

## Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería

### *Joyce Travelbee person to person relationship theory as support to nursing teaching*

María Soledad Rivera

*Enfermera, Magister en Salud Pública, Doctora en Enfermería, Profesora Escuela de Enfermería, Universidad Católica de Chile.*

---

#### Resumen

Se sintetiza algunos aspectos de la teoría de Joyce Travelbee publicada en su libro original *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: introducción a la relación persona a persona*, (1979), traducido al español por la OPS. Se pretende orientar en el proceso de enseñanza y aprendizaje necesario para el desarrollo de competencias profesionales que garanticen un cuidado comprensivo, por lo que se es fiel al libro original de la autora. Algunos argumentos se complementan con otros autores y con la experiencia de la autora enseñando y acompañando alumnos de pregrado y postítulo en el proceso de ayudar otros emocionalmente, durante las experiencias de enfermedad personal o de familiares. Se estimula a ser cuidadosos entre el discurso ideal y la práctica y a considerar este un foco nuclear del cuidado y de la enseñanza sobre cuidar comprensivamente en Enfermería

**Palabras Claves:** enfermería, cuidado, relación de ayuda, crisis emocionales, técnicas de comunicación.

#### Abstract

This article synthesizes original ideas of Joyce Travelbee published in her original book of *Intervention of Psychiatric Nursing: Introduction to person to person relationship* (1979), translated for PAHO into Spanish. The purpose of the analysis, is remark the importance of the learning-teaching process of undergraduate and graduate nursing students, to develop competencies to help others during experiences of being hospitalized and general emotional crisis. The article stimulates to be careful between the ideal speech and helping attitudes and gives consideration to reconstruct care focus in comprehensive care in Nursing.

**Key words:** Nursing care, comprehensive care, helping relationship, emotional crises, communication skills.

## Introducción

Travelbee publicó su libro sobre *Intervention in Psychiatric Nursing: process in the one-to-one relationship* en 1969. El propósito de su libro fue comunicar su teoría para guiar la práctica de la enfermería psiquiátrica y salud mental. Sus aportes son tan aplicables, que la OPS/OMS decidió traducir su libro al español en 1979, como *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*, a fin de que las enfermeras de habla hispana pudiéramos tener un modelo teórico que guiara nuestra práctica. Desde antes, los profesores del entonces Departamento de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, estábamos reflexionando, escribiendo y enseñando Enfermería Psiquiátrica basadas en las perspectivas conceptuales y filosóficas de varios autores: Hildegaard Peplau (1952), Carl Rogers, Karen Horney, Frida Fromm-Reichman, Erich Fromm y Philippe Lerch entre otros.

Joyce Travelbee, con su perspectiva humanista, centrada en las personas y sobre todo, pensando una Enfermería Psiquiátrica y en salud mental práctica, nos resultó particularmente útil en el desarrollo de habilidades de ayuda interpersonal en Enfermería en general y para definir una identidad de enfermeras psiquiátricas que nos permitió enseñar a las alumnas a establecer, desarrollar y terminar relaciones de ayuda. Sin embargo, existen publicaciones respecto de su teoría que han deformado sus ideas y pueden conducir a errores en la aplicación de la perspectiva que ella desarrolla en su libro original.

Por ello es que ofrezco esta síntesis de la teoría de Joyce Travelbee, complementada por otros autores, sobre aspectos de ella: la definición de Enfermería Psiquiátrica; los objetivos de la enfermera en salud mental y psiquiatría; cuáles son sus métodos; las características de la relación de ayuda; fundamentados y ordenados de acuerdo a la aplicación práctica que hemos hecho en la enseñanza del proceso de ayuda interpersonal y el desarrollo de competencias de ayuda en alumnos de pre y postgrado en enfermería, desde más de tres décadas.

Travelbee (1979) establece diferentes criterios para definir el área de la Enfermería Psiquiátrica. Señala que ésta puede ser definida por ubicación en hospitales y clínicas psiquiátricas; como parte inherente a la Enfermería pues la salud mental, es dimensión integral de cualquier acción o relación de cuidado de Enfermería y como área de especialidad clínica. Esta última tiene conocimientos fundados en evidencia y en perspectivas teóricas-filosóficas psicoanalíticas, fenomenológicas, sistémicas, cognitivo conductuales, entre otras, debido a la complejidad derivada de convivir con condiciones psiquiátricas o problemas de salud mental.

La enfermera psiquiátrica fundamenta su acción profesional en el conocimiento derivado de las investigaciones basadas en varios modelos teóricos de Enfermería, entre los que se cuentan el de Peplau, (1952-1999), de Orlando, (1968), de Parse (1987, 2000), además de Travelbee (1969, 1979). Para Travelbee, la Enfermería también es un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica de cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. Se percibe el cuidado enfermero en forma integral, es decir, comprensivo y dinámico, que se va desarrollando a medida que el profesional integra en sí mismo saberes empíricos, éticos, estéticos, personales e interculturales sobre la persona siempre en riesgo de vivir crisis emocionales. El propósito de la enfermera es en primer lugar comprender la situación que vive la persona, familia o grupo, y a partir de esa comprensión, establecer una relación de ayuda.

Para esta autora, Enfermería Psiquiátrica y Enfermería en Salud Mental son dimensiones de la misma área de actuación. En Chile, en la práctica se hace distinción entre ambas: mientras las enfermeras psiquiátricas trabajan en la prevención y rehabilitación de enfermos mentales y gestionan los sistemas de cuidados para enfermos mentales hospitalizados y ambulatorios; Enfermería en Salud Mental es concebida como un área amplia, dimensión esencial de la promoción de la salud integral, cuyo propósito es el desarrollo pleno de las potencialidades, y de fortalezas de las personas, familias y comunidades. También se interviene sobre aspectos de salud mental de poblaciones con problemas o riesgos específicos para prevenir trastornos mentales: como niños maltratados, adolescentes abusadas, mujeres solas jefas de hogar, adultos hospitalizados o aquejados de enfermedades graves crónicas, o sometidos a situaciones de alto estrés como accidentes, maltrato, violencia intrafamiliar, infertilidad, etc. En este momento histórico se agrega a la salud mental todo el tema referente a la promoción de la salud mental familiar, salud mental laboral, salud mental de las mujeres, etc.

