

## Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado

### Overview of some theories in which the nurse-patient interaction is the heart of care

### *Uma revisão geral sobre algumas teorias onde a interação enfermeira-paciente é o núcleo do cuidado*

ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA\*, CARMEN MARTÍNEZ DE ACOSTA\*\*

#### Resumen

Este escrito devela a través de tres teorías cómo la interacción enfermera-paciente es el núcleo central del cuidado en enfermería.

La enfermería ha estado influenciada por diferentes perspectivas: particular determinista, interactiva-integrativa y unitaria-transformativa. En este mismo sentido el cuidado presenta diferentes conceptualizaciones. Peplau introdujo la teoría de las relaciones interpersonales como un proceso interpersonal terapéutico compuesto por tres fases: orientación, trabajo (subfases: identificación y explotación) y terminación. El modelo conceptual de King está formado por los sistemas personal, interpersonal y social; de él derivó la teoría de logro de objetivo. Define el cuidado de enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción. Travelbee propone el modelo de relación persona-persona que se establece después de cua-

tro fases: encuentro original, emergencia de identidades, empatía y simpatía que culminan en el *rapport* o establecimiento de la relación.

Después del sobrevuelo por estas tres teorías se puede decir que la enfermería basa su práctica profesional en una relación enfermera-paciente en la cual la enfermera es un instrumento terapéutico y las interacciones se efectúan para lograr un objetivo o transacción. Tienen en común el concepto de comunicación como un proceso recíproco que se da en las situaciones de encuentro o desencuentro por los que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes, y se comparten las subjetividades, lo que permite ver el cuidado como una labor humanitaria que facilita el crecimiento de cada uno en un proceso que difiere en cada caso.

*Palabras clave:* métodos y teorías, interacción social, relaciones enfermero paciente (fuente: DeCS BIREME).

#### Abstract

This paper reveals through three theories, the importance of interaction between nurse and patient as being the heart of nursing care.

Nursing has been influenced by different perspectives: particular deterministic, interactive-integrating and unitary-transformative. In the same sense, care presents different conceptualizations. Peplau introduced the theory of interpersonal relationships as a therapeutic interpersonal process comprising three phases: orientation, work (sub-phases: identification and exploitation) and termination. King's con-

\* Candidata a doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación y desarrollo humano; la práctica de enfermería en el contexto social. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Antioquia. amsalazar@tone.uda.edu.co

\*\* Magíster en Investigación y Docencia Universitaria. Magíster en Enfermería: salud familiar y atención primaria en salud. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. fabioacosta2001@yahoo.com

Recibido: 06-09-07

Aprobado: 04-04-08

ceptual model comprises the personal, inter-personal and social systems; from there, he derived his goal achievement theory. He defines nursing care as an action, reaction and interaction process. Travelbee proposes the person – person relationship model established after four phases: original encounter, identity emergency, empathy and sympathy which end up in the rapport or establishment of the relationship.

After the overview on these theories, it can be stated that nursing bases its professional practice on a nurse – patient relationship being the nurse the therapeutic instrument and the interactions take place to achieve a goal or transaction. They have in common the concept of communication as a reciprocal process that takes place in encounter or encounter disappointment situations through which thoughts, feelings and attitudes are communicated and subjectivities are shared, which shows us care as a humanitarian task that facilitates the growth of each individual in a process that differs in each case in particular.

*Key words:* Methods and Theories, Interpersonal Relations, Nurse-Patient Relations

## Resumo

Esse trabalho desvenda, através de três teorias, como a interação enfermeira-paciente é o núcleo central do cuidado em enfermagem.

