



# EL DESARROLLO DE LA RELACIÓN “ENFERMERÍA-MÉDICO-PACIENTE”

---

J.A. Flórez Lozano

*Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo*

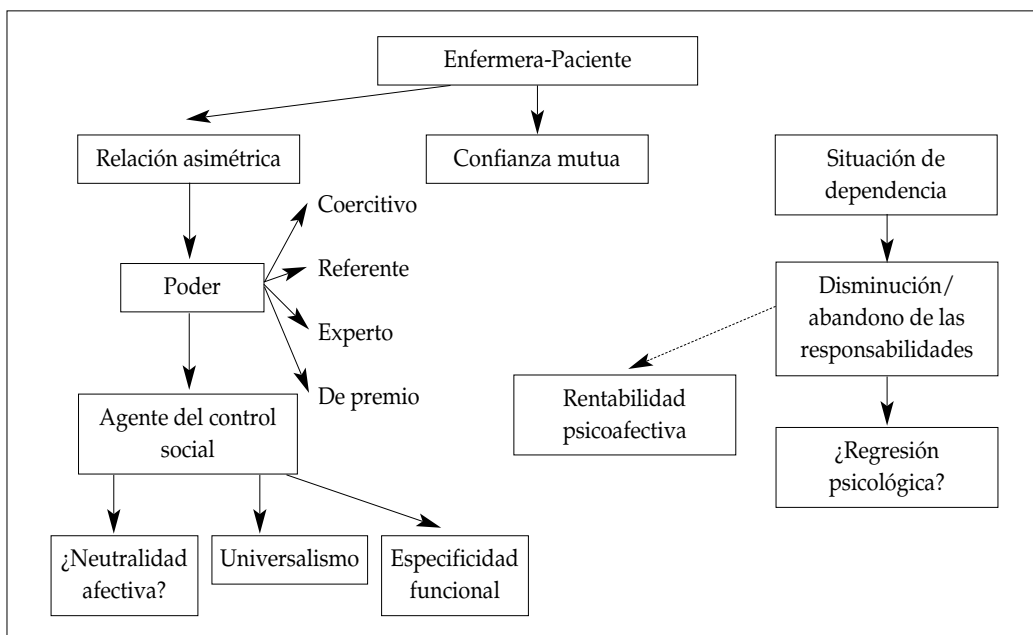
*«Uno no es como cree que es sino como le ven los demás.»*

**M. de Unamuno**

## INTRODUCCIÓN

El marco de la relación profesional del médico y/o enfermera con el paciente viene delimitado por unas relaciones interpersonales específicas en las que ambos comunicantes son personas ajenas entre sí y trabajan estrecha y conjuntamente en la resolución de un cierto problema determinado, es decir, la enfermedad. Este sistema de relación tiene un carácter terapéutico por cuanto constituye el vehículo a través del cual el enfermo es capaz de clarificar y de reconstruir los sentimientos, pensamientos e ideas que posee. De igual manera, resulta especialmente importante y fundamental que médicos y enfermeras traten de concienciarse acerca de sus valores, juicios, sentimientos y pensamientos que, necesariamente, van a influir en este proceso terapéutico interpersonal.

En todo este proceso terapéutico, la efectividad va a constituir el pilar fundamental para conseguir dicho intercambio y comunicación profusa. Con cierta frecuencia, sobre todo en el medio hospitalario, la afectividad aparece alterada y no sólo desde el ángulo del paciente, sino también de la enfermera y/o médico. Aparece de esta manera, hostilidad, tristeza, frialdad, falta de reacción emocional, etc. Por eso tenemos que ver al paciente «por sí mismo» y «en sí mismo», ignorando lo bien o mal que nos cae un paciente, logrando que aflore con nitidez su personalidad. Frecuentemente en este proceso «personal sanitario-enfermo» aparece una importante «incontinencia emocional», que es necesario distinguir de la «labilidad emocional». Las personas lábiles



**Figura 1.** Características más importantes en la relación «enfermera-paciente».

tienden a llorar con cierta frecuencia ante el menor estímulo. Algunos pacientes no pueden tolerar la frustración impuesta por el ingreso hospitalario, por la enfermedad y por sus consecuencias (exploraciones dolorosas, cambios súbitos en los hábitos sociales, laborales y rutinarios, pérdidas económicas, interrupción de su futuro profesional, etc.); se desencadenan entonces reacciones depresivas o eufóricas en función precisamente de pequeños sucesos inevitables de la propia cotidianidad. Dentro del abanico de reacciones afectivas que podemos encontrar en este proceso de interrelación personal -algunas de las cuales constituyen auténticas perturbaciones de la afectividad-, podemos encontrarnos con pacientes que tienen una *afectividad plana*, es decir, pacientes que son incapaces de expresar y sentir emociones (Fig. 1).