Lo anterior se desprende del concepto amplio de salud difundido por la OMS y que está en la base de las políticas y programas nacionales de salud concebida como “*completo bienestar físico, psíquico y social de las personas, comunidades y sociedades*”.

#### *Definición de Enfermería Psiquiátrica de Joyce Travelbee*

Para Joyce Travelbee, (1979), la Enfermería Psiquiátrica lo entiende como

*“Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias”.* (Travelbee, 1979, p. 4)

Es *proceso interpersonal significativo*, porque el cuidado siempre es entre personas: enfermera - consultante, equipo de salud y enfermos, familias y comunidades. Al cuidar, la enfermera hace uso de sus recursos personales y profesionales, para establecer una relación específica que la llama de “*persona a persona*” y ambas personas dan significados subjetivos a sus experiencias de vida. Travelbee parte del supuesto de las teorías humanistas que visualizan al ser humano como un ser único, irremplazable, inserto en un determinado contexto sociocultural, capaz de atribuir significados a sus experiencias. Este supuesto valora la subjetividad humana, es decir, el proceso de la *relación persona a persona* se inicia en el momento en que ambas personas se ponen en contacto y la tarea de la enfermera será comprender a ese ser humano desde su perspectiva personal, a la luz de su historia y de las múltiples manifestaciones y señales que indican su mundo personal.

Por su parte el enfermo o consultante percibirá a la enfermera como persona, desde su perspectiva y, a través del diálogo, se establecerán los puentes de contacto entre ambos. Por ello se trata de una *relación inter subjetiva*. La noción de ser humano se apoya en un supuesto básico fenomenológico, que significa concebir la vida humana como un constante llegar a ser según las circunstancias de vida, lo que indica una noción dinámica de la vida. (Parse, 2000)

La otra dimensión de la definición se refiere a las *metas de la atención individual, familiar o comunitaria*, preguntando ¿a quiénes se cuida? y responde “*a personas, siempre personas, ya sea individuos, familias parejas o comunidades*”.

¿Para qué cuidar? es otra pregunta significativa. Ella señala que se hace para *acompañar* en el proceso de enfrentar el dolor y el sufrimiento y traspasarlo, encontrando un sentido a las experiencias; para acompañar en el proceso de toma de conciencia tanto de lo que hace sufrir en el presente y pasado así como de las fortalezas personales; para enfrentar y aprender de las experiencias de vida, y para promover conductas, actitudes y estilos de vida saludables individuales y al interior de la familia.

¿A través de qué se cuida? Para Travelbee el cuidado es un *proceso interpersonal* que se desarrolla a través de encuentros y entrevistas individuales fundamentalmente, pero también experiencias grupales de activación, de resocialización, de apoyo y de ayuda.

### *Promover Salud Mental*

Para Travelbee, (1979) las concepciones sobre salud mental están fundadas en los juicios de valor que cada cultura construye frente a las desviaciones de comportamiento de los seres humanos.

De hecho, históricamente, se construyó primero el discurso psiquiátrico que se abocó a estudiar y clasificar la conducta humana considerada patológica. Esto desencadenó un proceso de medicalización y patologización de cualquier conducta humana que fuera considerada indeseable para la mantención de una idea determinada de sociedad. Hubo que poner un límite a este movimiento y por ello nace el movimiento preventivo de la salud mental en los 60, que plantea la necesidad de construir un nuevo concepto como referente de la salud mental y se echa mano del modelo de la normalidad, fundado en la concepción estadística del "patrón medio" como equivalente a lo sano. Este concepto de normalidad estadística (afirmado en el promedio y la mediana) es ampliamente criticado en el siglo XIX y XX por filósofos e investigadores de las ciencias humanas como filosofía, sociología y antropología, por su carácter reduccionista y excluyente. De hecho, ocurrieron acontecimientos sociales perversos como fue el movimiento nazi, que afectó a toda Europa y donde la conducta promedio y normal fue esencialmente inhumana por su naturaleza discriminatoria e intencionalmente destructiva.

Por su parte Canguilhem (1990) en su obra *Lo Normal y lo Patológico*, elabora un profundo argumento histórico-filosófico de la construcción de los conceptos normal, salud y patológico, y abre una discusión sobre la fragilidad de los supuestos que sustentan el argumento de lo normal como equivalente a lo sano. Por otra parte los antropólogos culturales han demostrado que los pueblos del planeta crean y existen según múltiples ideas de sociedad que implican diversidad de valores y lo considerado normal en una cultura puede ser considerado perverso y patológico en otra. (Mead, s.f.; Helmann, 1994; Kleinman, Eisinger, & Good (1978)

Entonces, el concepto de salud mental todavía es una idea en construcción que, para Travelbee, depende de la concepción sobre la naturaleza del ser humano, de la que se parte y que está determinada por la cultura. Por ello se refiere a que las reglas de comportamientos considerados "adecuados" dentro de una sociedad o época dada, pueden no ser para otra, y afirma que los criterios para definir salud mental son relativos, no estáticos, ni universales y afirma: "*La salud mental no es algo que la persona posee, sino algo que la persona, ES... en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado*". (Travelbee, 1979, p. 7)

Para analizar este concepto de salud mental, Travelbee propone algunas actitudes, que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano, y desde esta perspectiva, fundamen-

ta la salud y la salud mental: Aptitud para amar, capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir un propósito o sentido a la vida.

### 1. Aptitud para amar

Concibe al ser humano de naturaleza amorosa, para ello incluye amarse: amar a otros y ser capaz de trascenderse. Concibe el amor como opuesto a "indiferencia" pues quiere lo que es bueno para el objeto amado y se encuentra activamente preocupado y comprometido. Se expresa por hechos y no por palabras y planteamientos y es básicamente un acto de voluntad, no de emociones.

