

Ética y comunicación

Montserrat Busquets Surribas*, Pilar Antón Almenara**

INTRODUCCIÓN

La ética se considera como la parte del conocimiento que estudia la argumentación de una determinada postura desde la concepción del ser humano como persona. El propósito central del estudio de la ética en nuestra profesión, es buscar los comportamientos profesionales que promuevan, fomenten y mantengan en los usuarios de nuestros servicios, los derechos inherentes a las personas.

El núcleo central de la discusión ética consiste en contextualizar los aspectos que previamente se vinculan a una situación, aquellos que pueden derivarse de cada una de las resoluciones a tomar, asociándoles la jerarquía de valores consecuente a las personas involucradas.

Uno de los motivos que llevan a una persona a convertirse en enfermera y a mantenerse en la profesión, es un sentido de responsabilidad hacia los demás, que se concreta en la relación interpersonal que tiene lugar al desarrollar los actos profesionales. El cuidado de enfermería se materializa en esa interrelación, siendo así como se desarrolla nuestra responsabilidad hacia el otro. *Responsabilidad desde la perspectiva ética no significa dirigir a la otra persona, ni mucho menos manipularla.* La enfermera se plantea la relación interpersonal como una relación con personas únicas, que precisan que alguien les cuide y atienda sus necesidades. Desarrollamos nuestra responsabilidad hacia el cuidado de las necesidades de los demás, basándonos en que ambos, la enfermera y la persona que precisa el cuidado, tienen en común ser personas.

En este contexto, a la enfermera le resulta imprescindible ser concedora y experta en relaciones humanas, convir-

RESUMEN

Reflexión novedosa e interesante sobre el rol de la ética y la comunicación en la profesión enfermera. En el artículo se analiza la comunicación como un instrumento imprescindible para tomar decisiones de cuidados que estén movidas por la ética, es decir, que fomenten los derechos humanos en los enfermos necesitados de atención enfermera. Se explicitan algunos ejemplos de aproximación ética de enfermería con respecto a enfermos hospitalizados, y se habla de los peligros de «ponerse en la piel de otro» como única forma de comprender.

tiéndose la comunicación en el instrumento básico para la toma ética de decisiones de cuidados. En el presente artículo se habla de comunicación en esta línea y se analizan algunos de los requisitos que posibilita la aproximación ética de la atención de enfermería; se efectúan referencias concretas a situaciones de cuidados de personas con problemas de salud y en situación de hospitalización, a los que en el texto nos referiremos como enfermos.

La comunicación como instrumento básico en la toma ética de decisiones de cuidados

Ruth Mackay, enfermera experta en comunicación en enfermería señala: «las habilidades para llevar a cabo la comunicación interpersonal resultan funda-

mentales para proporcionar cuidados de calidad en los servicios de salud». La comunicación supone establecer un proceso en el que la enfermera y el enfermo escuchan lo que dicen y validan los posibles significados. El objetivo básico de la comunicación en enfermería es ayudar al enfermo a concretar las percepciones de lo que cree necesitar, e ir desgranando y validando juntos las posibles formas de ayuda que la enfermera puede llevar a cabo. La misma autora citada anteriormente señala: «el componente básico de la verdadera comunicación es desarrollar la habilidad para llevar a cabo respuestas empáticas, respuestas que expresen la comprensión de lo que el enfermo dice, que expresen una actitud de cuidado hacia él dentro de la relación de ayuda».

Numerosos autores han trabajado el concepto de empatía, definiéndola como aspecto del comportamiento humano, como componente de la personalidad, como experiencia emocional, buscando diferencias y similitudes con simpatía... Todas las definiciones tienen como idea central que empatía es la capacidad de expresar comprensión a otra persona, comprender lo que al otro le pasa, entender sus sentimientos y comunicárselo. Una situación puede definirse como empática cuando se aproximan los significados que tiene para las personas que la viven.