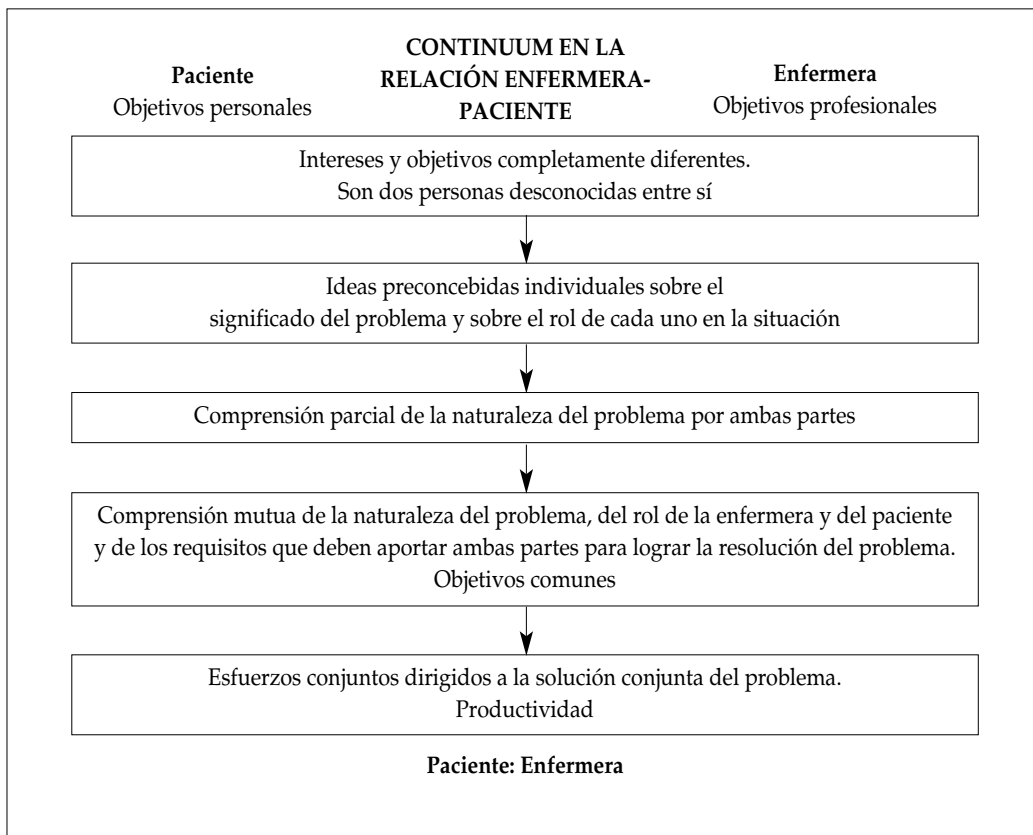
Por supuesto, también nos podemos encontrar con una *afectividad plana* en el caso de médicos y/o enfermeras; el resultado, inevitablemente es un proceso terapéutico altamente ineficaz; en ambos entes se produce una sensación de discomfort, frialdad y distanciamiento. Tanto el médico como la enfermera han de agudizar necesariamente sus mecanismos de comunicación no verbal (CNV), ya que las emociones preferentemente van a seguir este tipo de manifestación o expresión. En este tipo de interacción existente entre «médico/enfermera-paciente» destacan especialmente las *incongruencias entre unos contenidos lingüísticos determinados y las emociones*. Sin duda, el caso más espectacular es el de la «*belle indifferença*», típica del histérico, siendo capaz de explicar el dolor más insoponible de su propia vida sin contraer un solo músculo de la cara. La cultura o el contexto sociocultural del paciente y del personal sanitario también «colorea» el tipo de reacciones emocionales; así, por ejemplo, unos pacientes se explican con grandes aspavientos, mientras que otros tienen un estilo tan sobrio que inducen a infravalorar la demanda que hacen a sus médicos y/o enfermeras.

Dicha relación terapéutica («*therapeia*») ya era practicada por los primeros galenos. Su significado básico, por ejemplo, en Platón, era «cuidado», «servicio», etc., en primer lugar de la divinidad y, por supuesto, también del cuerpo humano. El objeto fundamental del tratamiento es el ser humano en todo su ser, en su dimensión biológica, psicoafectiva y social; por eso, en esta dinámica de interacción continua en el medio hospitalario -durante la enfermedad- es necesario seguir diacrónicamente la perspectiva antropológica, teológica y terapéutica. Probablemente, el proceso terapéutico que ahora analizamos encuentra su hipótesis de partida a partir de Pitágoras y Heráclito (siglo VI a.C.); es como si las distintas partículas somáticas y psíquicas, antes diseminadas e independientes en el ser humano, se hubieran concentrado y cristalizado en torno a dos polos de un campo magnético, integrando en este caso, los dos principios constitutivos del hombre; a saber, el cuerpo y el alma. Platón llamaba «médico del alma al filósofo» e implícitamente «filósofo o amigo de la sabiduría somática» al médico. Efectivamente, en su perspectiva filosófica, los que atienden y cuidan el alma están todos por encima de los cuidadores del cuerpo. A la pregunta: «¿Qué es el hombre?», Sócrates responde: «El hombre es su alma» (Alcibíades, 130 a).

A primera vista parece como si los griegos hubieran descubierto la realidad de la «naturaleza humana» o, en traducción literal, la «naturaleza del hombre» (*physis*). Este concepto se extendió rápidamente por la cultura occidental y ha marcado conceptualmente la asistencia y los cuidados sanitarios en pro del «hombre», frente a la tecnología actual agresiva y «deshumanizadora». Por otro lado, en «El tratado hipocrático sobre la dieta» podemos advertir que tanto el cuerpo como el alma son «estructuras» de índole somática el primero, psíquica la segunda. A partir de aquí, lo psíquico (*psykhé*) va a marcar la característica del hombre tanto en la salud como en la enfermedad; por ello, el médico y/o la enfermera jamás desligarán la parte del todo (el cuerpo del alma), si quieren sanar al enfermo, el cual en cuanto individuo -no la enfermedad- es el protagonista de las acciones médicas. El concepto de «dignidad de la persona humana» es un perfeccionamiento del de «naturaleza humana»; por el mismo hecho de *ser hombre* se entiende una atención médica y de enfermería integral, al margen de condicionamientos étnicos, sociopolíticos, etc. Por lo tanto, la «identidad de la naturaleza humana» en todos los hombres y el concepto de «persona» con su consecuencia inmediata, la «dignidad de la persona humana», debe presidir el desarrollo de la relación «médico/enfermera-paciente» muy por encima de cualquier otra consideración.

Pudiéramos pensar que el profesional médico o de enfermería al ignorar el proceso de las relaciones interpersonales pudiera cometer solamente un error de ética o de cortesía; sin embargo, más bien se trata de un error científico por cuanto se retrasa todo el proceso de recuperación del enfermo y, además, la estructura psíquica también influye claramente -como se está demostrando cada vez más intensamente- no sólo en el desencadenamiento de la enfermedad, sino también en todo su proceso y curación.

En el marco de este tipo de relaciones interpersonales en el medio hospitalario existe un «sistema» formado principalmente por el médico, la enfermera y el paciente. Además, la complejidad de este tipo de interacciones en el «sistema» aún se complica más como consecuencia de la intervención de la familia, amigos, etc. (Fig. 2).

