humanas, así como conocer y saber manejar las reglas del juego social. Además debe ser capaz de poner en suspenso los propios juicios de valor a través la categorización diferida (9) «una lectura de lo real mediatizada por lo dicho por el paciente donde se relativizan los conceptos y categorías del profesional» para ello el terapeuta utiliza la atención flotante, una manera de escuchar consistente en no privilegiar de antemano ningún punto del discurso. Otras características igualmente importantes son (13) la edad, el género, la clase social, el estatus, el control emocional, el nivel intelectual, la orientación política, etc.

En un intento de minimizar la influencia del observador todas las ciencias han articulado métodos concretos de control. Algunos posibles controles para las variables personales del terapeuta podrían ser:

- Entrenamiento y terapia psicológica.
- Trabajo en equipo (3)
- Supervisiones.
- Grupos Balint

Con todo, lo personal en la relación terapéutica no desaparece ni se deja de lado, sino que se transforma y se controla.

Resumiendo si aceptamos que la enfermera debe usar como instrumental fundamental su propia persona, pasa a primer plano la importancia de la relación y la búsqueda de datos, que le permitan fundar positivamente una buena relación con el paciente y conseguir datos de forma estructurada y enfocados a la resolución de los problemas de salud del paciente. Para ello es muy importante que la enfermera tome conciencia tanto de los distintos roles puestos en juego en la entrevista de enfermería, como de la influencia de los sesgos que inevitablemente se producirán en la

recogida de información, que nos suministra el paciente, aplicando un concienzudo análisis de sus propios valores, prejuicios y estilo de vida la enfermera puede, si no obviar estos, por lo menos minimizar el sesgo producido en el proceso de transformar la información en datos útiles para entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarrado, JJ; Clèries, X; Ferrer, M; Kronfly, E. Evidencia científica en medicina: ¿Única alternativa?. *Gaceta Sanitaria*; 18 (3): 235-244
2. García Marco, M.; López Ibor, M.; Vicente Edo, J. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. ¿Falta tiempo? *Index de Enfermería*, 2004; 47: 44-48
3. Gómez Esteban, Rosa. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos, 2002
4. Freud, S. *Análisis profano*, en Obras Completas, tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974: 2911-2959
5. López Coiras, M. La influencia de la ecuación personal en La investigación antropológica o la mirada interior En Cátedra, M. *Los españoles vistos por los antropólogos*. Gijón: Júcar, 1991: 187-222
6. Caplan, G. *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Pido, 1980
7. Borrell i Carrió, F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989
8. Hurtado Martínez, S. *Enfermería y la relación de ayuda*. Excelencia enfermera, 2004, 0: Sin pagina. Disponible en: <http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Page/Plantill>. Consultado el 004/06/05
9. Muñoz Vallejo, T. Los procesos psicológicos en enfermería, en Mejías Lizancos, F y Serrano Parra, MD. *Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid: DAE, 2000: 58-83
10. Rodríguez Rodríguez, JC; García Laborda, A. *Descubriendo sentido*. *Entrevista clínica transcultural en Salud Mental*. Rol, 2004: 6-10
11. Oliva, MP. *El paciente se vuelve impaciente*. *El País*, 5/7/05: 34-35
12. Siles, J.; Cibanal, L; Vizcaya, F; Gabaldon, E; Domínguez, JM; Solano, C; García, E. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 2001; 10: 72-87
13. Rodríguez Marín, J. *Comunicación entre el profesional sanitario y el paciente*. Universidad de Antioquia, 2004: Sin pagina. Disponible en: http://www.docencia.udea.edu.co/enfermeria/psicologiadesarrollo/paginas/psico_comunicac. Consultado el 18/07/05



Ana García Laborda
Enfermera, especialista en Salud Mental
Socióloga, Antropóloga
Centro de Salud Mental de Parla (Madrid)
C/ Sirena 18 –28290 Las Matas (Madrid)
Tefno. 916300367

J. Carlos Rodríguez Rodríguez
Sociólogo, Antropólogo
Ministerio de Justicia