

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

RELACION DE AYUDA Y PRACTICA MEDICA

JOSE CARLOS BERMEJO*

La relación de ayuda está teniendo buena acogida en los contextos donde está siendo presentada. Cada vez más los diversos profesionales sanitarios y los estudiantes reconocen que han sido preparados técnicamente para la asistencia a los enfermos, pero que su formación respecto a la relación personal con ellos, de modo especial a la de los momentos difíciles, ha sido escasa o nula.

Todos los profesionales reconocen la necesidad de un adiestramiento para conocer técnicas y actitudes que permitan moverse con una cierta soltura en algunas circunstancias, como por ejemplo cuando el enfermo habla de su enfermedad, de su futuro, de su propia muerte, cuando hace alguna consideración sobre el sentido de su vida en medio de tanto sufrimiento y lucha, cuando plantea algún problema ético, como por ejemplo cuando le dice al médico ¿para qué me pone este tratamiento si no cree realmente en él?; cuando hay que comunicarle un diagnóstico fatal, o sencillamente cuando encontramos al paciente deprimido, ansioso, angustiado o irritado. Situaciones como la muerte de un paciente a la vista de otros nos lanzan un reto a nuestra competencia relacional. ¿Lo afrontamos o huimos de él por falta de preparación?

La relación de ayuda como arte

La relación de ayuda es un arte. Consiste en apropiarse de algunas actitudes fundamentales que se despliegan en habilidades concretas para que la relación sea competente. Diríamos que el que posee este arte ha hecho un camino en tres direcciones:

En el campo del saber : interesándose por el fenómeno de la comunicación interpersonal, por las dinámicas más frecuentes, por el impacto de la enfermedad en la vida de la persona.

En el campo del saber hacer : interesándose y ejercitándose en algunas técnicas de comunicación y de relación, habilidades que hacen que el encuentro con el enfermo sea eficaz para ayudarlo y permita al profesional desenvolverse con una cierta soltura en la comunicación verbal y no verbal.

En el campo del saber ser : trabajando sobre sí mismo para interiorizar las actitudes fundamentales que hacen que la perso-

na del médico sea percibida como alguien que se interesa realmente, que acepta, que comprende, que se implica sin quemarse en el proceso de interrelación.

La relación de ayuda se sitúa entre la relación espontánea y la relación de los profesionales de la ayuda psicológica o psicoterapéutica. Consiste en establecer una relación con el paciente que nada tiene de particular a primera vista, si no es el hecho de que tiende a la ayuda y está centrada en la persona y no sencillamente en el problema, lo que implica una actitud facilitadora y no directiva o autoritaria. Tal relación pretende acompañar al enfermo a hacer un camino de apropiación de la propia situación, de dominio de las propias reacciones impulsivas y de los propios sentimientos (sin anestesiárselos), un camino de crecimiento personal que permita abrirse a la realidad, explorarla y activar las propias energías, el propio curador interno que influye sobre la salud global de toda la persona, dada la relación existente entre todas las dimensiones de la persona. Pléñese, por ejemplo, en la relación entre estado emotivo y sistema inmunitario y que nos viene subrayada cada vez más por el incipiente desarrollo de la psico-neuro-inmunología.

La relación de ayuda intenta encontrar un modo eficaz de promover en el enfermo una mejor adaptación a la situación que está viviendo, favorecer en él la experiencia de mayor salud posible y propiciar una vivencia de la propia enfermedad y de la angustia en clave de relación sana, que es la vía para abrirse al sentido en medio de la enfermedad y luchar contra ella cuando es posible. En el fondo, se trata de acompañar al enfermo a que se ayude a sí mismo, a que sea protagonista de su propia situación y utilice al máximo los recursos existentes. Descubrir y apoyar, en medio del sufrimiento, las cosas y relaciones que son significativas para el enfermo, constituye el objeto de la relación de ayuda.