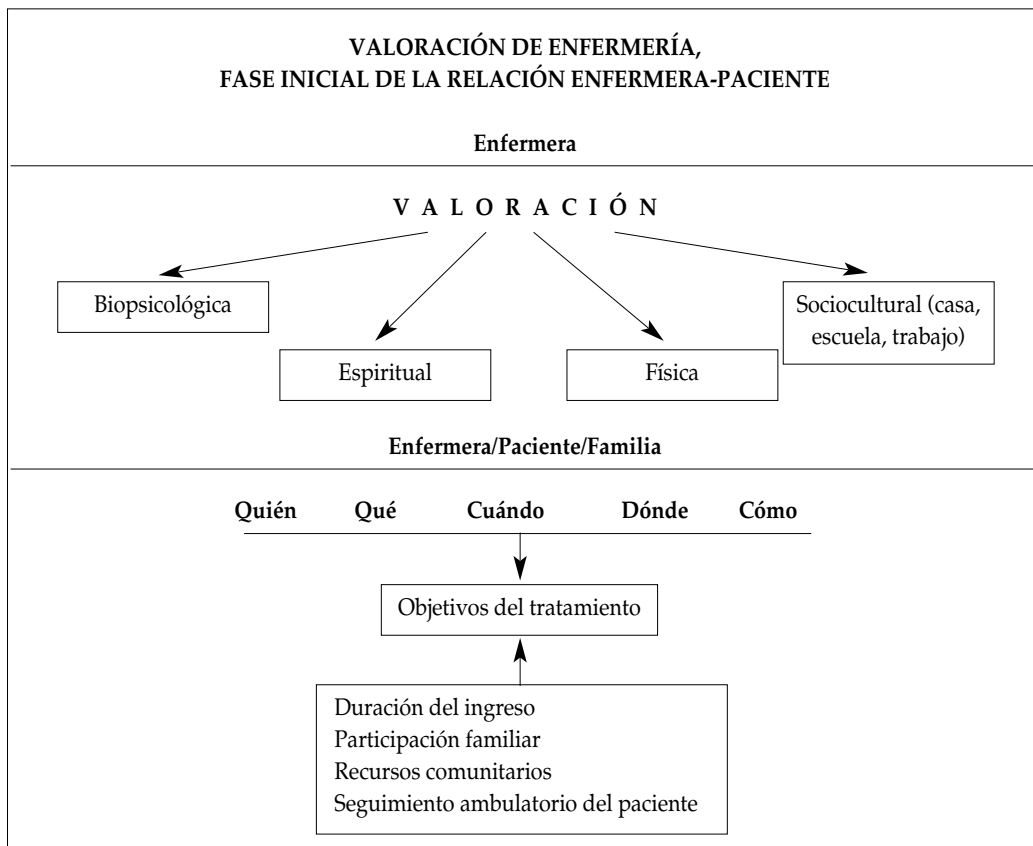


**Figura 2.** Esta figura ilustra el proceso que lleva a la unión de los objetivos personales del paciente con los objetivos profesionales de la enfermera. Fuente: Adaptado de la obra de H. Peplau, *Relaciones interpersonales en enfermería*. Nueva York. G.P. Putnam’s Sons; 1952, p. 10.

### PERÍODOS DEL DESARROLLO PERSONAL SANITARIO-PACIENTE (PS-E)

El conjunto de las relaciones «médico/enfermera-paciente» atraviesa diversas fases que vamos a tratar de sintetizar. Probablemente, la interacción «médico-enfermo» y «enfermera-paciente» no sea idéntica, pues cada una de ellas presenta especiales peculiaridades. En el caso de la enfermera, la relación interpersonal en su dimensión más profunda ocupa un lugar fundamental, si tenemos en cuenta que la comunicación, el contacto, la intimidad, la verbalización, la emocionabilidad, «*el estar con el enfermo*», es considerablemente mayor que en la relación «médico-enfermo».

**Fase inicial.** Comienza con el contacto primero que se tiene con el enfermo: el interrogatorio, la búsqueda de información, la valoración del estado de salud o de enfermedad del paciente; es necesario recoger una historia física y psicosocial para obtener datos básicos contemplando el funcionamiento premórbido del paciente en su casa, la escuela y el lugar del trabajo. La historia evolutiva en su dimensión psicosocial y afectiva también es muy importante a la hora de valorar las diversas variables que influyen en su proceso patológico. En esta fase tratamos, asimismo, de

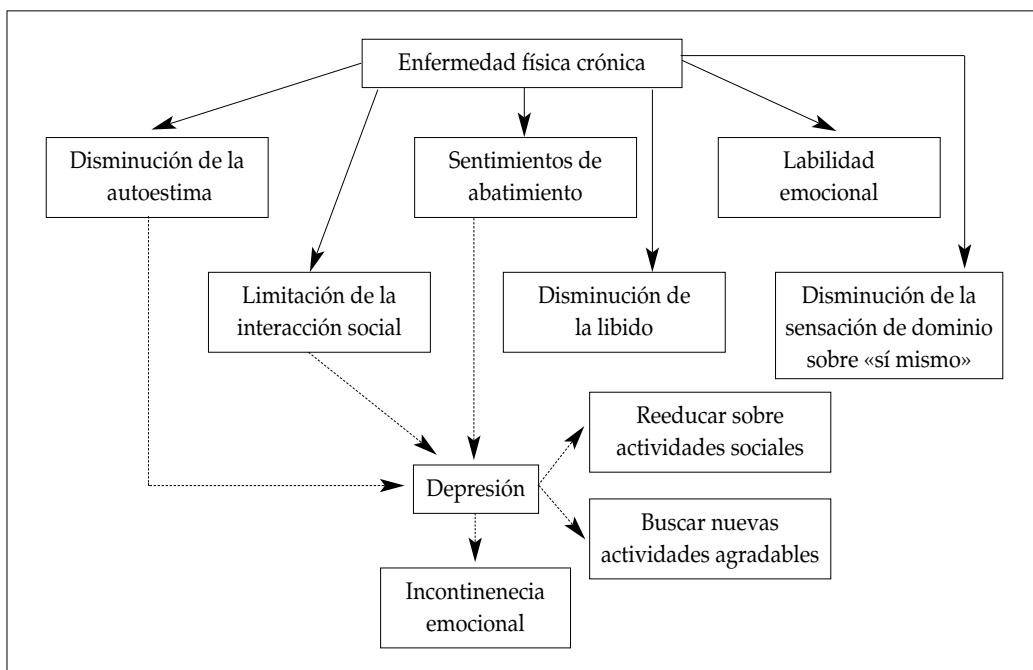


**Figura 3.** La valoración incluye el interrogatorio de la enfermera sobre diversos aspectos de la vida del paciente: biopsicológicos, espirituales, físicos y socioculturales. En el momento del ingreso, la enfermera, el paciente y la familia planifican de manera conjunta el curso del tratamiento y las condiciones del alta (Según Pelletier, 1987).

descubrir las auténticas expectativas del paciente, el o los sentimientos de la familia, los posibles apoyos, otros resortes sociales, etc. (Fig. 3).

