

5. Las emociones en la comunicación terapéutica

Introducción

En este capítulo se mostrará la importancia de aprender a trabajar con las emociones: lo que son, qué hacer ante ellas, cómo trabajar con el desánimo del paciente, su ansiedad y su rabia, en qué se diferencian las emociones de los comportamientos y, finalmente, las emociones del profesional de enfermería en el contexto de la comunicación terapéutica.

¿Qué son las emociones?

Las emociones son parte del ser humano, son reacciones a pensamientos. Cuando una persona experimenta una emoción, lo más sano sería dejársela sentir, reconocerla y, según el contexto, expresarla.

En nuestra cultura no cuesta expresar la alegría. Cuando la notamos, nos dejamos inundar por esa energía y la expresamos. No se ve como algo que se deba evitar. Por el contrario, la pena (el desánimo) está mal considerada. La gente dice de ella: “es que es una debilidad”, como si la debilidad fuera un fallo en la personalidad. Cuando uno tiene pena se siente más débil, más vulnerable, pero eso no es algo malo, es parte de ser una persona.

En nuestra sociedad, en cuanto empezamos a notar tristeza, intentamos no sentirla de muchas maneras: centrándonos obsesivamente en algo que nos distraiga de esa emoción (ver la televisión, hiperactividad), razonando con nosotros mismos (“¡bah!, no es para tanto”), consumiendo sustancias que, momentáneamente, hacen que se detenga el sentimiento (alcohol, nicotina, etc.) o implicándonos en mucha actividad social.

Pero esos “trucos” no funcionan. Si las emociones no se viven cuando aparecen, nos pasan “factura” más adelante. Si no nos permitimos sentir la pena cuando surge en nosotros, ésta puede aumentar, crear una gran tensión interna que puede provocar fobias, ansiedad, depresión u otros malestares.

Las emociones no son ni “buenas” ni “malas”, ni “positivas” ni “negativas”. Son una expresión necesaria del ser humano. Sin duda, frecuentemente causan sensaciones perturbadoras. Es importante que la persona, y en este caso el paciente, pueda expresar lo que siente para desahogarse y convivir más cómodamente con sus emociones.

Las emociones no son cosas que se deban “quitar” ni “solucionar”, sino experiencias a vivir. Y si alguien se siente desanimado para poder, en otro momento, sentir una emoción como la alegría, primero necesita sentir y expresar su pena. El ser humano es como una olla exprés: necesita que la presión salga.

Toda persona pasa por momentos de pena y desánimo, rabia y miedo. Un paciente, sobre todo si tiene una enfermedad crónica, cada vez que empeora o que ve que la medicación no funciona, sentirá emociones. Lo mejor para su salud, física y mental, sería aliviarse de esas emociones, expresarlas. ¿Con quién puede hacerlo? Aunque tenga buena relación con sus familiares y amigos, a éstos también les afecta la enfermedad del paciente y, como son familiares y amigos y tienen una relación social, no siempre pueden escuchar de una manera terapéutica. Están demasiado implicados.

Los profesionales de enfermería pueden ofrecer la neutralidad y la empatía necesarias para escuchar las emociones del paciente.

¿Qué hacer ante las emociones del paciente?

Que pueda expresar sus emociones

No queremos causar al paciente malestar emocional, sino crear un ambiente, en la relación terapéutica, en el que éste pueda expresar sus emociones y así reducir sus conflictos y molestias internos.

Ante las emociones del paciente la enfermera...

- ▶ Acepta esas emociones, no las minimiza, no intenta cambiarlas (no intenta tranquilizarle ni animarle).
- ▶ Le invita a hablar de lo que siente, le pregunta cómo lleva su situación y qué preocupaciones tiene.
- ▶ Muestra interés por lo que el paciente siente con frases como: “Noto que...”, “siente...”.
- ▶ Evita preguntas cerradas (a las que sólo se puede responder sí o no) como: “¿Quiere decir que siente rabia cuando tiene que esperar?” y hace preguntas abiertas, neutras (que no opinan) como: “Dígame, ¿cómo se siente cuando...?”.
- ▶ No se apresura a hablar cuando el paciente ha acabado una frase; espera, asintiendo, para dejar espacio a las emociones sobre lo que acaba de decir.

- ▮ Muestra empatía con todo lo que siente el paciente.
- ▮ Le anima a vincular lo que siente ahora con lo que sintió en el pasado.