Para amarse es necesario aprender a aceptarse, a respetarse y adquirir conocimiento y confianza en las habilidades de uno mismo, así como conciencia y aceptación de las limitaciones que necesariamente cada ser humano tiene, lo que implica humildad y valentía. El riesgo que advierte en la sociedad actual, es a la evasión de sí consumiendo drogas expansoras de conciencia y alcohol; ocupándose todo el día en actividades diversas (activismo) o la incapacidad de estar solo. Nadie puede dar a otro lo que no se posee, o dicho de otra forma: sólo se puede ayudar a otro en el nivel de consciencia en el cual se está.

La capacidad de trascenderse la formula cómo llegar a otros desinteresadamente como ser humano y ser capaz de sentir compasión. Para ello Travelbee señala que es necesario desarrollar capacidad de percibir al otro como individuo único y no como réplicas de uno mismo o de personas del pasado personal. Menciona que amar implica también la capacidad de desear el bien del otro, aunque el otro no me guste (o parte de él). Aceptar es diferente que aprobar.

Amar es una capacidad y una experiencia. Se ama en forma espontánea desde el nacimiento, como lo demuestra el vínculo madre-hijo. Pero como somos seres socializados, el entorno familiar, social y cultural van modelando la consciencia y los significados de las experiencias, de tal manera que un niño aprende en el marco en el cual se desarrollará su vida. Es un *proceso que cambia, fluctúa, se desarrolla en etapas, niveles y también se extingue*. Se desarrolla, se nutre y se le permite crecer.

Amar a la humanidad es amar a "*personas*", a todas las personas: a los conocidos, familiares, los iguales y los distintos de sí mismo. Plantea que es más fácil amar a "los pobres" dando dinero a una institución, que respetar, cuidar y estimular a familiares o colegas que me acompañan en el día a día y que no me gustan. Por último ella enfatiza que "*El amor se expresa en actos y no en pensamientos benévolos o sólo emociones*".

### 2. Capacidad para enfrentar la realidad

Travelbee escribe "*es la capacidad para enfrentar la realidad tal como es y no como quisiéramos que fuera*". La dimensión más importante de esta afirmación es la capacidad de percibir la propia participación en las experiencias; la de percibir las situaciones sin necesidad de distorsionarlas para presentarlas "de modo favorable" a la propia consciencia; la capacidad para enfrentarse al dolor, conflicto y hasta pedir ayuda cuando la requiero, y la capacidad de reírse de uno mismo

Enfrentar la realidad personal, a veces es retirarse de una situación o persona o enfrentarse asumiendo las consecuencias sin culpar a nadie. Implica la capacidad de reconocer nuestra propia obligación de actuar cuando un principio está en juego; de apreciar las limitaciones y el *don* de la vida como un *ahora y aquí* –lo único que se posee. Aceptar que estamos expuestos a la alegría, el

amor, la felicidad, la enfermedad, culpa, soledad, depresión y emociones conflictivas (amar y odiar). Enfrentar las *crisis*, mejor que evitarlas, negarlas, deformarlas. Tan bien incluye el conocimiento y orientación dentro del mundo en que se vive; como la habilidad de trabajar productivamente con otros, colaborar, comprometerse y competir. Por último, enfrentar la realidad incluye la capacidad de pasarlo bien, experimentar placer, de darlo y de recibirlo.

### 3. Descubrir un propósito o sentido de la vida

Travelbee sigue las ideas de Víctor Frankl, para agregar esta dimensión de cuidado integral a la persona: la capacidad de identificarse *como persona única* lleva a formularse preguntas como: ¿Quién soy?; ¿por qué vivo?; ¿adónde voy?; ¿qué me apoya?; ¿por qué estoy dispuesto a vivir?

Estas preguntas se evidencian en momentos de crisis: ¿Qué me sostiene cuando estoy angustiada (o), en caos interno? Travelbee recuerda que *si se enfrentan las crisis como momentos de aprendizaje, se puede responder a estas preguntas*.

Desde estas comprensiones, fomentar la salud mental sería contribuir a desarrollar la capacidad de amarse (auto-percibirse, auto-valorarse, auto-corregirse), para amar a otros; ayudar a las personas a percibirse en forma realista y enfrentar sus problemas reconociendo su papel en las experiencias y a encontrar soluciones prácticas a los problemas que, por ser vulnerables, estamos expuestos a toda experiencia y limitaciones humanas. Además se puede contribuir a desarrollar una filosofía de vida que proporcione sentido, significado, sostenga y dé dirección en los momentos de presión y sufrimiento.

### La relación persona a persona: directrices-suposiciones y mitos en Enfermería

Una de las contribuciones más significativas de la teoría de Travelbee ha sido su reflexión respecto de tres suposiciones y mitos muy arraigados en la Enfermería hasta la actualidad: el compromiso emocional, la aceptación y actitud no juzgadora y la objetividad.

#### *Compromiso emocional (apoyo emocional)*

Para Travelbee, comprometerse *emocionalmente es la capacidad de trascenderse e interesarse por otra persona, sin que este interés nos inhabilite para ayudarlo (p. 41)*. Es un proceso que se desarrolla durante toda la vida.

Se debe aspirar a que sea un compromiso *maduro* y para lograr desarrollarlo es necesario conocerse y auto percibirse en forma realista, y expresar y controlar la expresión de sentimientos durante la interacción, según la situación. El compromiso emocional no ocurre con todos los pacientes, familiares o colegas. Se da libremente (no se indica) y con límites claros. Advierte que la política de *“no comprometerse emocionalmente como principio”* en Enfermería cuando es constante es peligrosa, porque se puede convertir en una actitud permanente y la alineación emocional en una forma de vida (desconexión emocional).

#### *Aceptación y actitud no juzgadora*

Para Travelbee, la aceptación es un proceso difícil, porque de hecho las enfermeras rechazan “conductas” o sienten “rabia”, a veces, por la situación del paciente. Si “aceptar” es no efectuar cambios, no

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

es una actitud deseable. Advierte que en Enfermería queremos cambiar lo que hace sufrir al paciente; por tanto es necesario definir operacionalmente el concepto. No se puede “*aceptar*” por mandato. La actitud no juzgadora también es un mandato frecuente en la formación de los alumnos. Pero de hecho Travelbee afirma que “*uno emite juicios de hecho, pero se abstiene de hacerlos moralmente culpabilizando a las personas por sus actos*” (p. 45). Se enjuician conductas morales cuando atentan contra principios morales universales como el valor de la vida humana, la libertad, la beneficencia, y el respeto.