El paciente, por su parte, también intenta obtener toda la información posible (independientemente de que pregunte o no) y la enfermera habrá de satisfacer plenamente esas necesidades de información con el fin de disminuir la incertidumbre y la angustia ante el proceso hospitalario y la enfermedad. Durante esta fase, por otro lado, se determinan las características de la relación (dónde, cuándo y con qué frecuencia se reunirán enfermera y paciente). Los objetivos del tratamiento podrán establecerse considerando el tiempo de ingreso previsto, los recursos familiares y comunitarios y el seguimiento del paciente. En cualquier caso, durante este período de tiempo, debemos solucionar los múltiples interrogantes que se plantea rápidamente el paciente, dándole, en cualquier caso, seguridad, confianza, comprensión afectiva y apoyo.

El desarrollo de la relación profesional «médico/enfermera-paciente» supone colocar al hom-



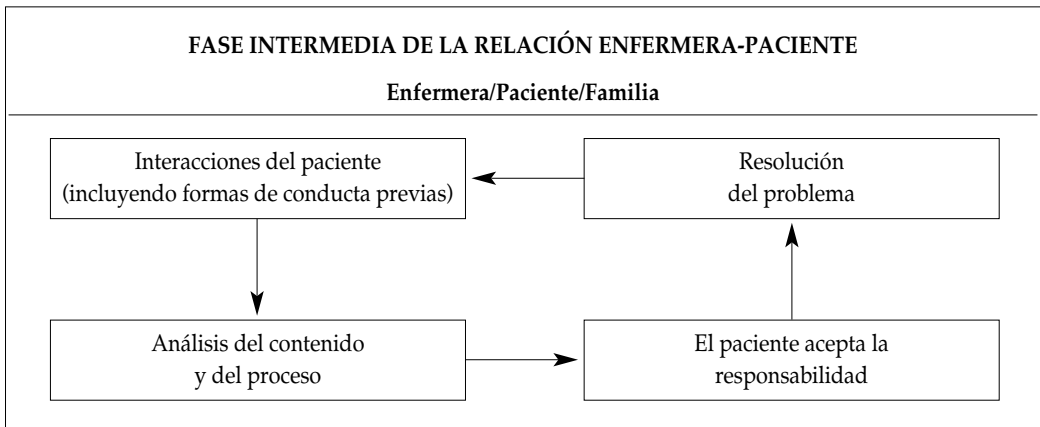
**Figura 4.** Reacciones del paciente a la enfermedad física.

bre en una situación privilegiada, «lo más importante», lo que fundamenta todo nuestro tipo de actuación. Los griegos también divinizan al hombre; de ahí, la «homomensura», es decir, el «hombre medida de todas las cosas» que había proclamado el sofista Protágoras (Platón; Leyes 4, 716 c) y que el mismo Platón vuelve del revés: «Dios es la medida de todas las cosas» (Teeteto, 151 a 152 a).

Numerosos autores (Koo, 1955; Di Matteo, 1979) han confirmado el alto porcentaje de insatisfacción de los pacientes en relación a los cuidados médicos y de enfermería recibidos, llegando a alcanzar un 60-65%. En efecto, Korsch y cols. (1977) encontraron una serie de características del comportamiento del médico y/o enfermera que cabe relacionar fundamentalmente con la insatisfacción, tales como: falta de calor humano, falta de explicación clara de un determinado diagnóstico, no tener en cuenta las preocupaciones del paciente, no tener en cuenta las expectativas del paciente, uso de una jerga médica ininteligible, etc.

En el caso de enfermedades graves, la insatisfacción del paciente aún puede ser considerablemente mayor. Concretamente, Cobb (1954), tras entrevistar a varios pacientes afectados de cáncer que habían recurrido a la ayuda de curanderos por falta de información precisa y apoyo emocional de médicos y enfermeras, pudo constatar que su profunda insatisfacción se relacionaba primordialmente con un gran «sentimiento de abandono» (Fig. 4).

Fácilmente, podemos deducir que la capacidad afectiva de médicos y enfermeras es la primera técnica que se debe manejar para atender al enfermo, pues la insatisfacción no se produce únicamente por un déficit de tecnología o de condiciones físicas inadecuadas (habitación, radio/TV,