El tiempo

Hay enfermeras que piensan que, si el paciente expresa sus emociones, tendrán que estar mucho rato escuchándole, más de lo que pueden. Invitar al paciente a hablar de sus emociones no quiere decir que haya que estar escuchándole media hora. Se le escucha un poco y luego se le indica cuándo podrá hablar más.

Lo importante no es que el paciente “eche toda su llorera” ahí, en la consulta, sino que perciba que durante unos minutos se ha sentido escuchado, menos solo y que su desánimo es comprendido y aceptado.

También sería interesante cronometrar durante cuántos minutos la enfermera hace intervenciones ineficaces como insistir, “hacer ver”, repetir información que el paciente ya tiene, intentar convencer, etc. Ese tiempo podría ser utilizado para atender las emociones del paciente.

Tan sólo mostrar al paciente que nos importa lo que siente ya le ayuda mucho. Para esto no se necesita mucho tiempo. Se puede hacer en unos segundos.

La tristeza y el desánimo del paciente

Los pacientes pueden estar desanimados y sentir pena por diversas razones: por padecer un problema de salud que no mejora, por los retos que éste problema causa en su vida (familiar, laboral, social y económica) o por cualquier otra razón por la cual los seres humanos se desalientan.

Hay profesionales con buenas intenciones que intentan animar al paciente con intervenciones que no corresponden a la comunicación terapéutica sino a la comunicación social, que no son muy eficaces y que pueden ser hasta contraproducentes. Veamos un ejemplo.

Ejemplo de intervención ineficaz

Enfermera: “No la veo muy contenta”.

Paciente: “¿Cómo voy a estarlo? Pasan los años y mi artritis no mejora”.

Enfermera: “Bueno, anímese, para su edad, no está tan mal”.

Paciente: “Últimamente, cuando veo que tengo más dolor que el año pasado, me pongo a llorar”.

Enfermera: “¡Bah! tranquila, piense en las cosas agradables que tiene en su vida”.

En nuestra cultura, cuando alguien está desanimado, se utilizan expresiones como “anímate”, “tranquilo” y “no es para tanto”. El que lo dice piensa que así va a animar al otro. Cómo se comunica cada uno en su vida social es muy personal, pero en la comunicación con el paciente hay que utilizar una metodología terapéutica. Con las palabras de la enfermera, la paciente del ejemplo no se siente menos triste ni más animada. Ahora, aparte de desanimada, también se cree más sola e incomprendida.

Buenas intenciones...

¿Por qué la enfermera de este ejemplo ha intervenido así? Sin duda, tiene buenas intenciones, quiere que la paciente esté mejor. Pero la falta de formación sobre las emociones hace que hable de una manera social, lo cual no ayuda a la paciente.

La mayoría de los profesionales de enfermería no han tenido formación sobre los aspectos psicoemocionales del ser humano. Esto hace que, cuando oyen y ven las emociones del paciente, no sepan qué hacer.

¿Qué hacer con el desánimo del paciente?

Lo más importante es aceptar el desánimo del paciente y mostrar que le acompañamos, que no vemos mal su malestar. Otras intervenciones relevantes pueden ser:

- ▶ Sentarse a su lado.
- ▶ Hablar lo menos posible.
- ▶ Dejar que lllore si quiere.
- ▶ No minimizar su emoción (no decir: “No es para tanto”).
- ▶ No intentar cambiar su emoción (no intentar tranquilizarle ni animarle).
- ▶ Invitar al paciente a hablar de lo que siente, preguntarle cómo lleva su situación y qué preocupaciones tiene.
- ▶ Si el paciente llora, no se interrumpe su llanto con preguntas; se le escucha en silencio.
- ▶ Considerar que ayudar al paciente a expresar lo que siente es parte del trabajo.
- ▶ No ver la emoción del paciente como “negativa”.

Algunos profesionales enfermeros dicen que no hay que dejar que el paciente desanimado se “hunda”. En realidad, el paciente necesita llegar al fondo de su desánimo y desesperación porque así después podrá pensar y ver su situación de otra manera. Es una gran ayuda para el paciente que una enfermera le acompañe cuando se desespera, por lo menos una vez, sin intentar censurarlo o animarlo. Así, el paciente verá que experimentar desesperación no es el fin del mundo y que es una etapa necesaria en momentos difíciles (malas noticias, diagnóstico, duelo, etc.). Una vez el paciente ha pasado por la experiencia de desesperarse y desahogarse acompañado por un profesional empático, ya podrá hacerlo solo en el futuro, cuando surjan retos otra vez.

