

Reflexiones sobre la relación terapéutica y su práctica asistencial en enfermería de salud mental

Resumen

El propósito de este trabajo es deshilvanar los conceptos teóricos de la relación terapéutica para poder considerarlos detenidamente.

La relación terapéutica o de ayuda constituye el pilar sobre el que se ha construido la enfermería de salud mental. Se fundamenta en una comunicación eficaz y precisa, y en el manejo de habilidades y competencias relacionales por parte del profesional de enfermería. No obstante, a pesar del conocimiento teórico de dichas competencias en el ámbito mencionado, existen indicios suficientes para pensar que no se llevan a cabo con el nivel de calidad idóneo. Conceptos teóricos como la actitud empática, la aceptación incondicional y la escucha activa se tornan reales a la hora de ejercer en el día a día el rol de la profesión enfermera. De la misma forma, también se crean diferencias conceptuales, prejuicios, miedos y mecanismos de autoprotección que limitan la relación y ponen distancia entre el paciente y el profesional.

PALABRAS CLAVE: RELACIÓN TERAPÉUTICA, RELACIÓN DE AYUDA, COMUNICACIÓN, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA, PRÁCTICA CLÍNICA.

REFLECTIONS ON THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND ITS CLINICAL PRACTICE IN MENTAL HEALTH NURSING

Summary

The purpose of this paper is to unravel the theoretical concepts behind therapeutic relationship for careful consideration.

The therapeutic or helping relationship is the pillar on which is built the mental health nursing. It is based on an efficient and accurate communication and management relational skills on the part of the nurse. However, and despite the theoretical knowledge of these skills in the field of mental health nursing, there is enough evidence to believe that they are not applied within suitable quality standards. Theoretical concepts such as empathic attitude, unconditional acceptance and active listening become real with the daily exercise of the nursing profession. In the same way, practice also creates conceptual differences, prejudices, fears, and self-protection mechanisms that limit the relationship and they put distance between patient and nurse.

KEY WORDS: THERAPEUTIC RELATIONSHIP, HELPING RELATIONSHIP, COMMUNICATION, MENTAL HEALTH, PSYCHIATRIC NURSING, CLINICAL PRACTICE.

ANTONIO R. MORENO POYATO: Enfermero. Especialista en Enfermería de Salud Mental. Máster Universitario Cuidados Enfermeros: Metodología y aplicaciones. Profesor Escola Superior d'Infermeria del Mar (Adscrita Universitat Pompeu Fabra). Urgencias de Psiquiatria. Centres Assistencials Emili Mira. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar de Barcelona.
DIANA TOLOSA MERLOS: Enfermera de salud mental. Urgencias de Psiquiatria. Centres Assistencials Emili Mira. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar de Barcelona.
armorenop@parcdesalutmar.cat

Introducción

La relación que se establece entre la enfermera y el paciente o entre la enfermera y la familia se considera terapéutica *per se*, ya que forma parte del propio concepto de profesión [1]. Puede llevarse a cabo en cualquiera de los diferentes niveles en los que los profesionales desarrollamos nuestras actividades, ya sean hospitalarios o extrahospitalarios.

Peplau y autores más actuales, que han basado sus modelos en la enfermería centrada en el paciente, identifican la relación terapéutica como el pilar sobre el que se ha construido la enfermería de salud mental a lo largo de su historia [2].

Es, por tanto, una herramienta imprescindible en el cuidado del paciente con problemas de salud mental, puesto que, además, se trata de un enfermo con dificultades en el área relacional. En muchos casos el juicio de la realidad se halla alterado y la comunicación, en consecuencia, puede estar distorsionada. En función de cómo nos relacionemos con él favoreceremos la reestructuración de su pensamiento o aumentaremos las dificultades y fomentaremos su aislamiento.

La relación terapéutica se fundamenta en una comunicación eficaz, que favorezca la posibilidad de que una



Odilon Redon. *Silence*. 1900. Pastel sobre papel. Museum of Modern Art, Nueva York, EUA.

