

1. INTRODUCCIÓN AL TRABAJO SANITARIO Y DE AYUDA

1.1. INTRODUCCIÓN

La necesidad de este libro, es una realidad en el día a día de los millones de profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y psicólogos) que tratan de dar lo mejor de sí mismos para cuidar a sus pacientes.

Durante muchos años ha quedado en el olvido el impacto emocional que tiene en estos profesionales las reacciones, necesidades y consecuencias de la enfermedad, trastornos y sufrimiento de sus pacientes. Como consecuencia de ello, estos profesionales se han ido sobrecargando con los problemas y emociones ajenos, provocando problemas de salud, laborales e incluso familiares, en su vida fuera de la consulta o del hospital.

Este libro tiene varios *objetivos*:

- Aprender el impacto de la hospitalización y/o malas noticias en el paciente y familia para comprenderles mejor.
- Aprender a observarnos a nosotros mismos a nivel emocional y los pensamientos para detectar el inicio de la sobrecarga.
- Aprender a fomentar emociones positivas como la empatía, compasión y auto-compasión que tan importantes son y suelen quedar en el olvido.
- Aprender estrategias para prevenir y reducir la sintomatología propia del agotamiento emocional en el profesional, como ocurre en el síndrome de burnout y en la fatiga por compasión.
- Introducir técnicas de mindfulness como herramienta esencial en el autocuidado emocional del profesional.

- En definitiva, este libro nos ayudará a escucharnos a nosotros mismos, a dedicarnos tiempo y a cuidarnos psicológica y emocionalmente.

1.2. EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL Y LA COMUNICACIÓN EN EL MUNDO SANITARIO

1.2.1. El modelo bio-psico-social

Para hablar de este modelo bio-psico-social que hoy en día es habitual en todo el mundo sanitario, tenemos que remontarnos hasta 1977, año en el cual *George L. Engel* proclamó la necesidad de un nuevo modelo médico.

En su artículo *The need for a new medical model*¹ Engel defiende la idea de que la medicina sufría una grave crisis por continuar apegada a un modelo que no tiene en cuenta la realidad psicológica y social del individuo además de la puramente física o médica.

En su razonamiento, Engel describe el modelo biomédico dominante desde hacía mucho tiempo en medicina, donde se excluía por completo el papel de las variables sociales, psicológicas y de comportamiento que también impactan en el estado físico del paciente. Además, defiende la idea de cómo la relación (alianza terapéutica) que se produce entre profesional-paciente, puede influir en el tratamiento.

Este autor concluye que hay una serie de *ventajas* importantes a tener en cuenta para pasar de un modelo biomédico a otro bio-psico-social, como son:¹

- Este modelo novedoso ha de tener en cuenta al propio paciente, el contexto social en el que éste vive y el sistema concebido para hacer frente a los efectos disruptivos de la enfermedad (el papel del médico y del sistema sanitario).
- Hace hincapié en saber diferenciar cuándo un paciente está enfermo y cuándo está sufriendo un “problema propio de la vida”. Esta diferenciación determinará el papel del médico y del propio sistema sanitario.

La aparición de este modelo bio-psico-social (ver Figura 1), da una gran importancia a incorporar al paciente como parte activa del proceso médico². En este sentido, creo que el término “paciente” ha podido llevar a la confusión de que se es pasivo, cuando en realidad creo que describe la actitud de paciencia que se ha de tener ante el diagnóstico de una enfermedad, su pronóstico y tratamiento.

El modelo bio-psico-social introduce *cambios* en la actitud y comportamiento de los profesionales de la salud, como pueden ser²:

- Evitar culpabilizar al paciente por su problema médico, evitando juzgar al enfermo por conductas que hayan podido modular la aparición de la enfermedad.
- Aprender a comprender el sufrimiento que provocan las enfermedades y síntomas en los pacientes para así adaptar nuestra actuación como profesionales (aliviar la ansiedad o tristeza con unas palabras u ofreciendo un pañuelo si se echa a llorar, respetar los tiempos del paciente para afrontar y comprender su dolencia, etc.).

Dentro de este marco bio-psico-social, también podemos incluir el término *dolor total* que acuñó *Cicely Saunders*. La Dra. Saunders comenzó su carrera profesional como enfermera para decidir más tarde hacerse médico. Durante el inicio de su carrera, aprendió en un hospital religioso, la importancia de la planificación del tratamiento para el dolor. De este modo, pautando la medicación del paciente a lo largo del día, se evitaba que sufriera un dolor innecesario. Con su esfuerzo, logró abrir uno de los hospicios de referencia en cuidados paliativos, el “*St. Christopher’s Hospice*”, en Inglaterra³.