Ejemplo de cómo ayudar a un paciente desanimado

Enfermera: “¿Qué tal? ¿Cómo lleva su situación?”.

Paciente: “No muy bien...” (dice mirando hacia el suelo con ojos tristes).

Enfermera: “Cuénteme...”

Paciente: “Es que no mejoro, estoy harta” (se pone a llorar).

Enfermera: (le toca la mano y asiente en silencio).

Paciente: “Son muchos años con este dolor”.

Enfermera: (espera en silencio unos segundos y luego dice) “Debe de ser duro”.

Paciente: “Sí, y cuando ya no puedo más, necesito llorar, pero con mi familia no puedo, me dicen que no es para tanto”.

Enfermera: “Aquí puede llorar y... sí es para tanto”.

Paciente: “Pero, señorita, ¿qué va a pensar usted de mí?, ¿que soy una llorica?”.

Enfermera: “Pienso que lo está pasando mal y está muy bien que se desahogue aquí. Cuando vuelva el próximo día, me cuenta más sobre cómo le va”.

Depresión reactiva

Aunque puede haber depresiones problemáticas, muchos pacientes pasan por depresiones reactivas como consecuencia de un evento como la muerte de alguien querido, un diagnóstico, un empeoramiento, la pérdida de la independencia, etc. Este tipo de depresión constituye una fase en la adaptación del paciente a una pérdida [1].

Algunos síntomas de este tipo de depresión pueden ser: pérdida de peso, empeoramiento de la depresión a medida que pasa el día y problemas para dormir.

Se puede pedir a un especialista que verifique si la depresión del paciente es adaptativa o problemática, pero el profesional de enfermería puede

hacer, sin la intervención de un especialista, un trabajo eficaz utilizando la empatía y la escucha receptiva y creando un entorno en el cual el paciente sienta que puede compartir su pena.

Recordar que...

- ▶ El paciente no se anima “animándole”, sino ayudándole a expresar su desánimo para que se desahogue y se alivie.
- ▶ Estar desanimado es también parte de la vida, como estar animado; no es algo malo que hay que “solucionar”.
- ▶ Las enfermeras siempre intentan que los pacientes estén todos animados; esto muestra poca comprensión por nuestra parte sobre la complejidad del ser humano y de la vida.

La pena y el desánimo

- ▶ El paciente desanimado tiene razones para estarlo.
- ▶ No se cambia la tristeza del paciente animándole ni diciéndole que tenga pensamientos “positivos”. La tristeza se alivia y cambia si la persona que la siente la vive y la expresa.
- ▶ La pena y el desánimo no son emociones “negativas”. Son una reacción a una situación del presente o del pasado.
- ▶ La pena es una emoción. No es peor ni mejor que la alegría.
- ▶ Las enfermedades crónicas causan desánimo.
- ▶ Si un ser humano intenta no sentir la pena que tiene, se sentirá peor, ya que creará un conflicto interno.
- ▶ La tristeza del paciente no se contagia a la enfermera. Si ésta la siente ante el paciente, será su propia tristeza sobre sus propias cuestiones.
- ▶ En enfermería se ve sufrimiento (físico y/o emocional) todos los días. Es muy importante que en las escuelas de enfermería, en los hospitales y en los centros de atención primaria se imparta una formación específica para que los profesionales aprendan a trabajar con el sufrimiento del paciente y su impacto sobre el profesional.

La ansiedad del paciente

La ansiedad y el miedo son compañeros de viaje de todo paciente. El paciente siente ansiedad cuando se encuentra mal y aún no tiene un diagnóstico, cuando tiene el diagnóstico pero no sabe cómo se desarrollará la enfermedad, cuando empeora, cuando se da cuenta de que ha perdido el control de su cuerpo y de gran parte de su vida y, en general, por

la incertidumbre de la enfermedad. Puede sentir temor a ser dependiente, al abandono, a los problemas económicos o a la muerte. En el hospital, el paciente tiene ansiedad porque no es su mundo y no sabe qué le van a hacer [2].

La vida del paciente está marcada por la ansiedad, pero el profesional de enfermería no siempre se da cuenta de esto y, ante cualquier manifestación de ansiedad, dice al paciente: “No es para tanto”, “no se preocupe”.