La relación
terapéutica se
fundamenta en una
comunicación eficaz

FACTORES DE CONFUSIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Una conversación	En la que se habla por hablar
Una discusión	En que se exponen unos argumentos y se defienden por encima de todo
Una confesión	En el sentido literal del término
Un interrogatorio	Donde uno puede llegar a sentirse acosado y ver limitada su libertad
Un discurso	Que pretende convencer al paciente
Una entrevista	En la que el paciente intenta que el profesional hable de él mismo
Una relación social	Como la que establecemos en otros ámbitos de nuestra vida, como con los amigos, la familia o los compañeros de trabajo, donde hay una implicación afectiva y emocional, y donde además se disfruta de una compañía, una diversión y un apoyo mutuo

TABLA 1

persona pueda ayudar a otra, siendo el paciente siempre el eje central de esta comunicación [3]. Para establecer una relación terapéutica que pueda garantizar unos cuidados de calidad, es preciso que el profesional de enfermería posea ciertas habilidades y actitudes (personales y comunicativas), como son la aceptación incondicional, la autenticidad, la actitud empática y la escucha activa [4].

Si, conceptualmente, estas condiciones parecen bien definidas, conocidas y aceptadas por parte del colectivo enfermero de salud mental, la experiencia personal y profesional, y la literatura publicada, hacen pensar que su ejercicio cotidiano no es aquel que los pacientes esperarían. El objetivo de este trabajo es deshilar los conceptos más teóricos de la relación terapéutica para, posteriormente, poder considerarlos detenidamente en su práctica asistencial.

Desarrollo

El rol principal de la profesión enfermera es «el cuidar» y, en tanto que el ser humano es un ser bio-psico-social-espiritual, resulta especialmente importante en salud mental la esfera psicológica de las personas, dadas las dificultades en el área relacional que presentan los enfermos mentales cuando ven alterado su proceso de salud.

Los cuidados deben empezar, por tanto, por establecer una buena relación terapéutica [5].

La relación terapéutica o relación de ayuda es un intercambio humano [6] que se establece con la finalidad concreta de ayudar a otra persona proporcionándole una mayor calidad de vida. Ello debe hacerse desde una perspectiva holística y de confianza, por lo que el paciente debe percibir que es el centro de todo el proceso, que lo que le pasa es importante para nosotros, que es acompañado, escuchado y tomado en serio, pudiendo comunicar en todo momento lo que le sucede [3].

Para ello es imprescindible considerar las emociones del paciente, ya que son una expresión necesaria en el ser humano y, en muchas ocasiones, causan sensaciones perturbadoras. Es importante crear un ambiente en el que el paciente pueda expresar lo que siente, facilitando así la convivencia con sus emociones y, por tanto, reduciendo sus conflictos y malestares internos.

Para entender qué es la relación terapéutica debemos previamente tener claro lo que no es [6] [tabla 1].

Si bien todo el proceso de la relación terapéutica tiene una gran importancia, puede decirse que la fase inicial o fase de orientación es fundamental, y que el transcurso de la relación será más o menos eficaz en función de cómo se establezca esta primera etapa. El objetivo es crear un clima de confianza y esto empieza con una buena acogida, pues en ella el profesional se juega la relación.

A medida que avanza la relación lo hace también el conocimiento mutuo y, en función de la confianza profesional que se haya adquirido, será más fácil el desarrollo de la fase intermedia o fase de trabajo, donde se elaborará conjuntamente un plan de acción para responder a las necesidades del paciente.

La fase final o de resolución es también una parte importante de la relación terapéutica, porque con ella se finaliza. Hay que tener conciencia del vínculo que ha supuesto la relación para el paciente para ponerle fin adecuadamente.

Objetivo de la relación terapéutica

El objetivo de la relación terapéutica es ayudar al paciente al cambio [6]. Para ello debemos acompañarlo y ayudarlo a identificar y a afrontar su problema de la forma más sana posible; ayudarlo a tomar conciencia de que es «agente» y no «paciente», por lo que debe implicarse y participar activamente en el proceso; a considerar otras posibilidades y otros puntos de vista; a comunicarse consigo mismo y con su entorno, acompañándolo en su sufrimiento y aceptando su condición humana.

Desde una perspectiva humanista, como profesionales, debemos poner plena confianza en la capacidad individual del ser humano para resolver sus problemas siempre que se encuentre en un contexto de relaciones humanas positivas y favorables, carentes de amenazas a la comprensión que tiene de sí mismo [7].

Según Rogers, la tríada de actitudes necesarias y, en principio, suficientes para que la relación de ayuda sea eficaz está compuesta por la escucha activa, la aceptación incondicional y la actitud empática. Ahora bien,

para que haya una verdadera ayuda y tenga lugar el cambio terapéutico, es imprescindible que el profesional comunique al paciente la autenticidad de la relación, de modo que no basta solamente con que esas actitudes existan. La autenticidad también del profesional permite un diálogo sincero y constructivo entre él y el paciente; es una persona experta y formada, pero no deja de comunicarse con él como ser humano [7].

