

HUMANIZAR, QUE NO ES POCO

Introducción

Cuando una persona tiene una relación con el Sistema Sanitario busca, no sólo la competencia técnica de los profesionales, sino que también espera encontrar personas capaces de transmitirle seguridad, confianza y respeto acerca de sus decisiones. No obstante, en ocasiones, podemos encontrar situaciones que nos muestran un entorno en el que la atención pierde la calidez o la afectividad deseada. Entre los factores que pueden intervenir propiciando intervenciones o climas que podríamos calificar como deshumanizados se encuentra la rigidez de las instituciones que enfatizan valores científico-técnicos, la escasa formación humanística de los profesionales y también las excesivas expectativas de los pacientes fundamentadas en la tecnología¹.

Además, existen algunos elementos que influyen en la pérdida de las relaciones de confianza en los sistemas de salud y entre ellos puede destacarse el aumento de la especialización y la división del trabajo, el cambio en el sistema de relaciones directas a otro más burocratizado, la asimetría en la información que genera mayor vulnerabilidad y dependencia de los pacientes o la penetración de elemento de mercado en los sistemas de salud².

En el caso concreto de la Enfermería, Ceballos se refiere a la importancia que en ocasiones la enfermera puede dar a la tecnología en detrimento de la relación humana, situación ésta que puede llevar a interpretar que el cuidado es mejor cuanto más tecnificado. Y a la vez nos advierte acerca de lo desafortunado de esta creencia dado que ante todo no podemos perder de vista que tratamos a una persona que siente dolor, angustia, ansiedad y una familia que tiene dudas, miedos, y a la cual hay que acoger, escuchar, educar³.

Argumentos para el cambio

Múltiples autores, desde distintos trabajos y enfoques, nos dan argumentos para insistir en la importancia de generar un contexto adecuado que nos permita ofrecer una atención cercana y humana en la que el cuidado y la curación se lleven a cabo de la mejor manera posible.

Así, hay autores que se refieren a la comunicación como indispensable para una atención humanizada. Pero una comunicación que deje espacio a las palabras de los ciudadanos y de los profesionales de la salud para construir una red de conversación que promueva acciones singulares en la prestación de cuidados. Una comunicación que necesitará de la participación de todo el conjunto de profesionales que configuran el servicio sanitario (los relacionados con

la atención directa, gestores, creadores de políticas públicas) y también asociaciones las científicas y profesionales⁴.

Watson indica incluso que el cuidado humanizado se debe trabajar en todas las áreas de desarrollo de la enfermería, en la administración o actualmente llamada gestión, en la asistencia, en la formación y en la investigación³.

También existen otros estudios en los que se reseña la importancia de la presencia y de la escucha en la relación con el paciente. En concreto, la escucha fue la intervención individual más frecuentemente realizada por las enfermeras estadounidenses y además se distinguieron diferentes tipos, tales como la escucha con interés, escuchar su historia, escuchar atentamente y la escucha profunda. En el mismo estudio las enfermeras hindúes señalaban la necesidad de ser un buen oyente y de escuchar las palabras de los pacientes⁵.

En relación con esto Lorenzo et al. han constatado que sentirse escuchado es un precursor de la percepción de amabilidad del médico, contribuye de forma significativa a valorar positivamente la información recibida y el resultado de la intervención. Dado que todo esto tiene que ver con la satisfacción del paciente y sabiendo que a su vez la satisfacción contribuye al cumplimiento terapéutico, por tanto cuando para nosotros es un objetivo hacer que la persona se sienta escuchada, si lo hemos conseguido habremos creado una situación en la que se facilita la recuperación y se contribuye al resultado de la intervención médica⁶. Por tanto, los profesionales sanitarios, deberíamos reflexionar sobre nuestras habilidades comunicativas.

En el ejemplo concreto de la Oncología se nos muestra como se ha observado que una buena comunicación con los pacientes aumenta la adherencia al tratamiento y mejora su funcionamiento psicológico⁷.

La comunicación no verbal

Al mismo tiempo que valoramos la capacitación de los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación también hay que realizar una especial mención a la comunicación no verbal.

Estudios sugieren que los médicos deben tener también formación en comportamientos no verbales. Tanto es así, que si se realiza una valoración adecuada de la situación del paciente a través de la información no verbal, esta se traduce en un efecto positivo tanto para la satisfacción del paciente como para la adherencia. Pero debemos tener en cuenta, además que esto no significa solo que el profesional esté entrenado para valorar el comportamiento no verbal de los pacientes sino que debe de ser consciente y mejorar su propia conducta no verbal⁸.

Así que debemos señalar que gran parte de los mensajes que los profesionales de la salud transmiten a los pacientes lo hacen a través de comunicación no verbal. Debemos tener en cuenta las señales que más valoran los pacientes: contacto visual, tono de voz, expresión facial, características del habitáculo, tacto, distancia interpersonal, vestimenta, gestos y postura⁹.

En la comunicación no verbal el contexto cultural de la persona modula tanto la distancia interpersonal, el contacto visual, el estilo de conversación y el tono de voz, tacto apropiado u orientaciones sobre la conceptualización del tiempo¹⁰.