A enfermagem tem estado influenciada por diferentes perspectivas: particular determinista, interativa – integradora e unitária - transformadora. Nesse mesmo sentido o cuidado apresenta diferentes conceitos. Peplau incorporou a teoria das relações interpessoais como um processo interpessoal terapêutico composto de três fases: orientação, trabalho (subfases: identificação e exploração) e terminação. O modelo conceptual de King está formado pelos sistemas pessoal, interpessoal e social; daí decorre a teoria de concretização do objetivo. Define o cuidado da enfermagem como um processo de ação, reação e interação. Travelbee propõe o modelo de relação pessoa-pessoa estabelecido depois de quatro fases: encontro original, emergência de identidades, empatia e simpatia que culmina no *rapport* ou estabelecimento da relação.

Depois dessa revisão geral sobre essas três teorias podemos concluir que a enfermagem baseia sua prática profissional numa relação enfermeira-paciente na qual a enfermeira é um instrumento terapêutico e as interações são efetuadas no intuito de conseguir um objetivo ou transação. Todas têm em comum o conceito de comunicação como um processo recíproco dado nas situações de acordo ou desacordo que servem para comunicar pensamentos, sentimentos e atitudes, e também que compartilham as subjetividades, permitindo ver o cuidado com um trabalho humanitário que facilita o crescimento de cada um dentro de um processo que apresenta diferenças segundo o caso.

*Palavras chave:* Métodos e teorias, Relações Interpessoais, Relações Enfermeiro-Paciente

## INTRODUCCIÓN

La disciplina de la enfermería ha adquirido un acervo de conocimientos con el estudio e interpretación de los fenómenos del cuidado y la salud, que ha facilitado y direccionado su práctica profesional (1), buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos (1, p. 20).

La salud y el cuidado son conceptos centrales del conocimiento de enfermería; Florence Nightingale relacionó el cuidado con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (2); pero también se ha utilizado para manifestar interés, preocupación o compasión.

La evolución histórica de la enfermería como disciplina ha recibido influencias de las perspectivas paradigmáticas, en particular, la particular determinista, la interactiva-integrativa y la unitaria-transformativa. Desde la perspectiva particular determinista, el cuidado se estudia como una intervención terapéutica que afecta la salud de las personas en términos de respuestas medibles; por ello utiliza los instrumentos objetivos (3, 4).

La perspectiva interactiva-integrativa asume la realidad como multidimensional; por tanto, tiene en cuenta el contexto, las múltiples dimensiones de la experiencia (4, pp. 11-12; 3, pp. 1-5) (biológica, psicológica, social y espiritual) y legitima los datos subjetivos. El ser humano es holístico, interactuante y no reductible a partes discretas; aun cuando las partes se reconocen, solamente tienen significado dentro del contexto total. Estudia tanto fenómenos objetivos como subjetivos; por tanto, utiliza metodologías cualitativas y cuantitativas.

En la perspectiva unitaria-transformativa, el ser humano es más que y diferente a la suma de las partes y se reconoce a través de patrones de comportamiento. Los seres humanos están en intercambio mutuo y rítmico con sus ambientes y lo hacen de forma impredecible a medida que evolucionan. Los fenómenos de interés son el conocimiento personal, el reconocimiento del patrón, los pensamientos, valores, sentimientos, decisiones, los propósitos del individuo, las experiencias internas, los sentidos (3, pp. 1-5; 4, p. 12).

Efectivamente, la práctica de enfermería ha estado enraizada en la provisión de un cuidado físico bajo el control médico. El modelo biomédico, que hace parte de la visión particular determinista, ha formado la base del conocimiento y la práctica de la enfermería y ha promovido la percepción del paciente como un cuerpo biológico el cual es atendido por la enfermera. Afortunadamente, en las últimas décadas la profesión de enfermería ha experimentado un cambio revolucionario (5); partiendo del paradigma particular determinista dominante, la enfermería ha empezado a articular valores que enfatizan lo humano a un proceso humano de cuidado; se involucran valores que reconocen la naturaleza racional y la complejidad de la experiencia humana. Hay un reconocimiento de que la experiencia humana va más allá de lo cuantificable, observable y conocible y, subsecuentemente, valora los elementos inefables de la relación enfermera-paciente.