La empatía es la herramienta principal de la relación terapéutica; se trata de una capacidad/habilidad cognitiva de cada persona, pero la relación de ayuda requiere más que eso, requiere una actitud. La actitud empática es una predisposición interior del profesional de ayuda a querer entender el mundo subjetivo del paciente, es decir, querer entender, captando detrás de las palabras, entre líneas, los sentimientos, las ideas..., en definitiva, el significado que da a las cosas y cómo las experimenta, transmitiéndole que le importa lo que a él le preocupa.

Permite al paciente sentirse más cómodo y comprendido, mejora su autoestima, le ayuda a confiar y a entenderse mejor. Y capacita al profesional a sentir con él, pero no lo mismo que él [8]. Comprender al enfermo no es identificarse con él.

Esta disposición interior del profesional debe traducirse en habilidades de comunicación.

La aceptación incondicional supone la consideración sin condiciones de la persona que busca ayuda. Recibir, aceptar y comprender con neutralidad lo que aquella transmite en la relación, es decir, acoger su mundo emotivo y sin ninguna condición, acoger la forma en que la persona está dispuesta a rebelarse y a mostrarse en dicha relación.

Dado que los juicios de valor no estimulan el desarrollo personal, el profesional debe abstenerse de todo juicio o valoración crítica, no ser juez o modelo, sino persona que acompaña y ayuda. No obstante, esto no lleva consigo aceptar toda conducta como buena. La aceptación de un determinado comportamiento del ayudado no requiere asumirlo como deseable, sino simplemente como natural y esperable dado el contexto y las percepciones del ayudado. Este es un elemento humanizador de la relación de ayuda [7].

Juzgar los actos y no a las personas que los realizan constituye un ejercicio de humildad y aceptación profunda de nosotros mismos y de los demás tal y como somos.

Escuchar a un paciente es mucho más que obtener información sobre él; escuchar activamente lleva consigo hacerlo con toda «nuestra persona». Se trata de una pieza fundamental e insustituible en todo proceso comunicativo [9], pese a tratarse de la técnica de comunicación más descuidada. El difícil arte de escuchar implica estar expuesto al miedo, a la verdad del paciente y a la nuestra misma.

La escucha activa se define como un modo de dispo-

nerse que estriba en el deseo de adentrarse en la realidad propia o ajena, con la intención de leerla, comprenderla, interpretarla, aprehenderla y, en algunos casos, intentar transformarla. Este proceso psicológico que implica interés, motivación, atención..., y que precisa una buena capacidad de comprensión intelectual y afectiva, lleva consigo tener una actitud de disponibilidad y apertura a la experiencia comunicante, lo que obliga a un compromiso y entrega personal seria del receptor [10].

Es imprescindible considerar las emociones del paciente

Escuchar de una forma activa significa hacerlo en todas las dimensiones de la persona que nos comunica sus problemas. Para ello, Carkhuff distingue tres tipos de escucha: la atención física, es decir, la postura del ayudante; la observación, que indica la capacidad del ayudante de captar el comportamiento no verbal del emisor (su postura corporal, sus movimientos, las expresiones de su rostro), y la escucha propiamente dicha, que implica poner máxima concentración en el mensaje contenido en las palabras [citado en 9].

Para poder llevar a cabo una escucha activa a través del énfasis que la persona que escucha pone en cuidar la atención física y la observación de la comunicación no verbal, es esencial adiestrarse en el conocimiento y la superación de los diferentes obstáculos que es posible encontrarse en toda dinámica de escucha. Estos pueden llegar a ser desde aquellos propios del área fisiológica (el cansancio corporal, los ruidos físicos, el clima...), del área emocional (sentimientos del ayudante y los «contagios» por el ayudado) y del área cognitiva (prejuicios morales, culturales, primeras impresiones, ideas preconcebidas...), siendo esta última la que más dificulta el proceso de escucha activa, puesto que estos obstáculos se hallan en nuestro cerebro y los llevamos con nosotros mientras interactuamos con los demás. Si bien es cierto que no es posible evitar todo este conjunto de pensamientos, sí debemos tener en cuenta el hecho de canalizarlos adecuadamente a fin de reducir su efecto y conseguir que interfieran lo menos posible en el proceso de comunicación.