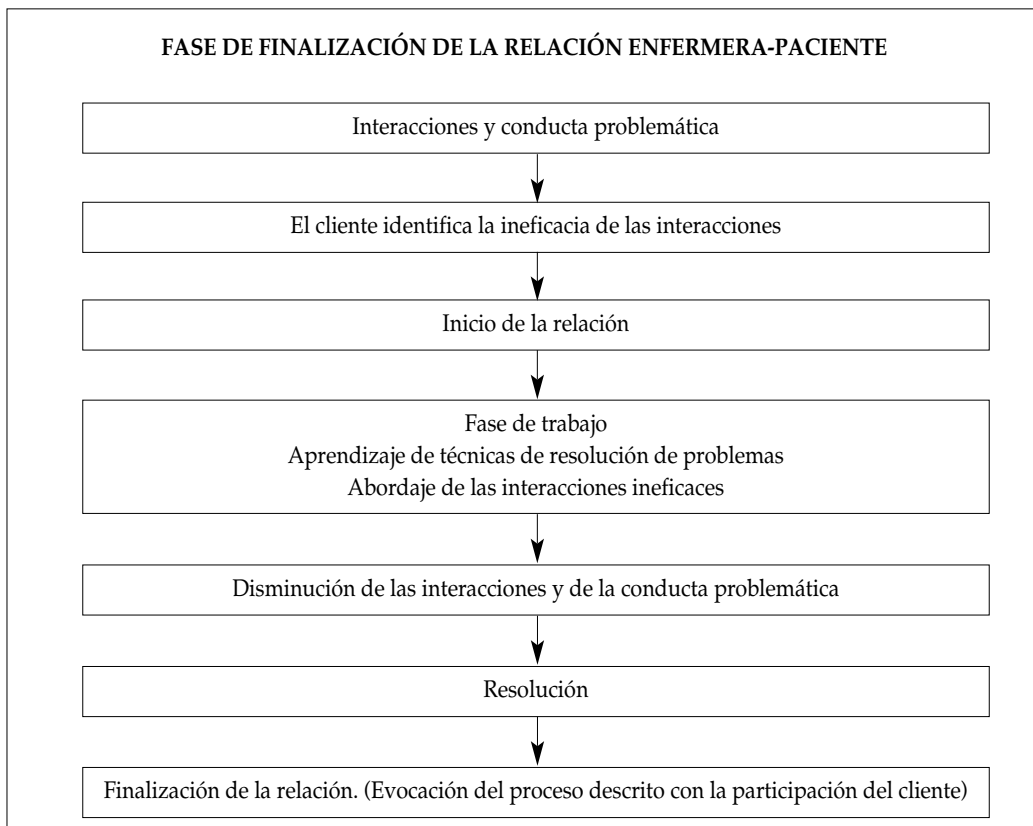
**Figura 5.** Este diagrama ilustra el proceso por el que la enfermera y el paciente y su familia examinan las formas de conducta ineficaces, estableciendo estrategias más efectivas (Según Pelletier, 1987).

teléfono, baños, juegos, etc.). La *dimensión afectiva* es un componente fundamental de la relación personal sanitario-enfermo (PS-E), y junto con la *información precisa*, constituyen dos factores fundamentales en la *satisfacción* del paciente.

Tal como hemos descrito al principio de este capítulo, parece muy importante poder avanzar en la investigación acerca de las expectativas del paciente en cuanto a su colaboración y curación, así como el importante papel del médico y la enfermera en cuanto a generar expectativas positivas de lucha, de actividad, de colaboración. En este sentido, los numerosos estudios realizados en relación al efecto placebo nos muestran la importancia de esta disposición afectiva y actitud empática por parte del médico y/o enfermera para conseguir un buen grado de satisfacción y, sobre todo, una actitud terapéutica activa en el enfermo.

La *fase intermedia o de trabajo* de la relación se centra en el *significado de la enfermedad para el paciente*. Es el momento en que el enfermo comienza a asumir un rol más activo en la autovaloración, mientras la enfermera mantiene el contacto y fomenta la relación valiéndose para ello del estímulo, la seguridad profesional, la confianza y el afecto. En esta fase intermedia se mantienen los objetivos terapéuticos, se analizan las formas de conducta previas a la enfermedad y al ingreso hospitalario y, al mismo tiempo, se generan conductas positivas en el enfermo con la ayuda de la enfermera. Así, por ejemplo, el paciente se compromete a «consultar» a la enfermera en el caso de aparición de un determinado síntoma indicativo de la evolución de la enfermedad (Fig. 5).

La última fase, *finalización*, señala la culminación de la relación «enfermera-paciente». La enfermera en su desarrollo de la comunicación, y una vez que ha cumplimentado y demostrado sus cuidados de enfermería, estimula en el paciente una conducta de independencia, haciendo que se muestre más espontáneo y que controle la situación; pueden aparecer en el paciente sentimientos de abandono, pérdida, incapacidad, disolución, etc. La enfermera va a desplegar un gran esfuerzo en esta etapa para que el paciente *interiorice la relación*, recordándole cómo empezó, los puntos más importantes que han tratado, los objetivos prioritarios, las perspectivas para el futuro. Finalmente,



**Figura 6.** Desde el momento del ingreso hasta el alta, la relación terapéutica atraviesa tres fases, la última de las cuales es la finalización. Es muy importante tener en cuenta todo el proceso cuando el paciente se plantea su vida futura fuera de la institución de tratamiento (Según Pelletier, 1987).

deberá conseguir que el paciente exprese totalmente los sentimientos y, al mismo tiempo, disponer del tiempo necesario para analizarlos y valorarlos (Fig. 6).

### EL AUTOANÁLISIS: HACIA EL CONOCIMIENTO PERSONAL

El conocimiento personal constituye uno de los pilares fundamentales en la atención médica y de enfermería. Si desconocemos el lenguaje de nuestro cuerpo, si ignoramos los mensajes de nuestros sentimientos y emociones, en realidad estamos perdidos, no sabemos lo que comunicamos al paciente, no podemos predecir cómo vamos a reaccionar en una determinada situación y ante un paciente concreto. Por eso, dentro de la vorágine de nuestro trabajo, sería conveniente establecer diariamente un paréntesis de unos quince minutos en el silencio y soledad más absolutos para poder reconocer a través de la introspección nuestros valores, pensamientos, sentimientos, impulsos, motivaciones, fantasías, juicios, etc.

Esta actitud fenomenológica concentra toda su especulación en comprender las diferentes



facetas del «uno mismo» (self), las perspectivas que cada uno tiene de la vida. El self es el modelo interno (la imagen, el concepto, la teoría, etc.) que se desarrolla a través de las interacciones con el mundo circundante; la importancia de este esquema es que influye en la mayoría de nuestras acciones y comportamientos. Se trata de la lucha por la plena autorrealización en todos los planos de la vida, particularmente, en el profesional. Al igual que Freud y los neofreudianos, los fenomenólogos a menudo se apoyan en observaciones clínicas y especialmente en los autoinformes. A través de los «grupos de encuentro», técnica terapéutica para desarrollar el conocimiento personal, grupos de médicos y enfermeras interactúan periódicamente para conocer mejor su «self» y poder ofrecer mejor una atención y unos cuidados al paciente. Cuando se proporciona a los pacientes la oportunidad de exponer sus problemas y actitudes en sus propios términos, siempre tienden a hablar en términos de «self»: «Me parece que no estoy siendo yo mismo»; «No puedo desahogarme como realmente soy», etc. A pesar de las actitudes defensivas que se producen en el enfermo, de sus temores y de comportamientos negativos (agresivos, destructivos, regresivos, inmaduros, etc.), la enfermera y el médico deben descubrir y potenciar -porque es posible- las tendencias positivas que existen en todos nosotros en los niveles más profundos.