Las reacciones espontáneas más frecuentes y que habría que superar son:

- * la tendencia a moralizar sobre el modo como el enfermo se comporta o ha contraído la enfermedad;
- * la tendencia a dar consejos o indicar vías de solución prefabricadas, a decidir por el paciente sin contar con él, sin respetar el principio de autonomía y el necesario consentimiento informado;
- * la tentación de consolar con frases hechas y, con frecuencia, no sentidas, que pueden llegar a caer en un "encarnizamiento consolatorio";

* Religioso Camilo, Doctor en Teología Pastoral Sanitaria, Director del Centro de Humanización de Madrid, Profesor del Capítulo de Relación de Ayuda, Curso Integrado Clínicas Médico Quirúrgicas, 4º año de Medicina, 1997.

- * la tendencia a intentar explicar racionalmente la situación del enfermo interpretada con criterios externos, incluso allí donde no hay explicación posible, porque las cuestiones que se plantean versan sobre el sentido último de cuanto está sucediendo.

TRES ACTITUDES FUNDAMENTALES

Superadas las reacciones espontáneas, la relación de ayuda se propone como la relación movida por tres actitudes fundamentales, la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad. Estas actitudes se despliegan en técnicas y habilidades concretas, como la escucha activa, la personalización, las respuestas comprensivas, la confrontación, la destreza de iniciar, la autorrevelación, la inmediatez, la asertividad, etcétera. Presentaremos brevemente el significado de la tríada actitudinal.

La aceptación incondicional

La disposición de aceptación incondicional o consideración positiva, según los términos usados por la psicología humanista, (especialmente Roger y Carkhuff), significa acercarse al enfermo libre de toda tendencia a moralizar y con la confianza puesta en los recursos humanos aún presentes en la persona del ayudado, para que sea él el protagonista del proceso de ayuda.

No juzgar en la relación de ayuda, aceptar incondicionalmente al enfermo, es una disposición interior que nada tiene que ver con la ingenuidad de quien da siempre la razón por piedad o despersonaliza, como lo haría un padre irresponsable y superprotector.

Aceptar incondicionalmente en la relación con el enfermo significa, ante todo, aceptarle como persona, más allá de los comportamientos precedentes y actuales, quizás contrarios a la promoción de la salud. Es, sin duda, una actitud exigente. Aceptar incondicionalmente en la relación de ayuda supone no moralizar tampoco los sentimientos y las reacciones del enfermo. Supone, por tanto, ser capaces de aceptar la angustia que el enfermo vive y comprenderla. Las actitudes de regresión y de pacto o negociación, propias de comportamientos infantiles y que encontramos también en los enfermos, deberán ser aceptadas en la medida en que sirven para mantener un cierto equilibrio mientras se preparan momentos de depresión y reflexión, que suelen llevar a la interiorización de la situación real y a una mayor o menor aceptación de la misma.

La aceptación incondicional no tenderá a favorecer los mecanismos de defensa, sino a comprenderlos y acogerlos, considerándolos como recursos que el individuo utiliza para vivir su propia situación. El respeto llevará a favorecer un proceso de apropiación de su situación por parte del enfermo, más que la dirección hacia un determinado comportamiento.

Si una perspectiva es digna de ser subrayada en la persona del que sufre, es la de ser acogido en el modo personal y único de vivir la enfermedad, es decir, en los sentimientos. La destreza de escuchar activamente favorece el despliegue de esta acti-

tud. La escucha auténtica es un acto profundamente espiritual, que reconstruye a la persona, permitiéndola drenar el mundo emotivo y sentirse acogido como en un templo, esto es, en la persona del otro. La escucha activa es una caricia positiva que resulta terapéutica para la persona que sufre, porque libera de la soledad y de la marginación, tanto social como emotiva.

La comprensión empática

Por más que la cultura hospitalaria y una cierta tendencia en la formación de los futuros médicos proponga la neutralidad afectiva para regular las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes, la persona nunca puede prescindir totalmente del impacto emotivo, de modo especial en las circunstancias en las que el trabajo se convierte en hemorrágico, es decir, destructivo del propio rol y de la propia persona, en cuanto exige una energía superior a la comprensión recibida (piénsese en la relación con enfermos terminales e incurables).

Si la aceptación incondicional es el ejercicio de la dimensión femenina del ayudante (sea hombre o mujer), la comprensión empática es la actitud más propiamente masculina, que consiste en hacer el esfuerzo por entrar en el mundo del enfermo para intentar comprender su experiencia y transmitir comprensión.