De esta manera la noción de cuidado no presenta una única conceptualización. Morse presenta cinco categorizaciones ontológicas (6, 7, 8):

**Como una característica humana:** el cuidado es parte de su naturaleza, común e inherente a las personas como característica universal, básica y constante en la sociedad, un componente esencial y necesario para la supervivencia. Conviven manifestaciones de cuidado entre los grupos humanos ocasionadas por la variación cultural que ofrece interacciones congruentes con las características culturales del individuo, grupo o sociedad en la que interactúa.

**Como un imperativo moral o ideal:** es considerado una virtud moral; involucra el bien del paciente y la manutención de su dignidad, respetándolo como ser único. Vista así, la enfermería es una práctica que busca el bienestar del otro y desde esta perspectiva el cuidado no se manifiesta como un conjunto de comportamientos palpables.

**Como afecto:** involucra emociones, sentimientos de compasión o empatía para con el paciente, que motivan a la enfermera a ofrecerlo; se presentan deseos, sentimientos que influyen en el estado emocional y que afectarán la interacción.

**Como acción terapéutica de enfermería:** la enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas del paciente, campo en donde se deben enfatizar las competencias y habilidades con relación al cuidado

que promueven la autonomía, el autocuidado, la información, la compasión y la promoción de la vida. Hace énfasis en la necesidad de adecuar el conocimiento y las habilidades como base de las acciones de cuidado; también, como la congruencia entre las acciones de enfermería y la percepción de las necesidades del paciente.

**Como una relación interpersonal o interacción personal:** hay comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Cuando esto ocurre, ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación (9).

**La escuela de la interacción** sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el diálogo y la interacción recíproca entre la enfermera y el paciente, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el paciente, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado.

Esta escuela emergió a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta. Varios acontecimientos favorecieron su desarrollo, entre ellos la teoría psicoanalítica y la demanda de las necesidades de intimidad y relaciones humanas. Se inspiraron en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo y han centrado su interés en el proceso de interacción enfermera-paciente (10). El cuidado, desde el punto de vista de esta escuela, es:

Un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia

persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado (10, p. 33).

Las teóricas que pertenecen a esta escuela son: Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Imogene King, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Joan Riehl-Sisca y Ernestine Wiedenbach (10, p. 32; 2, p. 333), quienes introdujeron la subjetividad en el cuidado de enfermería.

Hildegard Peplau planteó la teoría de las relaciones interpersonales. Su primera publicación, *Interpersonal Relation in Nursing* (11), tuvo lugar en 1952. Integra en su teoría varios modelos de intervención terapéutica, como el de Harry Stack Sullivan, se informó de los escritos de Abraham Maslow, Sigmund Freud (10, p. 32) y de los estudios de Erich Fromm y Frieda Fromm-Reichman, quienes dieron una base conceptual sólida a su teoría, además de su trabajo con los pacientes psiquiátricos. Peplau define al paciente como un ser humano, como una persona o cliente. Define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativamente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades. La enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria (4, p. 633).

De acuerdo con ella, el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería. Esta relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para la autora, la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado (12) puesto que la enfermera es un profesional, con un conocimiento especializado y una competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren porque tienen problemas o inquietudes para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas (13), y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación (4, p. 631).

**El proceso interpersonal** se compone de tres fases que se sobreponen: la de orientación, la de trabajo y

la de terminación. La fase de trabajo está formada por dos subfases: identificación y explotación.

**En la fase de orientación** la enfermera se identifica y declara su propósito para el paciente, se inicia el conocimiento de este como persona y se obtiene información de él sobre su condición de salud; y le ayuda al paciente a reconocer y entender los problemas de salud para comprender qué tipo de servicio profesional requerirá (4, pp. 636-640).