### *Objetividad*

Desde la perspectiva de Travelbee, ser objetivo es la capacidad de observar lo que realmente ocurre excluyendo prejuicios derivados de sentimientos personales. Es una meta a lograr a través de un proceso personal. Para Travelbee, la “*persona imparcial*” sin sentimientos no existe, porque “*de hecho el ser humano tiende a sentir algo frente a los otros y éstos influyen en las interacciones con los otros. Incluso la frialdad es un mensaje afectivo para el otro.*” (p. 46)”. Separar la información sensorial de las interpretaciones es una manera de obtener objetividad. El no comprometerse emocionalmente como requisito de ser objetivo es una premisa falsa. Ser “*neutral*” y llevar un rostro inexpressivo, se constituye en *barrera* para establecer una relación significativa con otro ser humano.

### **Características de la relación de ayuda en Enfermería**

Una de las contribuciones más importantes para la enseñanza de la salud mental y psiquiátrica es la proposición sobre las características de la relación de ayuda en Enfermería, de las que se pueden derivar competencias posibles de desarrollar a través de todo el currículo.

*La relación de ayuda persona a persona*, es una clase determinada de relación interpersonal que se distingue por los siguientes aspectos:

1° *Es una relación planificada, deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.*

El proceso se inicia cuando una persona solicita ayuda (en forma directa o encubierta) y la enfermera se acerca con la intención de ayudar. Ambas inician un proceso de acercamiento gradual, porque no se conocen, son extrañas una a la otra, y es aquí donde la enfermera profesional hace uso de sus recursos personales y de su conocimiento para acercar las distancias. El proceso implica abrir la conciencia para percibir el mundo subjetivo de la otra persona desde su perspectiva, y determinar las áreas en las cuales la persona desea ser ayudado y discernir cuánto puede ser ayudado. En esto coincide con Peplau (1952, 1994).

2° *Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación.*

No se dan ordenadas en forma rígida, por el contrario, habitualmente cada etapa es un proceso en sí mismo y requiere por parte de la persona que proporciona la ayuda una gran capacidad de discernimiento, conocimiento y adaptación a la realidad. También coincide con Peplau (1952, 1994).

Fases de la relación de ayuda según Travelbee: fase previa a la interacción, fase introductoria o de orientación; fase de identidades emergentes, y fase de término de la relación.

Cada fase tiene ciertas metas a lograr a saber:

A. Fase previa a la interacción (centrada en la enfermera):

- Reconocimiento de los pensamientos y sentimientos antes de la interacción, especialmente angustia, temores, expectativas. Ellos influyen en la interacción.
- Definición de metas a alcanzar en la primera interacción.

B. Fase introductora o de orientación:

- Primer encuentro con el consultante. Se establecerá o no la relación según la percepción y evaluación recíproca.
- Se conocen. Se toman decisiones respecto de los aspectos sobre los que se centrará la entrevista: motivo de consulta y lo que más preocupa al consultante en el *ahora*. Se le estimula la expresión de sentimientos. Se "*explora*" por focos que emergen como significativos para la persona ayudada.
- Se aclara lo que la persona *espera* en la relación de ayuda.
- Se hace un *contrato claro* respecto del número de sesiones, hora, lugar, objetivos de la relación, modos de ayuda, etc.
- Se *evalúa* la primera interacción.

C. Fase de identidades emergentes:

- Se trabaja sobre los problemas identificados según la importancia para la persona ayudada.
- Se le ayuda a leer con mayor finura lo que le ocurre, se analizan posibles factores vinculados a la situación problema.
- Se determina cuánto la persona puede hacer por sí mismo y se le estimula a buscar su participación en sus experiencias.
- Se identifican apoyos situacionales.
- Se eligen modos de solución operativa a los problemas identificados. Se aplican y evalúan.
- Se percibe la necesidad de referencia a un especialista cuando los problemas permanecen: psicólogo o psiquiatra.

Lo más significativo de esta fase para la persona ayudada, es quizás la experiencia de haber sido acogido, escuchado y aceptado por una persona que quiso honestamente ayudarlo sin esperar gratitud, regalos ni cumplidos. Es una experiencia de aceptación incondicional que permite a muchos consultantes reintentar establecer relaciones con otros y adquirir confianza. El problema de esta fase se centra en la tendencia del paciente a "*probar*" a quien le ayuda para comprobar su capacidad de límites, su conocimiento, si dice la verdad y si puede confiar. Esto se traduce en exigencias fuera de lugar, intentar mayor intimidad con la enfermera y manipulaciones como amenazas a abandonar la relación si la enfermera (o alumna) no accede a darle su teléfono particular, o si no consigue algún medicamento, o cosas por el estilo.

También ocurre a veces estancamiento, la persona no progresa como se "*espera*". Aquí hay que analizar con profundidad lo que ocurre y fijarse límites porque si no hay cambio, es mejor referir a la



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

persona a otro profesional como psicólogo o psiquiatra, porque cuando se trata de problemas psiquiátricos de fondo, como trastornos de personalidad, o depresión clínica, síndromes ansiosos o hasta inicio de brotes sicóticos, ellos no se benefician con la relación de ayuda, y un indicador es que la enfermera lo percibe así. La persona no avanza.

### D. Fase de término:

Habitualmente, en las intervenciones en crisis situacionales, se hacen 5 ó 6 entrevistas más o menos a una misma persona.

- Es importante tener claro las causas que se tienen para terminar y conversar con el usuario concretamente sobre esas razones en forma directa y clara para evitar interpretaciones.
- Se evalúa en conjunto todo el proceso haciendo énfasis en los logros y dificultades.
- Se debe ser claro y determinante respecto del término de la relación para evitar dependencias.

3° *Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso.*

El consultante experimenta el privilegio de ser acogido como ser humano único durante una hora. Esto aumenta su confianza en revelarse, aprende a verbalizar lo que le ocurre, aumenta su capacidad de enfrentar su realidad como menos angustia. También aprende a descubrir su participación en sus experiencias y por lo tanto a discernir sobre los aspectos que puede cambiar en su vida. Aprende a relacionarse y derivar placer de comunicarse con otro; descubre caminos y vías prácticas de solución a sus problemas y aprende a desarrollar su fuerza.