¿Qué necesita el paciente para convivir mejor con su ansiedad? Lo primero es que el profesional de enfermería la acepte y respete.

Para saber lo que le ayudaría, es preciso preguntar al paciente, en cada situación: “¿Qué le ayudaría a sentirse mejor?”.

Las enfermeras tienden a pensar que dando información al paciente se resolverá su ansiedad. Es verdad que, si el paciente no está informado de todo lo que se le está haciendo y se le va a hacer, tendrá ansiedad, pero hay que verificar si ya tiene esa información y si quiere más. Hay profesionales sanitarios que, ante la ansiedad del paciente, le repiten la misma información una y otra vez. Esto no ayuda. Veamos un ejemplo:

Intervención que no ayuda a un paciente con ansiedad

Paciente: “Estoy muy nervioso por la intervención de mañana”.

Enfermera: “Bueno, ya sabe que le van a hacer... (explica la intervención)”.

Paciente: “Eso ya me lo han explicado, pero sigo nervioso”.

Enfermera: “Tranquilícese, ya sabe que esa operación le va a ayudar, es por su bien”.

En esta intervención, la enfermera pierde el tiempo en repetir algo que el paciente ya conoce y en decirle que la operación “es buena” para él (idea que se supone que ya sabe, dado que está de acuerdo en operarse y la operación es al día siguiente). También decirle “tranquilícese” tiene el efecto contrario: inquieta, puesto que el paciente quisiera estar tranquilo pero que se lo digan no consigue que ocurra.

Veamos la misma situación aplicando la comunicación terapéutica.

Intervención que ayuda a un paciente con ansiedad

Paciente: “Estoy muy nervioso por la intervención de mañana”.

Enfermera: “¿Necesita más información sobre la intervención?”.

Paciente: “No, ya me lo han explicado todo. Pero sigo nervioso”.
 Enfermera: “Cuénteme qué cree que le ayudaría”.
 Paciente: “Poder hablar de lo que me da miedo”.
 Enfermera (se sienta al lado del paciente): “Hábleme de lo que le preocupa”.

Tabla 1. Intervenciones en pacientes con ansiedad

<p>Intervenciones que no ayudan a los pacientes con ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Decir “tranquilo”. Esto sólo hace que el paciente se sienta más solo e incomprendido ▶ Dar falsas esperanzas. El paciente posiblemente no es un profesional sanitario, pero no es tonto. Es un adulto y sabe que cuando decimos frases como “todo irá bien”, no es verdad. No podemos garantizar tal cosa. Deseamos que todo vaya bien, pero no decimos frases que el paciente sabe que no son verdad ▶ Intentar que se distraiga. Si el paciente quiere distraerse de su ansiedad, ya lo hará, pero nosotros le podemos ayudar creando un espacio en el cual pueda desahogarse
<p>Intervenciones que ayudan a los pacientes con ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estar con el paciente. Entrar a verle a menudo ▶ Mostrarle empatía con lo que siente ▶ Invitarle a hablar de lo que le preocupa ▶ Ver con el paciente qué estrategias le ayudarían a sentirse mejor

La rabia del paciente

La rabia es una emoción como la alegría, la pena o el miedo. Forma parte de ser un ser humano. No obstante, muchos profesionales de enfermería se sienten muy incómodos con la rabia del paciente, ya que la interpretan como un ataque personal.

Es importante ponerse en la situación del paciente e imaginarse todas las razones por las cuales puede sentir rabia: la injusticia de tener una enfermedad, la frustración de no mejorar, las carencias del sistema sanitario, las dificultades económicas que casi siempre acompañan a una situación de enfermedad o la injusticia de la soledad y el sufrimiento. Sobre todo, una persona enferma siente rabia por perder el control de su vida, de su cuerpo y de su futuro.

Además, a menudo la rabia, en nuestra cultura, es una manera de expresar el miedo y la fragilidad. Ya que en nuestra sociedad no está muy bien

visto mostrar vulnerabilidad, cuando alguien se siente así se pone a la defensiva y muestra rabia.

El enfermero debe tener en cuenta que lo más importante que hay que hacer ante la rabia del paciente es pensar de una manera terapéutica.