**En la fase de trabajo**, subfase de identificación, el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermera-paciente; y en la subfase de explotación el paciente hace un uso total de los servicios profesionales disponibles. Esta fase se enfoca en las reacciones del paciente a la enfermedad y se trabaja hacia el entendimiento de su *self* y hacia la comprensión de su estado de salud. El trabajo de la enfermera es amplio y en él emplea una variedad de roles, por ejemplo madre sustituta, consejera y líder, persona adulta, entre otros (4, pp. 636-640).

**En la fase de terminación** es donde ocurre el cierre y la enfermera le ayuda al paciente a organizar sus actividades para que sea más productivo en su vida social (4, p. 634). Cada fase se caracteriza porque los roles o funciones se sobreponen con relación a los problemas de salud, y la enfermera y el paciente aprenden a resolver cooperativamente las dificultades. En esta fase tanto el paciente como la enfermera asumen el rol de personas adultas. Los beneficios dependen del éxito progresivo de todas las fases (4, pp. 636-640).

Imogene King (14) publicó su modelo *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior*, en 1971, y en 1981 perfeccionó sus ideas en *A Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process* (11, p. 90) Su modelo se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (15) y en la teoría del logro de metas. En su libro *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos* define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones. Nos presenta como enfoque de la enfermería el cuidado de los seres humanos. Estos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente. El marco conceptual para enfermería está formado por sistemas personales, sistemas interpersonales (díadas o tríadas) y sistemas sociales (16). Dentro de los supuestos



principales de la enfermería está la interacción de los seres humanos con su entorno, la cual conduce a los individuos a un estado de salud que los hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales (17, 18).

**El sistema personal:** compuesto por el individuo e incluye siete dimensiones: la percepción, el yo, el crecimiento y desarrollo, la imagen corporal, el tiempo, el espacio personal y el aprendizaje (4, pp. 114-115).

**La percepción:** transacción humana con el ambiente donde se organiza, interpreta y transforma la información de los sentidos; da significado e influencia el comportamiento del individuo. Es decir, es una representación personal de la realidad.

**El yo:** compuesto por pensamientos y sentimientos, los cuales constituyen la conciencia personal del individuo. Incluye, entre otras cosas, el sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos.

**Crecimiento y desarrollo:** son los cambios continuos en los individuos a diferentes niveles: molecular, celular y comportamental.

**La imagen corporal:** percepción de su propio cuerpo y la reacción de los otros a la apariencia propia.

**El tiempo:** es la duración entre la ocurrencia de eventos y es una secuencia de eventos que se mueven hacia el futuro; es un fluir continuo de eventos en un orden sucesivo que implica cambios.

**El espacio personal:** área física llamada territorio y está definida por los comportamientos del individuo, gestos, posturas. Es único para cada individuo y está influenciado por las necesidades, experiencias pasadas y la cultura.

**El aprendizaje:** percepción sensorial, conceptualización y pensamiento crítico que involucra múltiples experiencias; en él cambian los conceptos, las habilidades, los símbolos, los hábitos y los valores.

**El sistema interpersonal:** compuesto por seis dimensiones: la interacción, la comunicación, la transacción, el rol, el estrés y el afrontamiento (4, pp. 114-115).

**La interacción:** es la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en ella las personas se perciben y juzgan mutuamente.

**La comunicación:** vehículo por el cual los seres humanos se relacionan; se da información, bien sea

directa o indirectamente. Esta puede ser verbal o no verbal, y de naturaleza intra e interpersonal. Así todo comportamiento es comunicable.

**La transacción:** interacción de seres humanos que se comunican con el ambiente para lograr sus objetivos.

**El rol:** conjunto de comportamientos que se esperan de alguien cuando ocupa una posición en un sistema social, y al mismo tiempo está sujeto a las reglas que definen los deberes y derechos propios de una posición.

**El estrés:** estado dinámico del ser humano que interactúa con su ambiente para mantener el balance; involucra intercambio de energía e información entre la persona y el ambiente.