La persona que proporciona la ayuda aumenta su capacidad de comprometerse en relaciones de ayuda con las personas que la requieren, esto significa aprender a habitar espacios y territorios de intimidad con los otros. Aumenta su capacidad de observación de su conducta y de sus experiencias y de la experiencia del otro, aprende a escuchar y a confiar en la vida del otro. También se conoce en sus capacidades y limitaciones como consejera, como facilitadora, y como orientadora al abordar y enfrentar situaciones reales, ajustando sus expectativas de ayuda irreales. Por otra parte, la persona que ayuda conoce y se ajusta a la velocidad del cambio interno, que es lento y desigual, hay fases de avance, retroceso y estancamiento. Cada relación tiene un ritmo. Por otro lado, comprende lo poco que sabe y lo mucho que debe aprender a respetar y conocer la singularidad y profundidad del ser humano, lo que es duro y lento, es una conquista.

Aprende a discernir alternativas de ayuda práctica según los problemas. Esto le requiere un marco de referencia teórico rico en posibilidades de ayuda diferente. Aprende a ponerse límites cuando no puede ayudar, cuando se involucra demasiado. Aprende a comprometerse emocionalmente en forma madura, con límites y conciencia de su autoridad; a ser objetiva y nombrar lo que *es* y a aceptar incondicionalmente al *otro*. Como se percibe, ayudando a otros profundamente, es muchísimo más lo que se aprende que lo que se da.

4° *El contenido de lo que se dialoga es pertinente, relevante a la situación de vida del consultante en el aquí y ahora.*

Se trata de trabajar sobre las experiencias del presente.

5° *Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo.*

Se debe estar abierto y consciente de lo que sucede y se va encontrando, a medida que pasa el tiempo, aunque los elementos de la experiencia puedan ser confusos y desconocidos. La enfermera o persona ayudante necesita compartir sus experiencias de relación de ayuda a lo menos con otro profesional con quien pueda compartir sus hallazgos, dudas y planes de intervención.

6° *La persona que ayuda tiene que haber desarrollado cierta capacidad de lectura intrapersonal en especial de lo que vive respecto a los otros.*

Además debe haber desarrollado cierta capacidad de autocontrol emocional, autoconsciencia y capacidad de interesarse en los otros, sin que ese interés lo inhabilite para ayudarlos.

7° *Debe tener conocimiento y un marco teórico que le permita realizar sus interpretaciones acerca de lo que vive el consultante, fundadas en conocimiento científico, ético, estético y personal. (Chinn & Kramer, 1995)*

Estar abierto a utilizar ese conocimiento a beneficio del consultante con sensibilidad y sentido de oportunidad (arte de saber cuando hablar y qué decir, cuando callar, etc.).

8° *Se abre un espacio interpersonal que permite la coexistencia de problemas y sentimientos opuestos sin sucumbir a la necesidad de ahorrarse molestias buscando un término prematuro o la "solución" inmediata a los problemas. Es la habilidad de suspender temporalmente el proceso de resolución de los problemas mientras se reflexiona y se buscan nuevas maneras de ayudar a la persona. Se desarrolla paciencia y tolerancia a la angustia.*

9° *Es abrirse y permitir el acercamiento corriendo el riesgo de preocuparse por otro pasando por las limitaciones personales que pueden aparecer en el proceso.*

El propósito del acercamiento es liberar al consultante para que experimente afecto por otras personas y para que busque y encuentre por sí mismo el tipo de acercamiento que tenga mayor significado para él.

10° *Es temporal, claramente delimitada en el tiempo.*

11° *Se reconoce al otro como persona, y al hacerlo, ésta se va atreviendo a experimentar nuevos modos de acercamiento a otros y se liberan o refuerzan aspectos sanos de su personalidad.*

### Objetivos de la relación de ayuda según Travelbee, (1979)

Dado lo anterior, propone los siguientes objetivos para la relación de ayuda persona a persona:

1° *Ayudar a la persona consultante a enfrentarse con los problemas presentes.*

Interesa delimitar los problemas que la persona siente *ahora, tal como los percibe y define*. No se está interesado por descubrir el contenido inconsciente o la relación de los problemas actuales con el pasado, en primera prioridad. Puede ser una información útil sólo avanzada la relación y si el terapeuta sabe qué hacer con esa información.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Es importante *describir fielmente el motivo de consulta tal como el consultante lo define*. Es habitual que la percepción del problema definido por la enfermera y otros profesionales sea diferente a la del consultante. Si se parte definiendo el problema sólo desde la perspectiva de la enfermera, se incurre en un error básico: se pre-determina la realidad del otro y al hacerlo no se está percibiendo realmente al otro, sino sólo como proyección de sí mismo. Cuando esto ocurre, no se puede ayudar al otro realmente y si la persona no avanza en su autoconocimiento y auto comprensión, el problema es de la enfermera que está centrada en sus objetivos y no en los de la persona ayudada..

### 2° *Ayudar a la persona a conceptualizar sus problemas.*

Se trata de que identifique y vaya precisando y enfocando lo que más le afecta y cómo lo afecta. Peplau indica la importancia de preguntas exploratorias: ¿Podría decirme cómo lo afecta eso a Ud.?. ¿qué significa para Ud. estar "aletargado"?; ¿en relación con qué le ocurre?; ¿qué siente Ud. respecto de su enfermedad?; ¿qué significa esta enfermedad para Ud.? Es muy bueno recoger bastante información del otro, explorando con paciencia su mundo interior, para asegurarse de haber entendido exactamente lo que quiso decir y el significado que atribuye a sus vivencias. Esto constituye el tema central de investigación en la relación de ayuda. Lo que el otro vive, cómo le afecta, como se expresa en él... a qué lo atribuye.