Los profesionales, por tanto, debemos estar dispuestos interiormente para acoger las manifestaciones del otro sin juzgarlo y sin intentar imponer nuestras propias ideas, valores o pensamientos [9]. Escuchamos para entender mejor (escucha receptiva), pero también y, sobre

todo, para que el paciente se sienta a sí mismo y se entienda mejor (escucha reflexiva) [3].

A tenor de lo referido anteriormente con respecto a la observación de la comunicación no verbal, cabe destacar la importancia del lenguaje no verbal en todo proceso comunicativo, pues en numerosas ocasiones puede llegar a transmitir intenciones más profundas que el verbal. Toda actitud al exterior que muestre el paciente contribuye a ofrecer al profesional de enfermería un acceso a su persona.

La comunicación no verbal constituye una parte muy importante sobre la que se construyen las relaciones humanas, motivo por el cual es vital que tomemos conciencia de las manifestaciones no verbales y de sus significados. El lenguaje no verbal, a través de los gestos, el tacto y la mirada crea una relación que, si bien es cierto, no reemplaza la precisión de las palabras, llega a transmitir cierto grado de comprensión muy importante en la relación de ayuda [11].

Discusión

En los más de 60 años que los profesionales de enfermería teorizan en torno a la relación terapéutica, parece que los resultados en la práctica clínica manifestados por los pacientes no son tan evidentes como cabría esperar.

Las líneas de investigación que se han ido llevando a cabo en los últimos años se han dirigido hacia el rol que desempeña el profesional y sus conocimientos, actitudes y habilidades [12]. No obstante, en resultados de estudios posteriores se observa que los pacientes verbalizan que aún existen prejuicios, que perciben falta de aceptación y de comprensión hacia ellos y hacia cómo manifiestan sus necesidades. Esto hace pensar que, en el caso de la enfermería de salud mental, no solo el conocimiento teórico de dichas herramientas comunicativas y relacionales es suficiente para proporcionar cuidados de calidad [13-18].

La primera pregunta que surgiría es si el concepto de relación terapéutica es el mismo para los pacientes que para los profesionales de enfermería y, si es distinto, ¿cuál es realmente el que prima? Quizás deba buscarse la sinergia entre ambos.

Seis enfermeras psiquiátricas con experiencia formaron parte de un estudio mediante teoría fundamentada publicado en el año 2006 por Scanlon, en el que se pretendía comprender el significado que las enfermeras atribuían a la relación terapéutica. Los resultados del estudio indicaron que el proceso de desarrollo de dicha relación es una combinación de experiencia aprendida a través de la adquisición de habilidades interpersonales. Sin embargo, estas habilidades resultan redundantes si el individuo no ha obtenido suficiente experiencia de vida, de forma que intuitivamente aprecie los aspectos terapéuticos de la relación de ayuda [2].

Shatell, en el año 2007, lleva a cabo un estudio fenomenológico en el que pretende que los pacientes describan qué es para ellos lo terapéutico de la relación de ayuda. De su análisis surgieron tres temas principales: los pacientes pedían que la enfermera se relacionase con ellos (sentirse conectado y comprendido), que los conociera como personas y que se pudiera llegar a una solución juntos [19].

No cabe duda de que los conceptos de unos y otros no son opuestos, pero sí algo discordantes. No obstante, coinciden, en este caso, en la importancia de las habilidades interpersonales de los profesionales.

Esas habilidades de relación que se han desarrollado en el apartado anterior son conocidas por el colectivo enfermero, si no en su totalidad, sí en su mayor parte.

Teniendo en cuenta la conclusión de Scanlon, parece evidente que el conocimiento de dichas habilidades no es suficiente, incluso redundante si se carece de la comprensión de su significado. Probablemente esta consideración daría lugar al siguiente cuestionamiento: ¿los profesionales de enfermería no comprenden, hasta que adquieren la suficiente experiencia, el significado de cuidar? Si aceptáramos una respuesta afirmativa deberíamos asumir una limitación formativa importante para la profesión.

Por otro lado, existen factores como los prejuicios creados por las enfermeras, la falta de aceptación y de comprensión del paciente, la tensión profesional por acumulo de tareas y la falta de identidad profesional, que también limitan la comunicación con el paciente [19]. Todas estas circunstancias no parecen estar ligadas a la experiencia profesional, si no más bien al autoconocimiento y a la autorreflexión.

De todas formas, ¿no es posible que, aunque los profesionales de enfermería dispongan de esas habilidades comunicativas, utilicen una comunicación más centrada en la intervención (carga de tareas) como mecanismo de autoprotección contra aspectos emocionales o de defensa?