**El afrontamiento:** resistencia al estrés.

**Los sistemas sociales:** fuerzas motivantes enraizadas en la sociedad (14, p. 189). Constan de las siguientes dimensiones: la organización, la autoridad, el poder, el estatus, la toma de decisiones y el conocimiento.

**La organización:** compuesta por seres humanos, con roles y posiciones prescritas, quienes utilizan los recursos para lograr los objetivos organizacionales y personales. Imogene King propone cuatro parámetros en la organización: valores humanos, patrones de conducta, necesidades, metas y expectativas (11, pp. 91-92).

**La autoridad:** proceso transaccional caracterizado por relaciones recíprocas entre los miembros; los valores y las percepciones juegan el papel en definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos en una organización.

**El poder:** concepto estrechamente relacionado con la autoridad, utilizado para la influencia de una o más personas en una situación.

**El estatus:** o la posición de un individuo en un grupo, en correlación a otro grupo en una organización.

**La toma de decisiones:** proceso dinámico dirigido a un objetivo y se lleva a cabo dentro de diferentes alternativas.

**El conocimiento:** la percepción es fundamental para entender el *self* y a los otros individuos.

La comprensión de la interacción es esencial para que las enfermeras entiendan el proceso fundamental de obtener información acerca de los seres humanos, como lo es también para entender la variedad de sistemas

sociales en los cuales los individuos crecen y se desarrollan (4, p. 113).

La interacción ocurre en un acto social en la relación enfermera-paciente. Dentro de las presuposiciones en las interacciones enfermera-paciente están: la percepción de la enfermera y el cliente influyen en la interacción, la percepción es una dimensión del sistema personal y es un aspecto central de la interacción humana; los objetivos, necesidades y valores de la enfermera y el paciente influyen en el proceso de interacción; los individuos deben participar en las decisiones que involucran su estado de salud. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de informar y ayudar a los individuos para tomar las decisiones en cuanto a su salud (4, pp. 109-110).

De su modelo o sistema conceptual derivó la *teoría del logro de objetivos* en la cual dos individuos, enfermera-paciente, identifican de manera mutua los objetivos y los medios para alcanzarlos; una vez estén de acuerdo, pasan a las transacciones o el alcance de la meta. Los conceptos importantes de las interacciones humanas son percepción, comunicación y transacción.

Aunque los sistemas sociales y personales influyen en la calidad del cuidado, los elementos más importantes de su teoría están en los sistemas interpersonales, en los cuales dos personas se reúnen en una organización de cuidado de la salud para "ayudar y ser ayudados a conservar un estado de salud que permita el desempeño de roles" (14, p. 150).

Joyce Travelbee propone el modelo de relación persona-persona; para ella el ser humano es un individuo único e irremplazable. Define a la enfermera como un ser humano que tiene un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otros seres humanos y a la comunidad. Define la salud según criterios objetivos y subjetivos. El entorno lo define explícitamente, así como la condición humana y las experiencias como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad (19).

De la filosofía existencialista derivó muchas de sus presuposiciones y le dio créditos a Víctor Frankel y a Rollo May alrededor de los conceptos: la relación enfermera-paciente, el sufrimiento y el dolor (2, p. 367).

La relación enfermera-paciente se presenta por las interacciones que son contactos durante los cuales la enfermera y el paciente tienen una influencia recíproca y se

comunican verbal o no verbalmente. Cada una de ellas puede ser un paso en dirección a la relación, si la enfermera, intencionalmente, se esfuerza por conocer al paciente y acierta en saber sus necesidades (20).

La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el *rapport* o el establecimiento de la relación (20, pp. 121-122).

Existen diferentes tipos de interacción enfermera-paciente (20, pp. 121-125). La automática tiene poco o ningún significado para la enfermera y el paciente. Ni la enfermera ni el paciente se mueven hacia el mutuo conocimiento; se comunican, pero falla el proceso en la dirección de una relación.