Ejemplo:

Usuaría : "Vengo a pedir ayuda porque no puedo dormir, estoy inquieta..."  
Al conceptualizar se le pregunta : ¿A qué lo atribuye Ud.?  
Usuaría : "No sé..."  
Enfermera : Cuénteme de su vida... ¿Qué hace Ud. durante el día? ¿A qué dedica su tiempo?  
Usuaría : "Estoy sola desde que murió mi marido y se fue mi hija de la casa, al casarse... hace seis meses... ocurrió todo junto... Estoy sola... De repente me quedé sola y no tengo mucho que hacer. El día transcurre lento... Se me viene encima la casa vacía"

El problema ahora se conceptualiza diferente: es una situación de duelo por pérdida y un pesar por la muerte del esposo y otro duelo por el alejamiento de la hija reflejado en sentimientos de tristeza, soledad, desamparo y desesperanza.

### 3° *Ayudar a la persona a percibir su participación en sus experiencias.*

Interesa que la persona se vea a sí misma activa en su vida y su acontecer. Ella no es una víctima. En cada situación-problema ella participa en forma activa, porque lo que ella piensa - siente y hace, genera una respuesta en los demás, los que reaccionan de una determinada manera.

Es necesario precisar concretamente qué tipo de conductas la persona emite frente a determinadas personas o situaciones problemáticas, porque a medida que va apreciando relaciones de causa-efecto en su comportamiento, se da cuenta de que puede cambiar. Así como las provoca o estimula, puede dejar de hacerlo o probar otros modos de comportamiento. A medida que se da cuenta del beneficio del cambio de conducta, la mantiene.

*Ejemplo:* La señora frente a su dificultad de quedarse dormida se da cuenta de que al acostarse se pone a evocar al marido muerto y todas las cosas que hizo mal o dejó de vivir con respecto a él. Se culpa y entra en un proceso angustioso que termina en llanto, pensamientos perturbadores, etc... y no puede dormir. Entonces, la enfermera dialoga respecto de sus sentimientos, la historia con su marido, la relación que tenían. (desahogo, análisis). Por otra parte se le enseñó una técnica de relajación para que la practique antes de dormir (operativo); se le sugirió contactarse con una persona de su edificio durante algún rato del día y se dialogó sobre su sistema de creencias irracionales respecto de la muerte, la vejez y al hecho de ser una mujer sola.

4° *Ayudar a la persona a enfrentar en forma realista los problemas emergentes.*

La percepción de los problemas cambia a medida que progresa la relación; porque al verbalizar y explorar con el terapeuta, se van haciendo conscientes los elementos reales de la situación y los factores involucrados en las experiencias. *Por ejemplo:*

Problema inicial se formuló como : Insomnio

Ahora : Miedo a dormirse, porque tiene pesadillas muy conflictivas.

Problema : Crisis de llanto

Ahora : Sentimientos de pérdida, de rabia, de pena y culpa después de la muerte del esposo.

5° *Ayudar a la persona a discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.*

Generalmente las personas recurren a medidas conocidas y estereotipadas para solucionar sus problemas. Es decir, su pensamiento se ordena en dicotomías: o esto o lo otro. Normalmente cada persona recurre a los modos habituales de solución de problemas del pasado. Pero a veces la situación es nueva e irrumpe interrumpiendo el flujo habitual de los acontecimientos y no se sabe cómo actuar.

Se le ayuda a explorar otras opciones que no es capaz de ver por sí solo. La enfermera no elige por el paciente, sino que lo ayuda a entender que hay generalmente más de una solución para un problema, y se las presenta a su consciencia a fin de dialogar al respecto.

6° *Ayudar a la persona a ensayar nuevas líneas de comportamiento.*

La relación de ayuda constituye un campo de práctica para la persona, quien se da cuenta de que puede relacionarse y, de algún modo, con el terapeuta va ensayando y aprendiendo nuevas formas de comunicarse: de expresarse, escuchar, interpretar los mensajes del otro, de dar nombre a sentimientos, vivencias, etc.

Además se desarrollan planes de ensayos sobre los cambios de conducta específicos, si hay dificultad en la relación con mujeres, o con hombres, o con figuras de autoridad, con su pareja. Se realizan juegos de rol. El objetivo es ayudar a la persona a adquirir confianza en sí mismo como persona que puede planificar, evaluar, discernir alternativas y enfrentar el resultado de sus ensayos, en condiciones seguras.

7° *Ayudar a la persona a comunicarse.*

Las personas necesitadas de ayuda en salud mental habitualmente experimentan grandes dificultades para compartir sus pensamientos y sentimientos con los demás. Cada interacción de ayuda

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

va estimulando a la persona a decidirse, poner nombre a lo que siente o expresarse en forma clara, directa y congruente entre lo verbal y expresivo.

### 8° *Ayudar a la persona a socializar.*

Las personas con problemas de salud mental tienen dificultad para relacionarse con otros, disfrutar y sentir placer de estas interacciones y prestar atención a las necesidades de los demás. Esto es socializar y es un proceso recíproco. Habitualmente se aíslan, tienen pocos amigos o ninguno, no se recrean con otros, etc. La relación de ayuda permite disfrutar del contacto con otro y puede ser clave para atreverse a correr el riesgo en nuevas relaciones.

### 9° *Ayudar a la persona a encontrar un sentido a lo que vive.*

“Sentido es la razón conferida a una experiencia determinada de la vida por el individuo que la vive...” (Víctor Frankl). Constituye el *porqué* para vivir. Se refiere a todo el sistema de valores y principios que sustenta la vida personal y que le da dirección y propósito.

Cuando hay dificultades, cada persona tiende a buscar un sentido a lo que vive, si no lo encuentra, se intensifica el problema. Aún así, cada persona busca un sentido para soportar su enfermedad. La enfermedad y el sufrimiento pueden ser experiencias renovadoras siempre y cuando la persona descubra algún sentido en su sufrimiento. La enfermedad puede y debe ser una *experiencia de aprendizaje* y ayudar a la persona a crecer y desarrollarse como ser humano, a consecuencia de su sufrimiento.

Se puede tender a acusar a otros por la enfermedad: a Dios, a la mala suerte, al destino, a los padres, a miembros de la familia, a la sociedad, etc... Pueden acusarse a sí mismos, culparse y castigarse, o pueden no creer que están enfermos por falta de introspección o por defensa contra la angustia que le despierta la realidad dolorosa.