Con respecto a la mirada podemos decir que una persona utiliza sus sentidos, la visión, audición y el tacto principalmente cuando utiliza la comunicación no verbal, y a través de ellos, expresa sus pensamientos y sentimientos, interactúa y reacciona en su medio, participa de este escenario social. La visión es un sentido considerado como el principal canal de la llegada de las sensaciones al intelecto. De esta forma, el ojo humano, cuando es utilizado de forma efectiva, posibilita un contacto con la realidad de lo que comunicamos y de lo que queremos comunicar¹¹.

También la actitud en determinados escenarios debe de ser cuidada. Por ejemplo, existen situaciones como la asistencia a una persona moribunda en la que aparece frecuentemente una actitud del personal sanitario (nada positiva): Apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. Y se manifiesta con apartar la mirada del paciente terminal, etc¹².

Desde una perspectiva filosófica, Torralba alude a determinados elementos que no pueden faltar en la relación clínica y que denomina “constructos éticos del cuidar”¹³ y entre ellos cita la confianza, la confidencialidad, la competencia, la conciencia y la compasión. Otros autores, también con un enfoque, en este caso aristotélico, dirigen su mirada hacia las virtudes del profesional y así se refieren a la necesidad de que este sea prudente, fiel, benevolente o abnegado¹⁴. Para Ceballos el “profesional cuidador” debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana³.

A modo de reflexión final

Es necesario trabajar y desarrollar estrategias para mejorar las relaciones interpersonales y por lo tanto de comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y paciente, porque el proceso de comunicación debe ser priorizado como una actividad terapéutica relevante y esencial¹⁵.

Según los propios usuarios el hacer bien los cuidados no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía. Realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es una manera de cuidar con respeto³.



Todo esto requiere de un cambio de actitud y precisa de una reflexión previa. La parada en la reflexión lleva hacia una mejor comprensión de lo que se hace y ayuda a identificar los problemas y a estructurar de manera más ordenada las soluciones. En un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos se mostró como mejoraban la comunicación con los pacientes y la satisfacción de estos tras un ejercicio reflexivo en el que se identificaron actitudes inadecuadas en la atención sanitaria¹⁶. Desde esa toma de conciencia propusieron cambios en el lenguaje y el modo en que los profesionales llevaban a cabo determinadas actividades. Entre estos cambios se hablaba de llamar al paciente por su nombre, hacerle participar en las conversaciones, explicarle lo que se le hacía o informar a la familia.

Parece preciso, entonces, intentar buscar un equilibrio perdido y que sea capaz de integrar las dimensiones técnicas y humanas como inseparables. A eso se refiere Pablo González cuando desde una reivindicación del humanismo como fuente de conocimiento, como una herramienta en el ejercicio de la medicina, nos insiste en la necesidad de entender que no se trata de incorporar una actitud simplemente añadida, sino de comprender que realmente es desde lo humano que podemos acercarnos al hombre enfermo y vulnerable¹⁷.

Diciembre de 2011, grupo Evidencia Científica. Mírame: diferénciate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arredondo González, C.P.; Siles González, J. Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index de enfermería*. 2009. 18: 32-36
2. Muñoz-Ronda FJ, Rodríguez-Salvador MM, Martínez-Díaz JD, López-Valverde MA. Nuevas formas de aproximación al concepto de Confianza en la relación enfermera-paciente. *Tempus Vitalis* 2009; 9 (1): 30-35
3. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería* 2010. XVI (1): 31-35.
4. Oliveira Beatriz Rosana Gonçalves de, Collet Neusa, Viera Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2006 Apr [cited 2011 Sep 21] ; 14(2): 277-284. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=en.
5. Amy Coenen, Ardith Z. Doorenbos, Sarah A. Wilson. Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum* 2007. Vol 34, no 6.
6. Mira JJ, Lorenzo S, Perez-Jover V, Ortiz L. Listen carefully to the patient, it means more advantages than costs. *Med Clin (Barc)* 2010 Oct 2;135(10):477-478.
7. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2011 May;22(5):1030-40.
8. Schmid Mast M. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling* 67 (2007) 315-318.
9. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010 Feb; 60(571):83-7.
10. Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería* [Index Enferm] (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php> Consultado el 5 de Septiembre de 2011).
11. Oliveira, M^a E., Fenili, R. M., Zampieri, M^a. F, Martins. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* 2006. N^o 8:1-7.
12. A.C. Yagüe Frías, M.C. García Martínez. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. 1994. *Revista de Enfermería*. Publicación de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete.
13. Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. *Infermería intensiva*. 2000. vol 11 (3) p 136-141.
14. Pellegrino, E.; Toward a virtue-based normative ethics for the health professions, *Kennedy Institute of Ethics Journal* - Volume 5, Number 3, September 1995, pp. 253-277
15. Pontes Alexandra Carvalho, Leitão Ilse Maria Tigre Arruda, Ramos Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2011 Sep 23] ; 61(3): 312-318. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>.



16. Delgado Hito, P; Sola Prado, A; Mirabete Rodríguez, I; Torrents Ros, R; Blasco Afonso, M; Barrero Pedraza, R; Catalá Gil, N; Mateos Dávila, A; Quintero Canedo, M Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001; 12:110-26.
17. González Blasco, P. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Rev. Atención Primaria*, 2006; 38(4): 225-9.