Cicely Saunders se dio cuenta rápidamente de que cada muerte era tan individual como la vida que cada cual ha llevado. Definió el “*dolor total*” como:⁴

“La experiencia global de un paciente incluye ansiedad, depresión y miedo; preocupación por la familia que pasará por el duelo y, a menudo, una necesidad de encontrar algún sentido a la situación, alguna realidad más profunda en la que confiar.”

Aunque *Cicely Saunders* lo aplicó en su campo de actuación, los pacientes en el final de la vida, este concepto es válido también para cualquier ámbito de la medicina, pues está confirmado que la experiencia dolorosa se puede ver incrementada ante la presencia de ansiedad o tristeza en el paciente. El miedo y las preocupaciones también modulan el nivel de dolor y astenia en pacientes oncológicos⁵.

El modelo bio-psico-social es en realidad un modelo cuya relación se centra en el paciente. Según *Putnam y Lipkin*⁶, en el *modelo centrado en el paciente*:

- Los pacientes expresan sus preocupaciones más importantes.
- Se fomenta la verbalización de preguntas.

- Favorece que el paciente explique sus creencias y expectativas sobre la enfermedad.
- Promueve y facilita la expresión emocional.
- Aporta información al enfermo.
- Implica a los pacientes en la elaboración del plan de tratamiento.

Considero que se ha producido un desarrollo desigual entre este modelo bio-psico-social, centrado en el mundo emocional y social del paciente y las estrategias enseñadas sobre cómo afrontar las emociones de éste para evitar la sobrecarga emocional y una excesiva identificación con el enfermo.

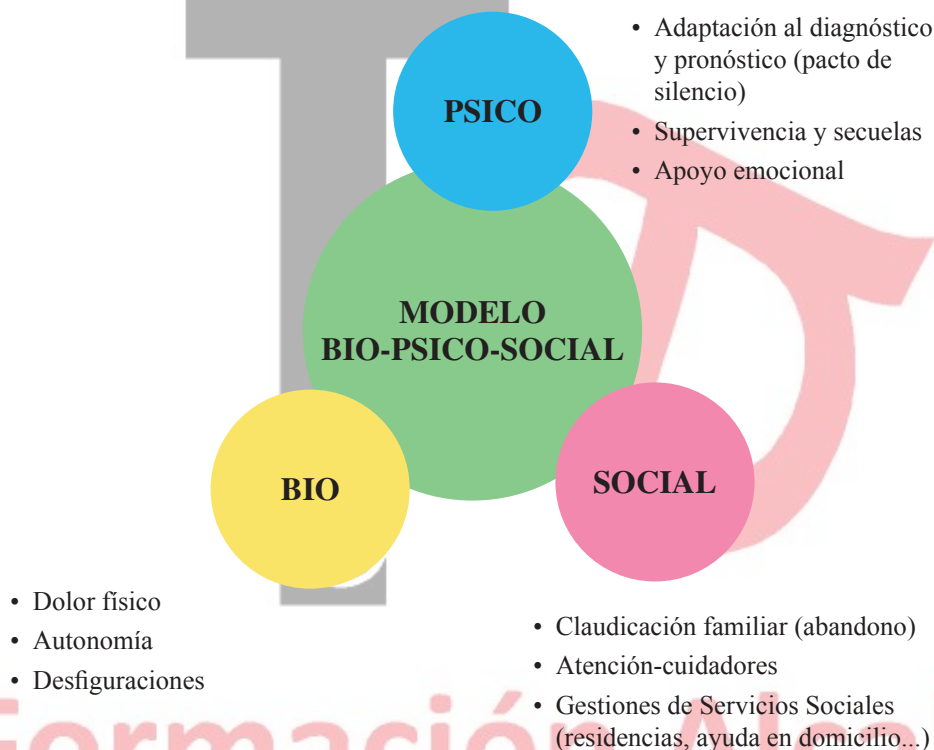


Figura 1. Esquema del modelo bio-psicosocial.

1.2.2. La comunicación con el paciente y la familia

Las etapas de la medicina y la comunicación

A lo largo de la historia, el mundo de la medicina ha pasado por cuatro edades o *etapas* en cuanto a la comunicación con el paciente⁷.