Dos personas están comunicándose con efectividad cuando las dos saben de qué hablan, sienten que dicen lo mismo,

Responsabilidad, desde la perspectiva ética, no significa dirigir a la otra persona, ni mucho menos manipularla

*D.E. Profesora Titular Interina.

**D.E. Profesora Titular.

E.U.E. Universidad de Barcelona.

o bien que lo que dicen tiene un mensaje conocido para ambos. La comunicación como instrumento ético no es una actividad aislada sino un proceso, imprescindible para la toma de decisiones centrada en la persona del usuario, por ello no puede separarse de la relación de ayuda. Las enfermeras debemos partir de la situación y vivencia del enfermo, buscando lenguajes comunes. Evidentemente no nos referimos únicamente a la expresión verbal; el término lenguaje está utilizado en este contexto en toda su amplitud. La comunicación puede expresarse de mil formas en función de la capacidad y sensibilidad de la enfermera para adaptarse a las respuestas que el enfermo le da. Centrar la atención en el enfermo significa tener en cuenta que las palabras pueden ser sustituidas y que siempre van acompañadas de la capacidad de escuchar y de los actos que realizamos. Comunicarse es un proceso dinámico y abierto, donde todo lo que forma parte de la situación es importante y transfiere mensaje. La posibilidad terapéutica se amplía a todo lo que está en contacto con el enfermo. Así el contexto y el medio ambiente son dos de los elementos a tener en cuenta, en los que a menudo hemos de introducir modificaciones.

El hospital, la unidad de enfermería, el despacho, la habitación..., con su estructura humana y arquitectónica, comunican con el enfermo que vive en ellos momentos de su vida particularmente difíciles. Nuestra habilidad empática va igualmente referida a crear un medio ambiente en el que el enfermo sea explícitamente el centro de la atención.

La enfermedad y la hospitalización generan importantes sentimientos de inseguridad personal en el enfermo. Frecuentemente suponen la inmersión en un mundo desconocido, quizá visto con miedo: al dolor, a la muerte, a lo desconocido... El paciente debe aprender a moverse dentro del hospital en una situación de franca desventaja; desde una enfermedad y fuera de su habitat cotidiano. La premisa básica del cuidado es no introducir más dificultades a su proceso de afrontamiento y adaptación. Por ello el análisis y movilización de los elementos del ambiente (físicos y humanos) es un factor a desarrollar en la atención de enfermería centrada en el enfermo.

G. Jervis, entre otros autores, ha trabajado el sentimiento de familiaridad, y señala textualmente: «El mundo personal de vida es el mundo práctico per-

sonal y cotidiano de cada uno de nosotros, que se organiza a partir de lugares familiares, de personas de comportamientos predecibles, de pequeños hábitos garantizados» Según el autor la seguridad personal requiere un mínimo sentimiento de previsibilidad de los acontecimientos y la posibilidad de poder proyectarse en un futuro más o menos inmediato. El hospital con frecuencia es un mundo donde todo resulta posible, nada es previsible y por tanto nada puede asegurarse, los acontecimientos frecuentemente dependen de terceras personas... Todos sabemos que la cotidianeidad hospitalaria es tremendamente rutinaria y rígida en sí misma, pero que para los enfermos es prácticamente imprevisible.

Jervis explica que cuando una persona entra en contacto con individuos, lugares o acontecimientos nuevos, inviste de familiaridad aquello que vive. No es posible vivir momentos en los que no haya familiaridad, toda nuestra interpretación y valoración se basa en los hechos acaecidos anteriormente. La familiaridad constituye un sentimiento clave para dar sentido a lo que nos sucede; nos lo hace comprensible, nos sitúa y nos posiciona. Podemos comprender lo que personas, cosas y situaciones nos dicen, comparándolo con experiencias vividas anteriormente. Se trata de una aportación importante para el planteamiento de la atención de enfermería; de cómo seamos capaces de encontrar lenguajes comunes, actos familiares, de cómo demos la posibilidad al enfermo de darse a conocer, de saber qué le pasará, qué debe o no hacer, cómo su situación actual puede condicionar su proyección de futuro, depende que su interpretación y comprensión esté más o menos próxima a la realidad que le queremos transmitir. Del sentimiento de familiaridad depende en gran medida

La comunicación como instrumento ético no es una actividad aislada, sino un proceso imprescindible para la toma de decisiones centrada en la persona

su posibilidad de participación activa y de elección.