Ante la rabia del paciente:

- ▶ Recordar que no es un ataque personal.
- ▶ Pensar: “Se encuentra mal y es la única manera en la que lo puede expresar ahora”.
- ▶ Pensar: “Tiene derecho a sentir rabia”.
- ▶ Aceptar que la rabia es una emoción como cualquier otra.
- ▶ No olvidar que la rabia ayuda al paciente a tener energía.
- ▶ No ponerse a discutir con el paciente.
- ▶ Mostrar respeto por el paciente.
- ▶ Tener presente que la rabia puede ser una expresión indirecta de la soledad, el miedo, la pena o la vergüenza.
- ▶ Mantener la calma.
- ▶ Escuchar con tranquilidad el mensaje que hay debajo de lo que dice el paciente.

La rabia abre puertas

Aunque parezca contradictorio, cuando un paciente muestra rabia, en realidad está abriendo una puerta, está invitando al profesional de enfermería a dialogar.

Veamos un ejemplo:

Enfermero (entrando en la habitación del paciente): “¿Qué tal? ¿Cómo está?”.

Paciente (gritando): “¿iCómo quieres que esté!?”.

El enfermero, en esta situación, se puede despistar, pensar que el paciente es un pesado y un maleducado e irse de la habitación. Pero un profesional formado se dará cuenta de que la expresión del paciente es una invitación a que el enfermero le comprenda y le apoye.

Veamos cómo podría continuar este diálogo:

Enfermero (con voz tranquila): “Bueno, veo que no está muy contento. Cuénteme...”.

Cuando el paciente parece estar “lanzando” rabia, lo que está haciendo es arrojar una petición de ayuda.

Los comportamientos

Uno de los problemas principales e innecesarios que los profesionales de enfermería se crean a ellos mismos es despistarse y confundirse ante los comportamientos del paciente.

Los pacientes, ante su enfermedad, hospitalización, empeoramiento u otro reto, expresan sus malestares por medio de comportamientos que no siempre son, desde el punto de vista de la comunicación social, agradables. Para reducir las dificultades que los comportamientos del paciente plantean, es importante que el profesional reflexione sobre el porqué de los mismos y también sobre cómo intervenir de la manera más terapéutica y eficaz.

Los comportamientos del paciente son sólo su manera de expresar su malestar. No son un ataque al profesional. El paciente está enfermo y tiene que expresar su inquietud. No tendría sentido pensar que un paciente, enfermo y además hospitalizado, pueda vivir sus dificultades con buen humor y tranquilidad. El paciente necesita poder expresar su malestar y el profesional necesita ver lo incómodo que está el paciente.

Los comportamientos del paciente son una expresión del malestar de vivir con un problema de salud. Si el paciente no puede expresar su malestar en el sistema sanitario, ¿dónde lo puede hacer?

Hay enfermeras que intentan que el paciente cambie sus comportamientos, pero el paciente no ha acudido al sistema sanitario para eso, sino por un problema de salud. Los profesionales enfermeros somos expertos en salud, no en cómo se debe comportar el ser humano. Por ello, los que critican u opinan sobre los comportamientos del paciente no están actuando de una manera profesional, están perdiendo el tiempo, creando un conflicto innecesario y dificultando la relación terapéutica.

Ante los comportamientos del paciente

Ante comportamientos que al profesional de enfermería no le agradan, es importante pensar:

- “Estoy trabajando”.
- “Es su manera de expresar su malestar”.

- ▶ “Algo le pasa”.
- ▶ “No se encuentra bien y tiene derecho a expresar ese malestar”.
- ▶ “El paciente no ha venido aquí para que le cambien sus comportamientos ni para que se los critiquen”.

Agresividad

La agresividad se manifiesta por diversas razones. Puede ser una reacción a las injusticias o carencias que el enfermo vive. A menudo, el paciente siente que no ha sido tratado con respeto y empatía por los profesionales sanitarios. Los estudios muestran que, frecuentemente, no se respeta su dignidad, su privacidad, su inteligencia y su participación [3]. También la agresividad puede ser una manera de esconder o “defenderse” de la pena y el miedo que sienten.

¿Qué hacer? Lo más importante, al ver la agresividad del paciente, es que el profesional piense de una manera terapéutica y no social. Esto quiere decir: no tomarse personalmente lo que dice el paciente, ver que debajo de la rabia hay miedo y que el enfermo se está intentando defender y ver su agresividad como la única manera de la que puede expresarse en ese momento. Es importante mantener la calma y el rol de profesional.