1. *La edad paternalista.* Podríamos situarla desde el siglo VI a.C. hasta 1960. Esta etapa se caracteriza por el control absoluto del médico, el paciente dependía de esa autoridad del médico y la información recibida se basaba en lo que consideraba necesario el profesional. El papel médico en esta etapa era muy limitada dada la escasez de técnicas de intervención médicas disponibles. En esta fase histórica, el médico tan solo divulgaba principios de higiene y prevención, actuando más en la parte psicológica que en la médica.
2. *La edad de la autonomía.* Conocida como la edad del paciente, la podríamos situar desde 1945 al presente. En esta etapa se han producido grandes avances en cuanto a la comprensión de la enfermedad y el desarrollo de técnicas médicas y quirúrgicas. Este desarrollo técnico fue realizado especialmente por EE.UU., Canadá y algunos países de Europa Occidental. Un cambio esencial de esta etapa, fue la introducción del *consentimiento informado*. El Colegio Americano de Médicos, define este consentimiento informado como⁸:
“La explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y de riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”.
3. *La edad de la burocracia.* También llamada la etapa del “financiador”, surgió hace 30 o 40 años, cuando las organizaciones (a menudo públicas) comenzaron a financiar los gastos sanitarios. Esta etapa trajo consigo otros objetivos como la contención del gasto, la eficiencia y el análisis de rentabilidad para la sociedad. En esta etapa, los médicos se ven divididos entre la eficiencia y la atención personal hacia sus pacientes. Los deseos de los médicos y de los pacientes son sometidos a los deseos administrativos y burocráticos, distorsionando la relación médico-paciente y suponiendo un gran reto en la atención sanitaria.

Alisdair Macintyre definió estas tres primeras etapas de la medicina del siguiente modo⁸:

- *Primera etapa*: El médico es un curandero con poderes mágicos.
- *Segunda etapa*: El médico es un profesional de una ciencia aplicada.
- *Tercera etapa*: El médico es un administrador burocrático.

4. *La edad de la toma de decisiones compartida por médico y paciente*:

En 1980, *Mark Siegler*⁷ construyó un modelo teórico que defendía la comunicación, discusión y negociación en consulta entre el médico y el paciente. En lugar de dar por sentado que el médico o el paciente sabían previamente cuál era la mejor decisión, este modelo proponía un marco para buscar la decisión más acertada para el enfermo, siendo éste el objetivo terapéutico esencial. Las *ventajas* de este enfoque son⁷:

- Mayor confianza en los médicos.
- Mejor adherencia al tratamiento que ha acordado el paciente con su médico.
- Se toman decisiones adecuadas desde la perspectiva económica.
- Mayor satisfacción con la atención recibida.
- Mejores resultados con el tratamiento de las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, úlceras y artritis reumatoide.

Lo que parece claro es que el objetivo primordial de la medicina, es ayudar a las personas que lo necesitan.

El conocido como “Informe Hastings” o también llamado “Los fines de la medicina”⁹, detalla con exactitud los *objetivos* que deben estar presentes en el mundo de la medicina:

- *La definición de “salud”*: Este centro de investigación biomédica toma como referencia la definición de salud de la OMS: “Completo bienestar físico, mental y social”, lo que nos redirige una vez más al modelo bio-psico-social.
- *Los cuatro fines de la medicina*: Se resumen en...
 - Prevenir enfermedades y lesiones. Promoción y conservación de la salud (ámbito preventivo).
 - Alivio del dolor y sufrimiento causados por los males (ámbito de intervención o tratamiento).
 - Atención y curación de los enfermos y cuidados a los incurables.
 - Evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila (ámbito de los cuidados paliativos).

1.2.3. La comunicación médico-paciente de la teoría a la práctica

A nivel teórico parece que no quedan dudas sobre la necesidad y conveniencia para el paciente y el propio profesional de la salud, de la información y comunicación sincera y veraz. El problema es que los médicos, personal de enfermería, trabajo social e incluso psicólogos, no somos formados en técnicas de comunicación, especialmente cuando se deben comunicar malas noticias.

Considero que uno de los ámbitos donde más se ha desarrollado este tipo de estrategias comunicativas, ha sido en cuidados paliativos, pues en esa especialidad comunicar malas noticias, es algo habitual.