Algunas interacciones enfermera-paciente son de ayuda y útiles para el paciente aun cuando el contacto no se dirija a un nivel de relación. Por ejemplo, la enfermera puede dar un excelente cuidado físico y el paciente estar agradecido por ello, aunque sienta que la enfermera no está interesada en él personalmente.

La involuntaria ocurre cuando la enfermera debe realizar algún tratamiento requerido por el paciente. Ella lo ejecutará, pero voluntariamente no hablará con el paciente más allá de lo necesario.

La interacción enfermera-paciente inconsistente se caracteriza por un interés condicional o amabilidad condicional por parte de la enfermera. Algunas enfermeras se interesarán en el paciente solamente bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, durante una fase particular de la enfermedad y no en otro periodo. Generalmente se presenta cuando el paciente es dependiente por completo. Pero aun este tipo de interacción puede ser útil para el paciente. Incluso un interés condicional o la amabilidad pueden ser percibidos por el paciente como mejor que nada.

Es tarea del profesional de enfermería planear, dirigir y guiar útilmente la interacción (21), de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de su familia. Esta experiencia se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada recíprocamente. La manera en la cual el participante

percibe y ve al otro está arraigada en su realidad y en su verdad.

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-paciente:

**Fase del encuentro original:** cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.

**Fase de emergencia de identidades:** durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras.

**Fase de empatía:** la unicidad de cada individuo se percibe más claramente; la habilidad de trascender el *self* ha incrementado la habilidad de predecir el comportamiento como resultado del proceso empático. En cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo “empatiza” una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. La habilidad de predecir o comprender el comportamiento del otro está limitada a las experiencias personales; la gente no puede predecir lo que no ha experimentado. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad.

**Fase de simpatía:** la habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. La simpatía es una experiencia que tiene lugar entre dos o más individuos. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La característica o hecho de estar sensible a, o afectarse por las emociones, experiencias de otros. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al

otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarlo a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

**Fase de rapport:** es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del *rapport* es experimentada por ambos, de manera diferente de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

## CONSIDERACIONES FINALES

Después de dar un sobrevuelo por estas tres teorías se puede decir que la enfermería basa su práctica profesional en una relación enfermera-paciente en la cual la enfermera es un instrumento terapéutico y las interacciones se efectúan para lograr un objetivo o transacción. En la misma medida, la enfermera va a dirigir, mantener y promover los contextos favorables para el cuidado de la persona ya que el entorno actúa sobre los comportamientos de los individuos y el individuo influye sobre el entorno (10, p. 136).

Evidentemente Hildegard Peplau fue la primera enfermera que se refirió a la interacción como un fenómeno central dentro del cuidado de enfermería; la siguieron Joyce Travelbee e Imogene King. También fue la primera que incorporó teorías de otras disciplinas a la práctica de la enfermería, pues fundamentó su teoría en varios modelos de intervención terapéutica, como el de Harry Stack Sullivan, en los escritos de Abraham Maslow, Sigmund Freud (10, p. 32) y en la psicología interpersonal de Eric Fromm y Frieda Fromm-Reichman, y en el trabajo clínico con los pacientes psiquiátricos.

En contraste, Joyce Travelbee basó sus planteamientos teóricos en la filosofía existencialista de la cual esboza muchos de sus supuestos teóricos; utilizó el concepto de estados de desarrollo en la relación enfermera-paciente, y cita a Rollo May y Víctor Frankel (2, pp. 366-367).

Imogene King se basó en la teoría general de sistemas para el desarrollo de su modelo conceptual; la delineación

de la persona como un ser social, actor y reactor, quien constantemente estructura y reestructura su percepción en el mundo y se comunica a través de símbolos, y la utilización de la noción de rol son elementos que la acercan al interaccionismo simbólico (2, pp. 338-339; 22).