“Quejas”

Los profesionales de enfermería tienden a ponerse nerviosos y de mal humor cuando el paciente se queja, ya que ven la protesta como un ataque personal, como una crítica. En realidad las quejas son información necesaria para que la enfermera pueda ayudar mejor al paciente.

Si el paciente protesta por algo que el profesional enfermero considera insignificante y este último responde a la queja con mal humor o reproches (“no es para tanto”), el paciente verá que no puede confiar en él para quejas más importantes. Si se le reprocha que protesta de cómo está puesta la almohada, ¿cómo va a compartir su queja más grande sobre la ansiedad que tiene con respecto a su enfermedad?

Es muy importante que el profesional sanitario se observe a sí mismo y, si ve que ha etiquetado al paciente de “pesado” (en sus pensamientos o cuando habla de él con otros profesionales), debe darse cuenta de que está pensando de una manera social y no terapéutica y está complicando la relación de ayuda.

¿Qué hacer cuando un paciente se queja?

- ▶ Escucharle con empatía.
- ▶ Recordar que estamos trabajando.
- ▶ Tener presente que no es un ataque personal.
- ▶ Verificar si es razonable hacer algo para mejorar la situación.
- ▶ Recordar que se encuentra mal.
- ▶ Decirle: “Gracias por decirme eso, ahora tal vez le pueda ayudar mejor”.
- ▶ Hacerle saber que nos puede contar todo tipo de quejas, pequeñas o grandes.

“Mala educación”

En la comunicación social hay unas normas culturales en cuanto a lo que es “buena educación” y “mala educación”. Estas normas no son relevantes en la comunicación terapéutica porque los comportamientos del paciente conforman una expresión necesaria de su malestar.

Cuando se está enfermo es muy difícil comportarse de una manera tranquila y respetuosa. El dolor, el malestar, la incertidumbre y el miedo hacen que el paciente se exprese de maneras que, a veces, podrían ser consideradas culturalmente como de “mala educación”.

Cuando esto ocurre, el profesional de enfermería no se centra en cómo se expresa el paciente, sino en el malestar que hay debajo de sus comportamientos. Se interesa por esos malestares mostrando empatía.

El profesional de enfermería no reprocha al paciente sus comportamientos.

Indiferencia

Hay pacientes que muestran indiferencia o lo que se llama ahora “pasotismo”. Tal indiferencia es, en realidad, una defensa. Ya ha vivido mucho, ha sobrevivido mucho y está harto. Sí le importa lo que vive. Sí le preocupa su situación.

¿Qué hacer? Ofrecer al paciente la posibilidad de hablar de lo que siente, de lo que le harta y de lo que vive y mostrarle empatía y respeto.

Falta de confianza

Por muy buenas habilidades de comunicación terapéutica que tenga la enfermera, es normal encontrar pacientes que parecen no confiar en ella.

Esto es debido a que la mayoría de los pacientes han tenido ya malas experiencias con profesionales sanitarios [4].

Cuando un profesional de enfermería nota que el paciente no confía en él, puede hacer la siguiente intervención: “Dígame si hay algo que podría hacer para que estuviera más cómodo” o “si hay algo que le molesta, por favor, dígamelo”.

Las emociones del profesional enfermero en el contexto de la comunicación terapéutica

Las emociones no se contagian

Es verdad que trabajar con personas que lo están pasando mal es difícil. Ver al paciente sufrir nos recuerda nuestra propia humanidad, nuestra propia vulnerabilidad. Querer ayudar a alguien que está sufriendo es la razón principal por la cual hemos escogido esta profesión pero, desgraciadamente, la mayoría de las escuelas de enfermería y de los programas de formación continua no tratan el tema del sufrimiento humano y de cómo posicionamos ante el del paciente y ante el nuestro.

Sin embargo, las emociones no se contagian. Lo que siente el paciente nos recuerda nuestras propias emociones, pero no nos hace sentir, obligatoriamente, lo mismo.

Para poder trabajar con el sufrimiento del paciente, sin hacerle sufrir más ni sufrir nosotros más de lo inevitable, es necesario conocerse a uno mismo.

Nuestras emociones

Cuando escuchamos a un paciente hablar o expresar sus emociones y notamos que queremos parar su expresión o irnos, es importante observarnos y tomar nota. En ese momento es necesario dejar nuestras propias emociones a un lado y escuchar con empatía las del paciente.