Obviamente, tal como sugiere Rogers, para desarrollar el propio potencial se necesita conocerse a sí mismo, así como un estilo de vida satisfactorio; de ahí las repercusiones familiares en la dinámica de interacción con el enfermo. Las personas (médicos-enfermeras-pacientes) que niegan o falsean aspectos importantes de sí mismas, tienen una imagen incompleta y poco realista del propio YO; se construyen defensas neuróticas, no se puede actualizar nuestro propio potencial y no se tiene un concepto realista del propio YO. Las enfermeras y/o médicos que, por el contrario, tienen una buena adaptación y un buen conocimiento personal, están abiertos a todas las experiencias y/o respuestas y actúan con una «autoestima» muy elevada. Según Rogers, las personas que viven plenamente de manera total cada momento aprovechan cada vez más sus propios recursos personales y profesionales e infunden una gran confianza en sus pacientes. En definitiva, el conocimiento personal hace que el médico y/o enfermera puedan ayudar más fácilmente al paciente y a la familia.

## EL PROBLEMA DE LA TRANSFERENCIA Y DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Las relaciones interpersonales que ocurren entre el personal sanitario y el enfermo se pueden distorsionar e, incluso, bloquear como consecuencia de las proyecciones *inconscientes de la enfermera al paciente y viceversa*. En una perspectiva psicoanalítica, la relación «enfermera-paciente» adquiere matizaciones muy distintas de lo que pudiéramos pensar o percibir. El paciente es un individuo desorientado e indefenso, se encuentra necesitado, con actitudes conscientes e inconscientes de esperanza frente a un objeto que se espera poderoso (médico/enfermera). El paciente consciente de su propia limitación y de la problemática especial de su función se encuentra en una situación de inferioridad, en una necesidad de ayuda, por eso describe los sentimientos y las actitudes que experimenta hacia el terapeuta. Se siente desamparado ante el medio hospitalario, en consecuencia, comienzan a despertarse sus impulsos y experiencias del mundo de la infancia precoz, proba-

blemente revestidos de conflictos actuales, o bien a través de recuerdos o fantasías de aquellos primeros tiempos.

Ante la enfermedad y el medio agresivo que generalmente experimenta el paciente, éste queda emotivamente bajo la influencia de «deseos infantiles» o de «fantasías inconscientes». El paciente revive situaciones o conflictos de la primera infancia en forma de sensaciones corporales o de manifestaciones proyectivas de transferencia. El término contratransferencia, de otra parte, hace referencia a los sentimientos y actitudes de la enfermera en el marco terapéutico; los pacientes pueden «vivenciar» la relación terapéutica de manera muy parecida a una antigua relación con un amigo o con un ser querido. Los médicos y/o enfermeras deben conocer cuales son las reacciones potenciales en dicha situación; por ejemplo, el orgullo y vanidad de una enfermera puede aumentar si el paciente la contempla y reacciona ante ella de la misma manera que con una figura autoritaria, como podría ser un padre. De igual forma, la enfermera puede acercarse al paciente como lo hace una madre con su hijo, llegando a experimentar diversos sentimientos: cariño, culpa, aburrimiento, desaliento, enojo, etc.

Como es natural, estos sentimientos que se suscitan en el desarrollo de la relación, determinan de forma inconsciente la adopción de conductas realmente inadecuadas. Así, por ejemplo, la enfermera puede verse empujada a realizar un esfuerzo «titánico» con un paciente debido precisamente al parecido psicofísico del enfermo con su padre. Por lo tanto, vemos que el mundo inconsciente de la propia enfermera se proyecta a través de conductas concretas en el paciente. Así, por ejemplo, nos encontramos con conductas agresivas de indiferencia o de odio; también podemos reconocer una conducta de «sobrecompensación» que le obliga a administrar una alimentación inadecuada, una medicación impropia y unas expectativas terapéuticas poco realistas. Evidentemente, ambos procesos psicoanalíticos (transferencia y contratransferencia) interfieren en la relación terapéutica y dificultan la mejor comprensión personal. De ahí que el autoanálisis, la consulta con los compañeros y el autoconocimiento personal puede ayudarle a corregir esta situación desfavorable que se suscita como consecuencia de la dinámica inconsciente de los dos entes que intervienen (enfermera y paciente) y cuyos impulsos y motivaciones se remontan a lo más profundo de su infancia y a lo más recóndito de su personalidad.

## **EL ENFOQUE DE LOS ROLES EN LA RELACIÓN PS-E**

Un análisis psicosocial de la relación muestra que ésta se caracteriza fundamentalmente por ser *asimétrica*, ya que el médico y/o enfermera están investidos de una autoridad situacional, mientras que el paciente se encuentra en clara situación de dependencia. Parsons (1975), en sus trabajos ha considerado que la relación «enfermera-paciente» se basa en la confianza mutua. Desde el punto de vista social, el rol del paciente se caracteriza por el abandono parcial o total de sus obligaciones familiares, sociales y laborales. El rol de paciente tiene un carácter temporal y, normalmente, no es un rol buscado o deseado. Sin embargo, sí tenemos que decir que, en ocasiones se pueden obtener beneficios secundarios (ganancias psicológicas). En efecto, determinados conflictos familiares o laborales tienen (o pueden tener) su expresión o manifestación a través de una cierta enfermedad psicofísica, incluso, en ocasiones, explican la aparición de un accidente más o menos grave. Con

la enfermedad, también el paciente busca una «protección psicoafectiva» lejos de la agresividad, de la competitividad o de los conflictos familiares insolubles. Con la enfermedad, el paciente trata de satisfacer una serie de necesidades afectivas, anímicas y espirituales «arrasadas» o «ignoradas» por la propia sociedad, de ahí que notemos inmediatamente una regresión psicológica masiva caracterizada por la aparición de conductas típicamente infantiles: dependencia, lloros, labilidad emocional, necesidad de contacto, miedos, vómitos, poliuria, ansiedad/angustia, etc.