Sus influencias se observan en la construcción de las teorías o modelo conceptual de cada una de las autoras, pues Joyce Travelbee ve la relación enfermera paciente como una experiencia entre los dos; el objetivo de esta asistencia es ayudarlo al ser en su enfermedad, padecimiento o sufrimiento. Imogene King, como un proceso de percepción y comunicación, representada por comportamientos verbales y no verbales para el logro de los objetivos. Hildegard Peplau ve la interacción como el centro de la enfermería mediada por una comunicación de carácter lingüístico y una relación terapéutica en la cual pueden conocerse y respetarse como personas semejantes o diferentes quienes se unen para la solución de problemas.

Es de anotar que Joyce Travelbee considera las interacciones como el medio por el cual la enfermera logra establecer la relación con el paciente, ella trasciende al reconocimiento mutuo como ser único (característica del existencialismo) y digno de cuidado. El modelo conceptual de Imogene King está compuesto por el sistema personal, interpersonal y social; y actúa a través de la interacción. De su modelo desarrolló la teoría del logro de objetivos en la que describe los elementos de la interacción (percepción, comunicación y transacción) y cómo el ser humano se relaciona para el logro de objetivos. Hildegard Peplau, en cambio, presenta en su teoría las fases del proceso interpersonal: la de orientación, la de trabajo (identificación y explotación) y la de terminación.

Las tres teóricas tienen en común el concepto de comunicación como un proceso recíproco que se da entre la enfermera y el paciente en las situaciones de encuentro por las que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes; como una experiencia de encuentro o desencuentro; un asunto dinámico que influye y afecta profundamente el grado de cercanía en las situaciones de enfermería; un instrumento que puede inducir cambios en el paciente. La comunicación se expresa verbal y no verbalmente durante la interacción, la cual es percibida e interpretada.

Para Imogene King la comunicación es el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos; se caracteriza por ser verbal y no verbal. Considera al lenguaje como el patrón de comunicación, aunque un 90% de la comunicación se da a través de la comunicación no verbal. Es a través de la comunicación que se desarrollan y mantienen las relaciones; lo cual implica una comunicación interpersonal e intrapersonal (14, pp. 72-89).

Así mismo, para Hildegard Peplau la interacción enfermera-paciente es fructífera cuando el método de comunicación se identifica y usa significados comunes en el trabajo de la situación. Por ende se debe animar al paciente a participar en la identificación y valoración de su problema. Esta relación enfermera-paciente depende del estilo de la enfermera, de los conceptos teóricos que tiene y también de las competencias intelectuales e interpersonales que emplea.

Para Joyce Travelbee, la comunicación verbal y no verbal es también el medio de interacción enfermera-paciente, con una influencia recíproca en dirección a la relación.

Otro concepto que tiene en cuenta el planteamiento teórico de Joyce Travelbee es el sufrimiento y el dolor como experiencias percibidas por el individuo de manera única; ya que como sujetos existenciales estamos confrontados con la enfermedad, el dolor y la muerte; este es un aspecto importante en la relación enfermera-paciente puesto que cada individuo tiene reacciones diferentes de acuerdo con su experiencia y contexto. Para esto se hace necesario que la enfermera las conozca y tenga las habilidades para tratarlas.

Respecto al sistema interpersonal de Imogene King, aunque nos enfocamos más en algunos conceptos de este sistema, es importante tener en cuenta que, según la teoría del logro de objetivos, la transacción se da cuando se alcanzan los objetivos. Pero otros tres conceptos son fundamentales en el sistema interpersonal: el rol, el estrés y el afrontamiento de cada uno de los individuos en la interacción; de ellos dependen muchos de sus comportamientos (23).

Otra de las diferencias es que Imogene King presenta un modelo conceptual y de él deriva una teoría de mediano rango; en cambio, Joyce Travelbee e Hildegard Peplau nos presentan una teoría de mediano rango.