A partir de la disposición a acoger, quien funciona empáticamente en las relaciones de ayuda intenta adoptar el punto de vista del enfermo para comprender su situación y poder así dar el importante paso de conseguir transmitir comprensión. La empatía entonces significa captar el significado personal y único que la enfermedad tiene para el enfermo concreto. Para ello es necesario identificarse con su situación y desidentificarse a la vez; ser capaz de entrar en su "pozo" de sufrimiento, vibrar con él y restablecer la distancia emotiva. Son tres fases necesarias para que la actitud pueda vivirse realmente. Encontrar el equilibrio entre implicación y retirada emotiva es el secreto de una persona madura, que no ha caído en el síndrome del *burn-out*, que no se quema en el trabajo con los enfermos ni mantiene la distancia defensiva que se traduce en frialdad en el trato.

Requisito imprescindible para comprender la experiencia del enfermo es captar las numerosas pérdidas que va experimentando y el significado real y simbólico que ellas tienen para el enfermo concreto: la pérdida de las habilidades físicas o de la armonía corpórea para quien cultivó una especie de omnipotencia imaginaria o para quien siempre anduvo a la búsqueda de la propia identidad, la pérdida de los lazos afectivos para quien los vivió complejos o para quien ya perdió personas queridas; la pérdida a veces de la autoestima hasta el punto de sentirse indignos de ser atendido.

La autenticidad

Ser auténticos en la relación con el paciente es algo más que ser sinceros. Es ser coherentes al comunicarse con el enfermo, mantener sintonía entre lo que se comunica y aquello que se cree, se espera, se siente, se percibe y se sabe. La persona auténtica sabe lo que siente y dice lo que sabe, no se anda con

falsas ilusiones ni frases hechas o hermosas teorías racionales que pasan por encima de la situación existencial concreta del enfermo.

La autenticidad hace humildes a los que quieren ayudar a los enfermos, para asumir el coraje de la impotencia y ser capaces de convivir con ella y de expresarse sin escaparse de la crudeza de la realidad. Por eso, el que es auténtico es capaz de decir, cuando así lo experimenta, que no sabe qué decir; es capaz de decir que tampoco él entiende por qué hay que sufrir tanto, es capaz de utilizar un lenguaje lleno de sentido, aunque se refiera al sinsentido de la vida o a la desesperación que en ella se experimenta en medio a tanta limitación y tan poca esperanza. La autenticidad, por tanto, implica hacer un proceso de elaboración del propio sufrimiento, de la propia sexualidad y de la propia muerte, integrándose debidamente.

La autenticidad llevará también a hacer un esfuerzo por purificar el lenguaje sobre el sufrimiento, para evitar todo tipo de frases que la cultura laica y religiosa han ido acuñando sobre él y que tienen resabio de fatalismo, dolorismo o incluso que presentan a un «dios sádico» poco o nada en línea con el mensaje liberador del Evangelio de los creyentes.

Y allí donde el agente de salud encuentre un conflicto ético por cualquier situación creada en torno a un enfermo, si funciona

con la actitud de la autenticidad, no caerá en el extremo de la manipulación de la conciencia ajena ni tampoco en la huida de la presentación humilde, pero valiente, de los propios valores a la búsqueda del bien.

Empatía, autenticidad y aceptación incondicional son las tres actitudes fundamentales de la relación de ayuda que hacen de ella un encuentro eficaz de comprensión de la situación en la que se encuentra el enfermo y permiten que la relación sea humana y humanizadora, dando calidad a la vida y haciendo saltar una chispa de sentido cuando parece que la enfermedad lo dificulta.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Bermejo JC, Bringas A, Burgaleta J, Elizondo F, Galve M, González A, Lázaro R, Ruiz J. Vivir sanamente el sufrimiento. Reflexiones a la luz de experiencias de enfermos. Tercera edición. Colección Iglesia y Mundo de la Salud, España 1994
2. Bermejo JC. Relación pastoral de ayuda al enfermo. Segunda edición. Colección San Pablo, España 1995.
3. Bermejo JC. Apuntes de relación de ayuda. Centro de Humanización de la Salud. España 1996.