Cuando la persona se culpa o busca culpar a algo externo de sí mismo, se evidencia el intento de encontrar sentido a su enfermedad o de descubrir razones para su sufrimiento. Es una barrera enorme y se debe ayudar a superar. No sólo el consultante se paraliza a nivel de la culpa, sino todo el equipo de salud o el que ayuda. Al analizar las teorías sobre etiología de enfermedades y problemas psicológicos, es probable que se culpe a los familiares –generalmente la madre– de “causar” el problema. Esto es grave, porque el profesional que ayuda, de algún modo transmite al enfermo o consultante el mensaje de que “Ud. no es responsable por su comportamiento”, lo que induce al enfermo a creer que es una persona sin responsabilidad y que no puede cambiar su comportamiento ni influir sobre lo que le ocurre o decidir su futuro, en fin, ayudarse a sí mismo.

Es difícil encontrar sentido a la enfermedad, sobre todo si es mortal. La tarea se hace virtualmente imposible si la persona no puede superar la culpabilidad y este comportamiento es reforzado por las personas que lo están ayudando. ¿Cómo se le puede ayudar a convertir la enfermedad en una experiencia de aprendizaje? Sólo en la medida que el ayudante y ayudado sean capaces de percibir su participación en las experiencias de la vida y en aceptar su condición humana vulnerable al sufrimiento y con fortalezas y virtudes que hay que descubrir y nombrar. El sentido va emergiendo de la claridad que se va haciendo durante la relación de ayuda.

Cada crisis se puede percibir como un estado de remoción de lo que no está firme. Como en un terremoto, queda en pie lo firme, la roca sólida en la cual la persona se puede parar para enfrentar la

vida: aquellas fortalezas de la personalidad que, aún en el peor de los estados depresivos, no se mueven y ayudan a creer de nuevo en una esperanza para intentar de otro modo seguir viviendo.

### **Algunas técnicas de comunicación sugeridas**

Son medios de ayuda concreta que permiten lograr los objetivos que se van proponiendo en la relación de ayuda. No son fines en sí mismas; porque no siempre suscitan la respuesta deseada. Ayudan siempre y cuando no se las utilice en forma repetitiva, estereotipada o inapropiada.

#### *1° Estimular al enfermo a que verbalice*

A través de la verbalización las personas se dan a conocer y ésta permite en liberación de la tensión y angustia, en vez de traducir en acciones esos sentimientos. Verbalizar es nombrar en palabras las vivencias, las experiencias y definir sus problemas desde su perspectiva. Nombrar es sacar de lo invisible aquello que está vivo pero permanece sepultado en el interior de la persona y mientras esté así, es imposible poder comprender al otro. El proceso de comunicación provee al usuario del apoyo emocional necesario y lo ayuda a desarrollar capacidades interpersonales vinculadas a la solución de sus problemas.

Se estimula a que la persona verbalice usando preguntas o afirmaciones: ¿Decía Ud.?; ... y después de eso, ¿Ud...?; Continúe...por favor...; Cuénteme más acerca de ...; Y luego ¿qué sucedió?...¿Y que significa para Ud. "estoy chata"?. También se estimula la verbalización usando medios no verbales, como movimientos de cabeza, de las manos, la mirada atenta que indique "lo escucho, siga hablando".

#### *2° Ayudar a la persona a aclarar.*

Se ayuda a aclarar el sentido y la naturaleza del mensaje que el otro está transmitiendo. Cuando se está en crisis o angustiado, es habitual que se experimente desorden del pensamiento y del lenguaje y hay dificultades para decir claramente lo que se quiere transmitir, o se supone que los demás no van a entender o aún peor se supone que el otro me entiende.

Se sugiere interrumpir el flujo verbal cada vez que no se comprenda el significado de comentarios, generalizaciones y preguntas de la persona. No se debe suponer que se sabe a quien se refiere cuando la persona dice "él", "ella", "nuestro", "usted" o "lo" "todos", ninguno "nunca, aquí nadie".

Algunas preguntas o afirmaciones para intentar aclarar: "No lo estoy siguiendo. Cuénteme de nuevo acerca de..."; "¿a quién se refiere cuando dice "ellos", "él", "todos" o "toda la gente"?; ¿qué quiere decir que eso ayudó?; ¿qué fue lo que ayudó?, ¿en qué sentido?; "No entiendo lo que Ud. está diciendo...¿podría Ud. explicarme...?; ¿qué significa para Ud. eso de... "no vale la pena"?; ¿cómo es eso?; ¿dónde ocurrió?; ¿cuándo ocurrió eso?; ¿quién estaba allí?.

Lo importante es comprender el significado que la persona da a sus experiencias. Y preguntar directamente: ¿Qué quiere decir "a nadie le importa"... ¿A quién no le importa?... déme un ejemplo.

La vaguedad y el uso de adjetivos globales como "todo el mundo me odia..." debe aclararse con "¿quién es todo el mundo?, ¿quién es? ; ¿"qué es eso de "me odian", ¿qué siente Ud?

Cuando la comunicación es disgregada y se salta de un tema a otro, es más difícil comprender, se requiere más tiempo de relación. Es recomendable preguntar: "No entiendo, Juanita lo que Ud. me dice... ¿Cómo es eso?"

3º *Ayudar a concentrarse-enfocar*

Muchas personas, con altos niveles de angustia, experimentan dificultad en concentrar la atención en un solo tema y saltan de un tema a otro (disgregación). Puede ser una defensa para no comprometerse emocionalmente, evitar temas inquietantes y permanecer en un nivel superficial de relación convencional.

Cuando esto ocurre, se interrumpe el flujo del diálogo para hacer preguntas que aclaren conexiones entre algunos hechos y se concentra en un solo tema. A veces la enfermera cambia de tema porque no tolera la angustia que le desencadena la disgregación del paciente, o el tema mismo o la situación.

Si el paciente se encuentra en temas externos a sí mismo se puede interrumpir.