Algunas de las funciones de esta comunicación médico-paciente se han estudiado desde el campo de la oncología y cuidados paliativos, pero considero que las *ventajas* se pueden extrapolar a otras especialidades médicas¹⁰:

- La comunicación paciente-profesionales se reconoce como uno de los elementos esenciales del soporte que se ofrece a los pacientes. Ayuda a mejorar síntomas (dolor), promueve una mejor vivencia de los tratamientos y mejora la calidad de vida general.
- Es especialmente importante una comunicación fluida ante las malas noticias, donde el proceso de comunicación bidireccional es clave.
- Una buena comunicación paciente-profesional, puede ayudar a que el paciente determine sus preferencias sobre los cuidados.
- También hay resultados positivos entre una buena comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento¹¹. Los pacientes bien informados de su situación médica y tratamiento, están más motivados.

La comunicación es una habilidad que se aprende. Hay estudios que han valorado las habilidades más útiles en este sentido^{12,13,14}. Para Kurtz¹², hay cinco *principios* esenciales que determinan una comunicación efectiva:

- *Asegurar una interacción en lugar de una transmisión de información:* La clave es que se produzca un diálogo entre paciente y terapeuta, donde se puedan expresar dudas, preguntas o aclaraciones.
- *Reduce la incertidumbre propia de la enfermedad:* La incertidumbre es una emoción compleja que nos impide atender adecuadamente a la información que nos aporta nuestro medio. El antídoto de la incertidumbre es la información, conocer las opciones de tratamiento, cómo serán los procedimientos médicos o qué esperar en cuanto a síntomas derivados del tratamiento y de la propia enfermedad, beneficia al paciente y fortalece la relación con el personal sanitario.

- *Requiere planificación:* Es importante que el profesional de la salud le dé la importancia que tiene a esta comunicación y para ello se debe saber que hay que prepararse este tipo de conversaciones teniendo en cuenta el perfil del paciente, sus necesidades informativas, las noticias que se han de comunicar, etc.
- *Muestra la capacidad de reacción del personal sanitario:* Se ha de acudir a estas reuniones con la flexibilidad mental propia de un entrevistador que se adapta a su entrevistado.
- *Seguir un modelo helicoidal mejor que lineal:* Para que el paciente (aturdido por tanta información, por diagnósticos y pronósticos que no se espera y por las implicaciones de todo ello en su vida) comprenda adecuadamente su situación hay que repasar varias veces la misma información hasta asegurarse de que nos han comprendido y no tiene dudas.

Las funciones y tareas que deben realizar médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y psicólogos, son muy diferentes y también lo son algunas consideraciones a tener en cuenta.

1. Información médica

La información que debe aportar un médico en atención primaria es muy diferente de la que debe dar un oncólogo, paliativista o de cualquier otra especialidad.

Atención primaria

En este ámbito, las funciones de los médicos se desarrollan desde la prevención de enfermedades, seguimiento de patologías y tratamientos y diagnósticos hasta la derivación a otros profesionales de áreas especializadas. El médico de atención primaria suele ser ese primer filtro al que acude un paciente con quejas (habitualmente desconexas) de una enfermedad. Es tarea del médico de atención primaria seguir el hilo de las pistas que le ofrece el paciente. En un estudio realizado en España en 2015¹⁵, se concluyeron que las *necesidades de información* sobre salud y enfermedad en atención primaria, son:

- *Salud y prevención:* Hábitos saludables, actividades preventivas (vacunación, prevención de accidentes), hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol...), enfermedades de riesgo, antecedentes familiares, etc. Esta categoría es especialmente importante porque puede evitar enfermedades graves a largo plazo.

- *Diagnóstico precoz*: Revisiones anuales, síntomas o signos alerta de enfermedades (cáncer, demencia, enfermedades autoinmunes, etc.).
- *Primeros auxilios*: Accidentes laborales, domésticos o de tráfico, atragantamiento, desvanecimientos.
- *Enfermedad*: Diagnóstico, tratamiento, evolución, pronóstico, revisiones, derivaciones de atención a otros profesionales. Esta es la categoría que requiere más tiempo por parte de los médicos para asegurarse que el paciente comprende lo que le ocurre.

La buena comunicación entre el médico de atención primaria y el paciente, es especialmente importante en las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiovasculares, etc. Cuando un paciente está bien informado y participa en la toma de decisiones, tiene una mejor adherencia al tratamiento y a los consejos médicos de hábitos saludables (dieta equilibrada, ejercicio, etc.). Para llegar a este punto, el paciente tiene que haber sido informado no solo de las posibilidades de tratamiento, sino también de los potenciales riesgos, lo que genera una mayor confianza con su médico¹⁶.

En un estudio llevado a cabo en EE.UU.¹⁶, concluyeron que existen una serie de *características y actitudes* de los médicos que se asocian con conductas saludables en los pacientes y que se transmiten de manera verbal, por medio del lenguaje.