Cuidar a las personas con problemas de salud

Éste es un gran campo de investigación enfermera. ¿Cómo podemos conseguir que las situaciones de enfermedad y hospitalización contengan elementos de la vida cotidiana de los enfermos? ¿Cómo personalizar la adaptación a las situaciones hospitalarias? ¿Cómo comunicarlo? ¿Qué elementos personales puede el enfermo seguir utilizando a pesar de encontrarse mal y vivir en el hospital? La ropa, fotografías, utensilios personales, costumbres, palabras... pueden acercar la vida dentro del hospital a la vida fuera de él y lograr que el cambio y la nueva situación sean más factibles. Presentamos dos casos que nos ayudan a ejemplificar esta idea.

El primero se trata de un hombre de 35 años, profesor de gimnasia de una escuela pública, casado y con dos hijos de 7 y 11 años. Estaba ingresado por una afección neurológica de Guillén Barré. A los tres meses de estancia fue trasladado a un centro de rehabilitación. Cuando preparábamos sus cosas para el alta del hospital, nos comentó que un aspecto que recordaba como motivo que le ayudó a responsabilizarse de su situación y participar activamente en su tratamiento, fue el olor de una colonia. Eso le conectó con su hijo pequeño.

El segundo ejemplo trata de un señor de 70 años, casi ciego, que vivía con su mujer y no tenía más familia. Sufrió un accidente vasculocerebral que le afectó la fuerza y movilidad de la pierna derecha. Desde su ingreso parecía sumergido en un mundo inescrutable, casi no hablaba, comía poco, pero parecía aceptar los cuidados que le practicábamos. Hablando con su mujer supimos que era muy meticuloso y cuidadoso y que, debido a su problema con la vista, en casa utilizaba un bastón de madera. Le pedimos que nos lo trajera y lo sustituimos por la muleta que le había proporcionado el servicio de rehabilitación. También le pedimos ropa de casa, en concreto su pijama. El enfermo sonrió por primera vez cuando su mujer le puso su pijama «de siempre». Se fue de alta dos semanas después, andando con la ayuda de su mujer y de su bastón.

Estos hechos, que se encuentran dentro de cada experiencia profesional, deben considerarse como aspectos fundamentales, incluyen en la vida del hospital los aspectos cotidianos de los

enfermos, por lo que nos ayudan a personalizar los cuidados. Tienen tanta importancia como cualquier otra actividad terapéutica y no pueden dejarse al azar.

Requisitos para que la comunicación sea un instrumento ético

En la relación diaria con el enfermo para que la enfermera utilice la comunicación como instrumento ético, desarrollando actitudes empáticas y teniendo en consideración el medio ambiente, se precisan unos requisitos. Para analizarlos los hemos dividido en tres áreas: conceptual, aspectos relativos a la organización del trabajo, y aspectos personales de la enfermera como profesional.

Es un error dejar exclusivamente en manos de los teóricos el estudio de las teorías y de los marcos conceptuales de enfermería. Janice Nelson, en un trabajo sobre la utilización de los modelos conceptuales en los servicios de enfermería, apunta: «Es importante remarcar que los servicios de enfermería son el ámbito culminante ya que es donde suceden los acontecimientos de enfermería y donde tiene lugar la validación de las teorías, a través de la investigación»