– “Me da la impresión que Ud. está evitando de hablar de sí mismo...”, dígame, ¿por qué está llevando la conversación hacia el clima, el jardín...? ¿que siente? O se le interrumpe: ¿Ud. qué siente respecto a su padre?, ¿cómo es su relación con él?, ¿qué significa esa “buena” relación para Ud.?, ¿en qué es buena?

Es bastante fundamental el tipo de preguntas que se realiza durante la entrevista... porque ellas conducen al foco de los temas.

4º *Ayudar a la persona a identificar causas y efectos en su conducta.*

Se le ayuda a identificar lo que él dijo o hizo antes durante y después de una situación problema. Ejemplo, “A ver, cuénteme, y Ud. ¿qué hizo o dijo antes de que su mamá le gritara?”; “¿qué hizo mientras ella le gritaba?” y ¿qué hizo y dijo después?”. De este modo se va haciendo consciente de su participación en sus experiencias.

5º *Escucha activa de los mensajes verbales y no verbales.*

Las personas reconocen que lo que más les ayuda de un terapeuta, un sacerdote o cualquier persona reconocida como ayudante, es su capacidad de *escucha activa*. Este rasgo está ampliamente descrito en literatura, y es resultado de muchas investigaciones respecto de este tema. Cuando la persona se siente escuchada, se siente tomada en serio, siente que puede confiar, se abre y se desahoga y con ello disminuye mucho su ansiedad. Por el contrario cuando la enfermera no escucha y se pone a verbalizar su opinión, bloquea la posibilidad de comprender el mundo de la persona desde su perspectiva. Para indicar que se está escuchando, haciendo silencio, atendiendo al mensaje verbal y no verbal de la persona, y emitiendo signos de que lo está escuchando: movimientos de asentimiento que reflejan que está siendo escuchado, acercar el cuerpo, inclinarse hacia el otro brevemente, decir “Sí... lo escucho” o “mmm”, etc... Otros modos de señalar al otro que se le está escuchando es mediante la repetición de frases exactas dichas por él cuando hace una pausa:

Pte:- ...“y yo tenía temor a lo que ella iba a contestarme”...

Enf:- “Ud. tenía temor a lo que ella iba a contestarle”...

O Simplemente repetir la última palabra “contestarle...”. La persona tiende a seguir el relato.

6º *Ayudar al enfermo a percibir su participación en la experiencia.*

A veces los enfermos tienen dificultad para percibir su participación en lo que les ocurre. Al usar las técnicas mencionadas se ayuda al paciente a percibirse a sí mismo como alguien activo en lo

que le pasa. La enfermera lo ayuda a darse cuenta de que es un ser humano que piensa, siente y provoca reacciones en los otros.

### Consideraciones Finales

Estas habilidades son posibles de desarrollar en los alumnos, durante sus experiencias clínicas generales y no sólo en Enfermería Psiquiátrica. Si se piensa que cualquier persona hospitalizada gravemente enferma tendrá familiares angustiados; cada madre, padre y abuelos que hospitalizan a un hijo, a su nieto; cada esposa a su esposo, cada hija a sus padres, están necesitados de ayuda. La hospitalización por enfermedad grave es una situación privilegiada para que los alumnos aprendan a intervenir progresivamente. No se puede permitir más que los alumnos realicen experiencias clínicas centrándose sólo en los problemas que las personas tienen, desconsiderando la repercusión que el problema tiene en la persona como un todo integral.

Si bien este discurso de la integralidad y cuidado comprensivo está muy de moda y figura en todos los textos de enfermería, se ha convertido casi en un mito. En la realidad de la docencia de post-título, hemos podido comprobar los grados progresivos de temor de las enfermeras clínicas a enfrentar la intimidad con enfermos y sobre todo con los familiares (curso sobre intervención en crisis emocionales, post título, Escuela de Enfermería). En vez de considerarlos foco de atención y factor clave de evaluación de la satisfacción usuaria, las enfermeras hacen todo lo posible por alejarse de los enfermos y familiares que necesitan ayuda inmediata, aquellos que están ahí, esperando todo el día a que "pase el médico, "a ver si consiguen que les digan alguna cosa" (relatos de pacientes en entrevistas de ayuda, 2004). La enseñanza de la relación de ayuda debe ser una prioridad en Enfermería y no un espacio agregado al plan de atención de Enfermería.

Travelbee (1979) con su perspectiva sobre la relación de ayuda como de *persona a persona*, ha demostrado que es una teoría que orienta y hace posible enseñar y acompañar a los alumnos durante el proceso de desarrollo de competencias de ayuda interpersonal, que cada día son más importantes porque las personas esperan de la enfermera cuidados profesionales. El proceso de aprendizaje-enseñanza se debiera complementar con la orientaciones teóricas y prácticas de otras teoristas como Peplau (1990) y más recientemente de Peggy Chinn (1995), de Patricia Benner & Judith Wrubel, (1989), y de Rose Marie Rizzo Parse (2000).

### Referencias Bibliográficas

- Benner, P & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.
- Chinn, P. (1995). *Peace & power: building communities for the future*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: National League for Nursing.
- Doona, M.E (1982). *Joyce Travelbee: Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. 2<sup>nd</sup>. Ed. Colombia: Carvajal. OPS-OMS.
- Helmann, C.G. (1994), *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*, 3<sup>o</sup> ed., London: Butterworth-Heinemann.
- Kleinman, A, E., Eisinger, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88, 250-258.
- Archivos Identidades. Estudios de género y sexología. (s.f). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas. Margaret Mead*. Recuperado en Nov 8, 2003, de <http://www.identidades.org/fundamentos/mead>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Parse, R.M. (2000). *Theory of human becoming*. New York: National League for Nursing

Travelbee, J. (1966). *Intervention in Psychiatric Nursing: process in the one-to-one relationship*. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY.

Travelbee, J. (1979). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona*. Colombia: Carvajal. OPS-OMS. 1ª ed. Español.

---

Correspondencia a: M. Soledad Rivera. Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile. Campus San Joaquín. Vicuña Mackenna 4860. Casilla 306. Correo 22. Santiago, Chile.

[mriverma@puc.cl](mailto:mriverma@puc.cl). Fono: 562-354 7269