De todo lo anterior podemos considerar que la evolución de la enfermería a través de la historia ha tenido influencias de diferentes perspectivas; la perspectiva interactiva-integrativa ha favorecido la visualización de la realidad como multidimensional y de la misma manera las dimensiones de la experiencia del individuo; por tanto hizo posible enfocar el cuidado de enfermería en la interacción de los sujetos: enfermera-paciente que, a través de la comunicación en sus diferentes formas, comparten subjetividades, crecen y logran los objetivos, lo cual permite ver al cuidado como una labor humanitaria.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Durán de Villalobos MM. Enfermería: desarrollo teórico investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001, pp. 19-23.
- (2) Meleis A. Theoretical nursing: development & progress. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p. 26.
- (3) Newman M, Sime M, Corcoran-Perry Sh. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991; 14(1):1-5.
- (4) Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. *Nursing models and theories*. Filadelfia: Davis; 2000, p. 11.
- (5) Hartrick G. Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. Septiembre de 1997; 26(3):523-528.
- (6) Morse J et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*. Septiembre de 1990; 13(1):1-14.
- (7) Morse J. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 1991; 23(2):116-123.
- (8) Morse J et ál. Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En: Holn E, Nicholson J. *Comportamiento contemporáneo de liderazgo*, 4ª ed. Filadelfia: Lippincott; 1994, pp. 25-41.
- (9) Stockdale M, Warelou PJ. Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing*. Mayo de 2000; 31(5):1260.
- (10) Kerouac S et ál. El pensamiento enfermero. España: Mason; 2005, pp. 31-32.
- (11) Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. México: McGraw-Hill; 1995, p. 17.
- (12) Gastmans Ch. Interpersonal relation in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*. Diciembre de 1997; 28(6):1312-1319.
- (13) O'toole AW, Welt ShR. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Barcelona: Masson; 1996, pp. 69-70.
- (14) King IM. Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos. México: Limusa; 1984, p. 189.
- (15) Roche Molina H, Gómez Rodríguez J, Álvarez Pérez VM, Fernández Rodríguez G. El cambio y su efectividad en la humanización y la tecnología de punta. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/495/3/El-cambio-y-su-efectividad-en-la-humanizacion-y-la-tecnologia-de-punta>. Citado en febrero 10 de 2008.
- (16) Kim HS. Synopsis of selected nursing theories and conceptual models. En: Kim HS, Kollak I. *Nursing theories: conceptual & philosophical foundations*. 2ª ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2006, pp. 295-296.
- (17) Ackermann ML et ál. Teoría de la consecución de objetivos. En: Marriner-Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ª ed. España: Mosby; 1994, p. 307.
- (18) Alligood MR, May BA. A nursing theory of personal system empathy: interpreting a conceptualization of empathy in king's interacting system. *Nursing Science Quarterly*. Julio de 2000; 13(3):243-247.
- (19) Hobbe WH et ál. Modelo de relación de persona a persona. En: Marriner-Tomey A. *Óp. cit.*, pp. 355-362.
- (20) Travelbee J. The nurse-patient relationship. En: *Interpersonal aspects of nursing*. Filadelfia: Davis; 1967, p. 121.
- (21) Shattell MM, Starr, Sharon S, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. Blackwell Sinergy. 2007; 16(4):274-284. <http://www.sinab.unal.edu.co:2134/doi/pdf/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x> Citado en febrero 10 de 2008.
- (22) Killeen MB, King IM. Viewpoint: use of king's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification system for global communication. *International Journal of Terminologies and Classifications*. Blackwell Sinergy. 2007; 18(2). <http://www.sinab.unal.edu.co:2134/doi/pdf/10.1111/j.1744-618X.2007.00050.x> . Citado en febrero 10 de 2008.
- (23) King IM. King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21<sup>st</sup> century. *Nursing Science Quarterly*. Abril de 2007; 20(2):109-111.