¿Qué hacer?

Cuando nos sentimos incómodos ante la expresión emocional del paciente:

- ▮ Notar que el malestar es nuestro, no nos lo “hace” el paciente.

- ▶ Tomar nota mentalmente de que sentimos un malestar emocional y dejarlo para luego.
- ▶ Después o al final del día, sentarnos con una libreta y anotar lo que sentimos y pensamos en esa situación.
- ▶ Escribir cada semana las situaciones emocionales en las que nos hemos sentido incómodos.
- ▶ Intentar ver si hay un tipo de situación o de emoción que nos hace sentir más incómodos.
- ▶ Reflexionar sobre otros aspectos de nuestra vida para ver si hay una conexión entre lo que nos ocurre en el trabajo y fuera del trabajo.
- ▶ Buscar y crear un espacio semanal en el cual hablar de estas situaciones.

Las herramientas más útiles

Para trabajar con las emociones del paciente y saber qué hacer con las nuestras, la mejor herramienta es el autoconocimiento.

Primero es necesario aceptar nuestra vulnerabilidad, que forma parte de ser un ser humano. No somos inmunes a lo que vive el paciente. Por medio de procesos de autoconocimiento (terapia, trabajo en grupo, escritura y reflexión) y de supervisión, podemos comenzar el reto que nos va a acompañar en toda nuestra vida profesional: el de cuidar con empatía y haciéndonos el menor daño posible.

La otra herramienta para trabajar con las emociones del paciente y vivir con las nuestras lo mejor que podamos, es llevar a cabo una comunicación terapéutica lo más eficaz posible.

Ante las emociones del paciente y las nuestras

- ▶ Autoconocimiento: observación de uno mismo, supervisión, formación, procesos terapéuticos, trabajo en grupo, escribir en un diario...
- ▶ Utilizar la comunicación terapéutica.

Implicarse

Hay profesionales de enfermería que creen que la mejor manera de cuidar sus propias emociones es no implicarse, levantar una pared ante el su-

frimiento del paciente. Esto no funciona, ya que impide hacer un trabajo eficaz con el paciente y porque, aunque uno piense que está “poniendo paredes” y haciéndose “duro”, lo que ve le afecta.

Necesitamos implicarnos, pero encontrar un equilibrio. Tenemos que observarlos e ir buscando maneras de ser humanos con el paciente al mismo tiempo que tenemos cuidado de no mezclar nuestros propios temas, lo cual nos impediría dar un apoyo eficaz [5].

¿Sufrir?

El reto para el enfermero es cuidar al paciente de una manera humana, sufriendo lo menos posible y sin hacer sufrir más al enfermo.

Se ha generalizado la idea de que un buen profesional de enfermería es el que se preocupa mucho por los pacientes. Esto no es así. Un buen profesional es el que sabe implicarse, interesarse por los pacientes y ser eficaz y terapéutico, sin ser “mártir” [6].

Ejercicio de auto-observación

Si notamos que tendemos a intentar “rescatar” a ciertos pacientes, es posible que estemos utilizando estas situaciones laborales para compensar carencias en nuestras vidas. Todos tenemos carencias. Es normal. Lo que es importante es ser conscientes de qué carencias son. La idea no es “solucionar” esas carencias, sino conocerlas para intentar no compensarlas con nuestro trabajo con los pacientes.

En una hoja, haga dos listas con los títulos: “Lo que me falta en la vida” y “lo que me sobra en la vida”.

Bibliografía

- [1] Tamparo C, Lindh WQ. Therapeutic communications for allied health professionals. New York: Delmar Publishers; 1992.
- [2] Pollin I, Gollant SK. Taking charge: how to master the eight most common fears of long-term illness. New York: Random House, Times Books; 1994.
- [3] Main D, Tressler C, Staudenmaier A, Nearing KA, Westfall JM, Silvers-

tein M. Patient perspectives on the doctor of the future. *Fam Med* 2002; 34(4):251-257.

[4] Fundació Biblioteca Josep Laporte. The future patient Project. Focus Group Research in Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001.

[5] Bermejo JC. Relación de ayuda. En el misterio del dolor. Madrid: San Pablo; 1996.

[6] Horowitz K, Lanes D. Witness to illness: strategies for caregiving and coping. New York: Addison-Wesley Publishing Company; 1992.