- *Empatía* entendida como la apreciación de la situación del paciente.
- *Mostrarse disponible ante las dudas del paciente*, conducta centrada en el enfermo.
- *Permitir el punto de vista del paciente*, dejando que éste guíe parte de la conversación, especialmente al final de la visita.
- *Explicaciones objetivas y claras*, especialmente al final de la entrevista.
- *Refuerzo positivo y emociones positivas*, respecto de las acciones del paciente.
- *Bromear*, para liberar tensiones.
- *Charla psico-social*, teniendo en cuenta el estilo de vida, emociones y sentimientos del paciente.
- *Preguntas abiertas y cerradas*, sobre temas psico-sociales del paciente.
- *Información médica*. Compartiendo información médica de tratamientos y sus efectos, ser receptivo a las preguntas y dudas del paciente, educación sanitaria, etc.

Sin embargo, hay una parte muy importante de la comunicación humana que se produce a nivel *no verbal* (gestos, expresiones faciales, tono de voz, etc.)

y que envían mensajes emocionales muy importantes a los pacientes. Algunas de estas *características* de la comunicación no verbal (CNV) asociados a resultados satisfactorios de los pacientes son¹⁶:

- Mirar a los ojos aunque con pausas intermitentes para no incomodar al paciente.
- Asentir con la cabeza, expresando comprensión.
- Cuerpo orientado hacia delante, manteniendo una actitud abierta.
- Piernas y brazos no cruzados, pues suelen indicar una actitud defensiva.
- El tacto como medio de expresión de comprensión y apoyo (tomar las manos del paciente, tocar un hombro o la espalda para que el paciente no se sienta solo).

A pesar de todas estas recomendaciones, el mundo sanitario asiste a una reducción cada vez mayor del tiempo empleado en consulta con cada paciente (recordando esa tercera etapa sanitaria que aún en ocasiones vivimos, donde la burocracia ha tomado el control). Esto es, sin duda alguna, un gran obstáculo a la hora de tener una comunicación amplia, si se desea atender adecuadamente a los pacientes. Por todo ello la comunicación en el mundo sanitario considero que es todo un arte que requiere de práctica para determinar las estrategias ideales para lograr este objetivo, según las capacidades de cada profesional.

Oncología y cuidados paliativos

Vamos a centrarnos primero en el mundo de la oncología y después avanzaremos hacia los cuidados paliativos.

a. *Comunicación en oncología*: La presencia de cualquier enfermedad conlleva en el individuo una *pérdida*. Puede ser la pérdida de la salud a nivel general, hasta pérdidas de funciones en órganos o miembros. En oncología, la comunicación tiene dos grandes pilares, la información sobre la enfermedad, tratamientos y pronósticos, y el aspecto psico-emocional.¹⁷

En este ámbito es necesario, para una comunicación efectiva, una base de conocimientos teóricos y prácticos de la enfermedad, y un alto nivel de complicidad interpersonal. Esta complicidad se logra creando confianza y seguridad entre el profesional y el paciente.

A nivel teórico, nos parece comprensible dividir o separar la información médica del impacto psicológico y emocional que ésta tiene en el paciente. A nivel práctico, lo cierto es que una cosa convive con la otra. El paciente diagnosticado de un cáncer es un individuo complejo que en su interior lleva la tristeza, el dolor, la ansiedad, el miedo y un mundo

de emociones que se convulsiona al ser diagnosticado. El médico no ha sido preparado para afrontar los temores del paciente, su llanto y desesperación. Si el médico siente pánico ante la expresión de este tipo de emociones, puede querer salir huyendo de esta situación, abandonando al paciente con su complejo mundo emocional para que busque soluciones por su cuenta.

Algo a tener en cuenta, es que los pacientes no están buscando consejos sabios que logren acabar con su malestar. Lo que realmente buscan es sentirse escuchados y apoyados. Ofrecer un pañuelo al paciente que llora, tocar la mano del ser humano angustiado para que sepa que nos conmueve su relato, pueden ser suficientes para reducir los niveles de ansiedad y malestar del enfermo.