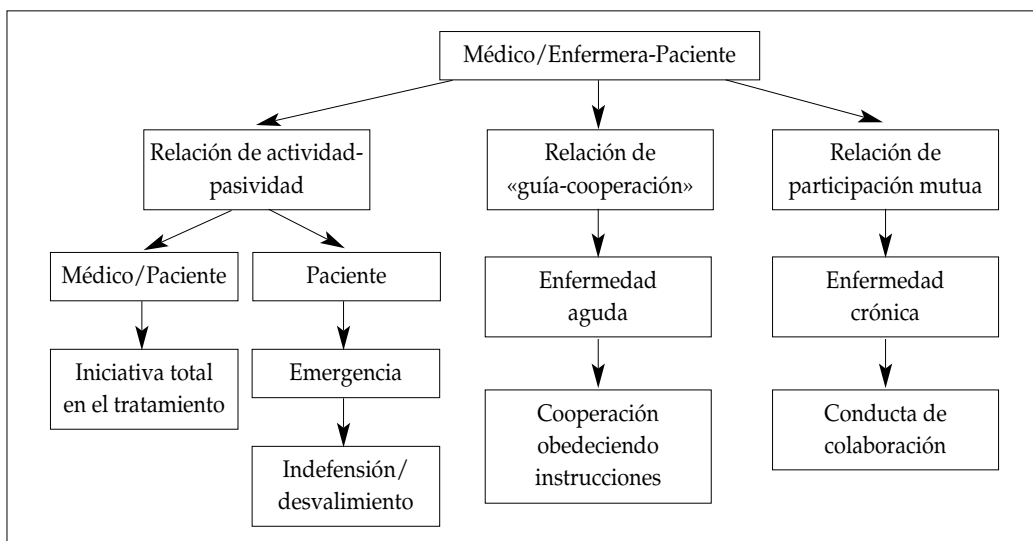
De cualquier forma, compete a médicos y enfermeras conseguir que el individuo acepte su rol de enfermo, haciendo ver a sus familiares que la enfermedad no es una culpa del paciente, sino que es el resultado de una serie de contingencias y de factores que escapan a su control y que nos pueden afectar a todos. La aceptación de dicho rol por parte del paciente supone el reconocimiento de que necesita ayuda de algún profesional sanitario. Este supuesto implica que se considera que el estado de enfermedad es indeseable y que se trata de salir a la mayor brevedad posible de ese estado físico negativo y nocivo para su salud y recuperar, en última instancia, su inserción sociolaboral, a ser posible, con el mismo nivel de rendimiento y satisfacción psicológica.

En la relación PS-E, tanto el médico como la enfermera ocupan un lugar privilegiado, exhiben más «poder» que el paciente; precisamente por eso, se trata de una relación disimétrica. En la textura social el médico aparece como un agente de control social («da certificados», «extiende la baja», «dice si vales o no para una actividad laboral», etc.). Por su parte, Parsons describe cuales son las actitudes más importantes en el desempeño de su rol: «neutralidad afectiva», «universalismo» y «especificidad funcional». Tales características se pueden aplicar también perfectamente a la relación entre la enfermera y el paciente. Veamos rápidamente a qué nos referimos con estas cualidades en el desempeño de nuestra tarea profesional.

En cuanto a la «neutralidad afectiva», queremos indicar un cierto distanciamiento entre médico y paciente con el fin de permitir la «objetividad científica» del juicio o diagnóstico en todo momento. Tal «neutralidad» es poco más que imposible mantenerla en una relación tan íntima y que implica tanta confianza; podríamos afirmar, incluso, que resulta indeseable en la práctica cotidiana de los cuidados de enfermería. En relación al *universalismo*, queremos hacer notar (o reivindicar) una noción de igualdad de todos los pacientes ante el tratamiento; es decir, todo enfermo, por el hecho de serlo, ha de ser tratado con el mismo esfuerzo e interés que cualquier otro, independientemente de la clase social, religión, etnia, ideologías, etc. Finalmente, la cualidad de *especificidad funcional* hace referencia a la necesidad de ceñirse únicamente a los aspectos clínicos y/o médicos del enfermo; sin embargo, en la actualidad, esta cualidad resulta muy difícil de mantener, ya que precisamente, en ocasiones, la enfermera habrá de referirse necesariamente a aspectos familiares o laborales que interfieren con su recuperación y que, además, ponen en peligro al enfermo, con la amenaza de una posible recidiva.

De otro lado, Szasz y Hollander (1979) consideran que esta relación disimétrica presenta diversas perspectivas de acuerdo con el tipo de enfermedad, con la situación, con la adaptación, con el estatus, con el apoyo social, etc. (Fig. 7). Dicha relación se puede presentar como:

a) **Relación de actividad-pasividad.** En este tipo de dinámica relacional el médico y/o la enfermera asumen un papel dominante, activo y de iniciativa total en el tratamiento; no se espera ninguna colaboración por parte del enfermo, que está situado en un estado de indefensión y