Pensar a quién dirigimos nuestros servicios, clarificar cuál es el objetivo básico de nuestro cuidado, qué queremos transmitir, cómo vamos a llevarlo a cabo, cuál es nuestra posición frente a la vida, la enfermedad, la muerte... nos ayuda a concretar el ámbito y el contenido de nuestros cuidados, a introducir nuevos aspectos y a priorizar los problemas de forma diferente. Nos permite comunicarnos de forma más clara. Por ejemplo, con un enfermo con una afasia mixta, si situamos la intervención desde los aspectos biológicos y teniendo como objetivo básico la curación de la enfermedad, y consideramos, sobre cualquier otro aspecto, la afasia como lesión física con la imposibilidad física de hablar y comprender, surgirá una barrera casi infranqueable: la posibilidad de conocer al enfermo como persona e informarle de los motivos de nuestros cuidados será prácticamente imposible. Normalmente, en situaciones así, los intentos de acercamiento son muy angustiantes para las dos personas, enfermo y enfermera, porque evidencian más las dificultades. Cada intento de comunicación transmite que no es posible.

En situaciones como ésta queda más reflejada la necesidad de tener muy claro que comunicar no es sólo hablar, sino



que nuestra intencionalidad queda poderosamente reflejada en nuestros actos, ya que en ellos se materializa nuestra filosofía de cuidados.

No podemos obviar la reflexión sobre cómo trabajar para el momento concreto de llevar a cabo el cuidado. La discusión acerca de para quién trabajamos, qué queremos conseguir y cómo hacerlo, debe llevarse a cabo de forma razonada y previamente a la acción. En el ejemplo del enfermo afásico, trabajando en pro de la calidad de vida, con un enfoque multidimensional y centrado en la familia, y atendiendo al proceso de duelo que genera la enfermedad, aunque la expresión y comprensión verbal estén seriamente dañadas, es posible plantear la atención de forma que la persona como tal no quede mermada porque su fisiología tenga una determinada alteración.

Tan importante como reflexionar sobre los aspectos teóricos es hacerlo sobre la organización de nuestro trabajo. Observemos que con frecuencia, aunque la enfermera quiera llevar a cabo la atención de forma individualizada, la tarea se convierte en la finalidad de su trabajo. La comunicación que puede establecerse trabajando por tareas es

parcelada y va dirigida mayoritariamente a buscar la aceptación y conformidad del enfermo con respecto a lo que le hacemos. Si conceptualmente queremos un enfoque de trabajo centrado en la persona enferma y no en su enfermedad, la organización del trabajo debe basarse en las necesidades de los enfermos y no en las tareas de enfermería. Los grandes hospitales se pusieron en marcha con el auge de la tecnología y de las respuestas biológicas y médicas a la enfermedad. Todavía hoy en día en algunos lugares y algunas personas se identifica enfermera con A.T.S., o sea, enfatizan únicamente el componente técnico y de ayudante del médico, dificultando y a menudo impidiendo la posibilidad de escuchar y conocer al enfermo en tanto que persona concreta y así actuar en consecuencia.

La organización vertical, frecuente en nuestros servicios, dificulta el cuidado centrado en el enfermo porque aleja a las enfermeras con cargos en la dirección de su asistencia directa y cotidiana. La distribución de la responsabilidad de los cuidados por turnos de trabajo favorece que éstos obedezcan más a las necesidades horarias de las enfermeras que a las necesidades de los pacientes



y dificulta enormemente plantear y evaluar la atención de forma global.

La organización del servicio materializa y concreta los valores que profesionalmente queremos transmitir; por ello supone un proyecto común para trabajar las situaciones de salud de sus usuarios. Es requisito indispensable para la aproximación ética del cuidado.

La tercera área a considerar en la atención de enfermería desde la perspectiva ética, se refiere a la persona de la enfermera. ¿Qué nos pasa cuando trabajamos con enfermos? Siendo el propósito de este artículo hablar de una concepción del cuidado que contemple a las personas, no podemos obviar a la enfermera en este sentido.

Volvamos al concepto inicial, la comunicación como proceso para entender al usuario y poder darle respuestas adecuadas a su situación. Las personas llegamos a comprender a los demás mediante un proceso psicológico en el que identificamos en nosotros mismos lo que le sucede al otro; por ejemplo, cuando alguien dice «me duele» puedo comprender qué le pasa porque lo comparo con mi experiencia del dolor; así puedo imaginar, con menor o mayor acierto, su dolor. Repitiendo las palabras de Jervis, comprendemos en base a lo que nos es familiar, tratando de ponernos en lugar del otro para saber cómo se siente. Este «ponerse en la piel del otro», única forma de comprender, tiene dos peligros importantes.