Puede ser que esas emociones que se producen por motivos tales como el miedo a dañar al paciente, el miedo a perder el control de la situación, la ansiedad por desempeñar nuestro rol sanitario con corrección, e incluso el miedo a poder tener el mismo problema o enfermedad que el paciente, sean los que nos estorben notablemente a la hora de establecer una buena relación terapéutica [20].

Conclusiones

La literatura publicada evidencia el gran desarrollo teórico-conceptual de la relación terapéutica, pero también muestra las carencias en torno a la medición de la eficacia, tanto de los resultados como del proceso de aplicación de la misma, por lo que creemos podría ser esta una línea inicial de investigación.

El trabajo muestra las percepciones que tienen los

Requisitos imprescindibles:

- la aceptación incondicional
- la autenticidad
- la actitud empática
- la escucha activa

pacientes con relación a la presencia de prejuicios, falta de aceptación y comprensión hacia ellos que todavía existe entre los profesionales, y así lo señalan como principal limitación en su cuidado. Para los profesionales de enfermería, las dificultades en la práctica asistencial vienen dadas tanto por su experiencia profesional como vital, es decir, por su madurez/inmadurez a nivel personal, y por tanto, por su autoconocimiento y su capacidad de autorreflexión.

Múltiples elementos intervienen en la práctica de la relación terapéutica, pero parece evidente que, a igualdad de competencias relacionales entre dos profesionales, los aspectos intrapersonales de cada uno de ellos influirán en la eficacia y en la calidad de sus cuidados.

Por lo tanto, quizás cabría esperar que el ámbito en que intervienen los conceptos del autoconocimiento y la autorreflexión sea el que deba mostrarnos las siguientes líneas exploratorias, conocer cómo estos aspectos inciden en la calidad de nuestros cuidados, y cómo encontrar en nosotros mismos las estrategias necesarias para resolver las limitaciones que de ellos se derivan en el día a día de nuestra labor.

Tanto a nivel nacional como internacional, la investigación en este ámbito es escasa y se hace preciso profundizar en su conocimiento. Además, sin duda, la inclusión del autoconocimiento, la autorreflexión y la autogestión de los mismos, como materias en la formación de los profesionales de enfermería, ayudaría notablemente a la mejora de la calidad de la relación terapéutica, especialmente en el ámbito de los cuidados a pacientes con problemas de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2 ed. Barcelona: Masson; 2001.
- [2] Scanlon A. Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006; 13(3): 319-329.
- [3] Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. 1 ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería; 2007.
- [4] Moreno AR, Tolosa D. La relación terapéutica, más allá de la aptitud. *Ag Inf*. 2011; 15(3): 110-112.
- [5] Vidal R, Adamuz J, Feliu P. Relación Terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global* [revista en internet] Oct 2009 [consultado 14 Oct 2012]; 8[3]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>
- [6] Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2 ed. Madrid: Elsevier; 2010.
- [7] Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós; 1989.
- [8] Bermejo JC. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo; 1997.
- [9] Cánovas Tomás, Miguel Ángel. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [Tesis Doctoral]. Murcia: Teseo, Universidad de Murcia; 2008.
- [10] Maslow A. Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1991.
- [11] Riopelle L. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
- [12] Cibanal L, Arce MC, Domínguez M, Galao R. Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda de enfermería. *Revista de Enfermería*. 2000; 12: 22-32.
- [13] Hem MH, Heggen K. Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *J Adv Nurs*. 2003; 43(1): 101-108.
- [14] McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004; 13: 41-49.
- [15] Connor S, Wilson R. It's important that they learn from us for mental health to progress. *J Ment Health*. 2006; 15(4): 461-474.
- [16] Coffey M, Hewitt J. «You don't talk about voices»: voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing. *J Clin Nurs*. 2008; 17(12): 591-600.
- [17] McCann TV, Baird J, Clark E, Lu S. Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15: 10-16.
- [18] Ahmead MK, Rahhal AA, Baker, JA. The attitudes of mental health professionals towards patients with mental illness in an inpatient setting in Palestine. *Int J Ment Health Nurs*. 2010; 19: 356-362.
- [19] Shattel M, Starr S, Thomas S. «Take my hand, help me out»: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(4): 274-284.
- [20] García MI, López MN, Vicente MJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo? *Index Enfermería*. 2004; 47: 44-48.

Otra bibliografía:

Conangla Marín M. Acompañar en un viaje emocional. La inteligencia emocional aplicada a la relación de ayuda. 2004; 27(03): 202-210.