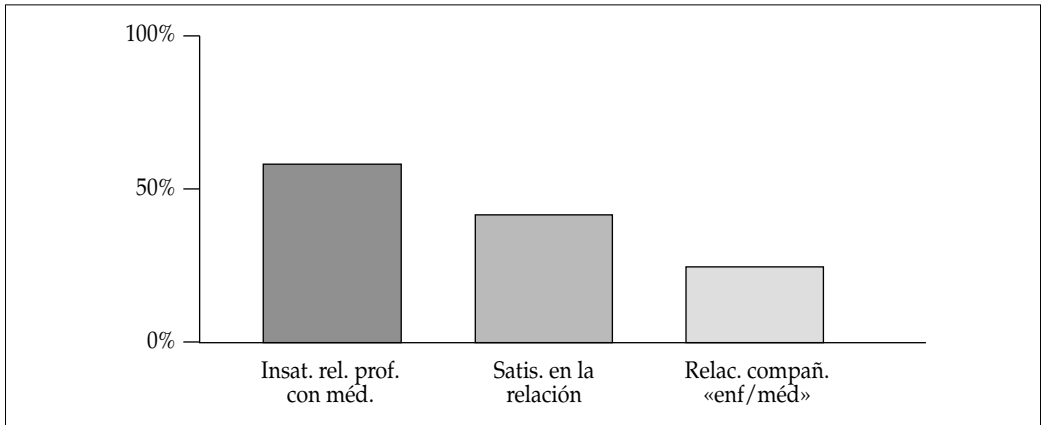


**Figura 7.** Modelos de relaciones psicosociales entre «enfermera-paciente» (Según Szasz y Hollander).

desvalimiento; este tipo de interrelación ocurre cuando tiene lugar una emergencia. En efecto, ante un cierto tipo de accidente como un cuerpo extraño que obstruye las vías aéreas, es necesario una intervención quirúrgica de urgencias porque peligró la vida del paciente.

- b) **Relación de guía-cooperación.** Con frecuencia, encontramos este tipo de relación psicosocial en las enfermedades agudas, como ocurre, por ejemplo, en una enfermedad de tipo infeccioso. En estas circunstancias, el paciente es consciente de todo lo que ocurre y puede «cooperar» con el médico/enfermera simplemente siguiendo sus instrucciones («colóquese el termómetro bien», «avíseme si tiene calor en el cuerpo», «dígame si está sudando», etc.).
- c) **Relación de participación mutua.** Es un tipo de interacción que se observa muy frecuentemente en las enfermedades crónicas; el médico/enfermera controlan el seguimiento de la enfermedad (por ejemplo, dosis de insulina; ingestión de alimentos, etc.). La enfermera trata de que el paciente aprenda determinadas conductas que le ayuden en cuanto a su enfermedad y tratamiento; se trata de una auténtica colaboración; la enfermera pone a su disposición todos sus conocimientos (igual que el médico) y el paciente participa activamente en el control, seguimiento y cumplimiento terapéuticos. En todo caso, se trata de conseguir el mejor modelo de interacción psicosocial que sea operativo y no disfuncional y que tenga en cuenta también la estructura de la personalidad del paciente.

Las conductas disfuncionales por parte del paciente pueden aparecer como consecuencia del poder ejercido de forma inadecuada por el médico/enfermera. La mayoría de los autores estiman que el poder coercitivo, basado en la imposición o en el miedo, es inadecuado porque puede abolir la participación y confianza del paciente. Sin embargo, otros tipos de poder (premios, referente, de experto, etc.) pueden ser aceptables para que el paciente «interiorice» las recomendaciones y muestre una conducta de aceptación, siempre que el paciente sea considerado «positivamente» y aceptado «tal y como es».



**Figura 8.** Relación «enfermera-médico» (Estudio editorial Nursing, abril 1992).

## LA RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

Tal como hemos visto, las interacciones sociales en el hospital son tremendamente complejas y éstas aún lo son más cuando tratamos de analizar la relación «enfermera-médico». Recientemente, un estudio realizado por la revista Nursing ha mostrado en un amplísimo estudio que sólo el 43% de las enfermeras (de una muestra en EE.UU.) están satisfechas con las relaciones profesionales que mantienen con los médicos (Fig. 8). Un gran porcentaje (en torno al 68%) duda que los médicos comprendan sus responsabilidades y, sin embargo -y esto es importante-, el 76% de las enfermeras consultadas consideran que los médicos con los que trabajan respetan su juicio profesional. Un gran porcentaje de las enfermeras estudiadas (más de un 50%) están insatisfechas de sus relaciones profesionales con los médicos, probablemente debido a que éstos ignoran la labor de enfermería, no consideran adecuado o importante su trabajo o no confían en las aptitudes profesionales de las enfermeras. En muchas ocasiones, las enfermeras comentan que no se tienen en cuenta sus opiniones.

También señalan las enfermeras estudiadas que los médicos no tienen claro cual es su papel, no actúan con compañerismo, no se comunican con ellas y, en ocasiones, exhiben conductas arrogantes. En cualquier caso, las relaciones varían según los médicos y las unidades; en algunos servicios no hay tiempo para comunicarse, para intercambiar ideas y opiniones. Tales dificultades surgen también porque el médico no les consultan sobre los pacientes que tienen a su cargo, actúan autoritariamente (poder coercitivo) y, en definitiva, no trabajan en equipo. A veces, las enfermeras manifiestan que descargan sus sentimientos negativos y las presionan con un lenguaje impropio de la profesión y nivel universitario. No obstante, la mayoría de las enfermeras suelen responder asertivamente, con profesionalidad: colgando el teléfono, marchándose, respondiendo con educación, intentando disipar la cólera, enfrentándose posteriormente al médico en privado.

Pero también, son las propias enfermeras, con sus relaciones las que contribuyen a perpetuar comportamientos inadecuados, desfasados o insatisfactorios; muchas enfermeras aún utilizan viejos modelos y relaciones para desarrollar sus relaciones con el médico y con otras enfermeras; las

enfermeras, a veces, se socavan a sí mismas al no cultivar relaciones de compañerismo con sus propios colegas; las enfermeras se miran mutuamente como rivales o adversarias en vez de colegas o compañeras. Se trata, por lo tanto, de mejorar las relaciones entre las propias enfermeras (grupos de encuentro, ensayos de comunicación, conocimiento personal, autoanálisis, utilización del pensamiento, etc.), para, a partir de ahí, conseguir mejorar la relación con el personal médico y con los propios pacientes. Algo similar se podría decir en relación con los médicos. En fin, conseguir una comunicación inteligente, conocer mejor el trabajo de las enfermeras, colaborar en la cooperación de los tratamientos, diseño de las unidades, comentario de casos clínicos, desarrollar el trabajo en equipo, la formación continuada, la autonomía de la enfermería y la comunicación entre todos los servicios y disciplinas, pueden constituir las fórmulas básicas para la consecución de un auténtico clima de compañerismo y de ayuda mutua que ha de repercutir -sin duda- en una mejor satisfacción y atención médica del paciente.