Por una parte, un exceso de implicación que puede llevarnos a confundir nuestros propios sentimientos con los del enfermo, interpretando lo que le sucede basándonos exclusivamente en

nuestro parecer. Podemos vivir la situación en primera persona y quedarnos atrapados en ella. Sentirnos igual que él: doloridos, temerosos, incapaces, asustados... La interpretación de la realidad y las posibles formas de afrontarla quedan limitadas. Las respuestas profesionales están altamente tamizadas por la experiencia personal.

Vivir la situación exclusivamente de forma subjetiva imposibilita la adopción de cuidados que respondan a las necesidades de la persona a la que van dirigidos.

El otro peligro es lo que podríamos llamar exceso de familiaridad. Surge cuando antes de que el paciente se exprese ya creemos saber qué le pasa, porque lo hemos visto muchas veces anteriormente, o al menos así lo pensamos. Opinamos que a todos los enfermos en situaciones iguales les sucede lo mismo. Es la «normalización» lo que nos dificulta observar si a una persona en concreto le sucede lo mismo que supuestamente les ocurre a los demás. Un exceso de familiaridad también dificulta la individualización de la atención.

**La «normalización»
dificulta poder
observar si a una
persona en concreto
le sucede lo mismo
que supuestamente
les ocurre a los demás**

Posiblemente el desgaste personal en esta segunda situación sea menor que en el exceso de implicación; quizás un cierto grado de normalización es necesaria, pero debemos ser cuidadosos para que no nos impida vez a la persona concreta que tenemos delante.

La capacidad de empatizar, comprender, escuchar, no sólo requiere un conocimiento teórico. La posición personal del profesional frente a lo que el enfermo le comunica, cómo lo siente, cómo lo vive, qué le sugiere, qué le recuerda, qué ansiedad le genera, son conocimientos básicos para la atención al enfermo. Objetivar y hacer conscientes las emociones, fantasías, sentimientos... que surgen hacia nuestros usuarios, nos ayuda a profesionalizar la experiencia como enfermeras. El componente emocional está siempre presente y es en gran medida el motor de nuestras acciones. Tener espacios donde poder analizarlo constituye la forma de distanciar lo que al enfermo le pasa y lo que a nosotros nos sugiere sin alejarnos de él y sin minimizar su experiencia. El autoanálisis es requisito imprescindible para la comunicación ética y debe llevarse a cabo paralelamente a la conceptualización de la atención y a la organización de los servicios de enfermería.

La posibilidad de cuidar éticamente, de centrar la atención de enfermería en las personas a las que se dirige, de contribuir a su capacidad de decisión y autorresponsabilidad, de que el problema de salud y la hospitalización no mermen la dimensión humana, tiene en la comunicación su elemento técnico. De cómo analicemos cuál es realmente el motivo de nuestras respuestas a los enfermos y qué queremos transmitir como grupo profesional, y cómo hacerlo de la mejor forma posible dentro de cada ámbito de trabajo, como personas individuales, depende de los conflictos que inevitablemente surgen en situaciones de enfermedad, sean el motor de la investigación enfermera que busca respuestas a cómo ofrecer una atención que contemple cada vez con más rigor la realidad de las personas a las que va dirigida, dotándolas del máximo protagonismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Tschudin V. Ethics in nursing. The caring relationship. London: Heinemann, 1986.
 MacKay R, Hugues J, Joyce Carrer E. Empathy in the helping relationship. New York: Springe Publishing Company, 1990.
 Jervis G. Manual crítico de psiquiatría. Barcelona: Anagrama, 1977.
 Northouse P, Northouse L. Health communication. Strategies for health professionals. Connecticut: Appleton & Lango, 1992.