El médico no tiene por qué saberlo todo, y por ello es importante que admita que no lo sabe todo y que ante su sufrimiento y angustia no le puede recetar un medicamento. Lo que sí puede hacer es ser humano y mostrar la empatía y compasión que lleva en su interior como persona que se dedica a ayudar a los demás.

b. *Comunicación en cuidados paliativos*: Entendemos los cuidados paliativos, como aquella atención sanitaria que se produce en el paciente con enfermedad avanzada que evolucionará a enfermedad terminal. Si en oncología ya tomaba importancia el mundo emocional en la comunicación con el paciente, en cuidados paliativos es ya el co-protagonista de toda la comunicación que se producirá.

En este sentido, creo muy acertada la frase de *Eric Cassell*: “*Los que sufren NO son los cuerpos, son las personas*”. Considero que esta frase delimita bien el cambio intelectual que se debe producir en cuidados paliativos.

Cada paciente tiene una biografía única que determina su manera de ser y el modo en que afronta sus problemas. Lo que en la vida diaria, fuera de un diagnóstico terminal, se podría etiquetar como un problema mental, en cuidados paliativos se convierte en una manera de adaptarse a una información muy amenazante.¹⁸

En un estudio llevado a cabo en la universidad de Barcelona y Valencia¹⁹, se concluyó que lo que provoca más ansiedad ante la muerte, no es el morir en sí, sino el proceso que lleva a la muerte que es impredecible. La comunicación en cuidados paliativos, es más pausada que en otras especialidades médicas. El profesional se ha de adaptar al ritmo del

paciente, escuchando los temores expresados por debajo de las palabras, en los silencios. El silencio es una gran herramienta comunicativa, pues le enviamos el mensaje al paciente de que estamos ahí junto a él o ella para lo que necesite.

La comunicación en cuidados paliativos es muy amplia y hay muchos temas de los que hablar, por ello dedicaremos un buen espacio a este tema más adelante.

2. Información y comunicación en enfermería

El personal de enfermería afronta situaciones diferentes a las de los médicos, menos centrados en los diagnósticos y malas noticias, pero más en contacto con el mundo emocional del paciente, teniendo que afrontar la expresión de angustia, irritabilidad, miedo, tristeza, ansiedad y un largo etcétera de emociones que el paciente no se atreve a comunicar al médico (por la figura autoritaria que representa) ni a sus familiares (por miedo a hacerles sufrir).

El personal de enfermería está poco formado en el afrontamiento de estas reacciones emocionales, lo que incrementa su malestar y estrés, pudiendo provocar problemas como la fatiga por compasión o el síndrome de burnout que veremos más adelante.

La comunicación con el personal de enfermería hospitalario, suele ser de confianza, expresando dudas y preguntas sobre la información de todo el proceso de enfermedad. El estado emocional del paciente va cambiando, especialmente desde que es hospitalizado hasta que lleva un tiempo ingresado en el hospital. Cuando el personal de enfermería comparte experiencias con los pacientes, se crea un clima de confianza y se logra estabilizar el estado emocional. Al estar más calmados, los pacientes colaborarán en el tratamiento y su estancia en el hospital será agradable, cambiando la percepción del paciente en cuanto a estar hospitalizado²⁰.

Como ya he comentado en el caso de la comunicación que debe tener el médico con el paciente, en enfermería se debe tener en cuenta tanto la comunicación verbal como la comunicación no verbal. Algunos *consejos básicos* a este respecto pueden ser^{20,21}:

- Facilitar el diálogo y parecer cercano al paciente.
- Trabajar con humanidad y humildad.
- Llamar al paciente por su nombre.
- Respetar la intimidad del paciente y la libertad de expresión.

- Mantener la mirada en el paciente. Algo que puede generar incomodidad o sentir que no es comprendido, es apartar la mirada o no posarla en él o ella.
- *Empatía*: Reconocer las emociones de la otra persona y compartir nuestras impresiones.
- *El tacto*²¹: La piel está llena de receptores sensoriales. Cuando tocamos y somos tocados, podemos enviar mucha información emocional (apoyo, tristeza por saber de su sufrimiento, tranquilidad, etc.).

Aprender habilidades de comunicación eficaces en el mundo sanitario, es esencial para promover una buena adaptación hospitalaria en el paciente y para que el personal de enfermería se sienta cómodo con esta parte de su trabajo.

3. Información y comunicación en trabajo social

La información que aporta un trabajador social al paciente y su familia, es cualitativamente diferente al de los médicos y personal de enfermería.

Los objetivos de un trabajador social son analizar los recursos económicos y sociales del paciente y su familia, la posibilidad de derivar al enfermo a su hogar o a una institución externa que se dedique a su cuidado, a qué ayudas estatales acogerse, etc. Podríamos decir que los objetivos de los trabajadores sociales son más prácticos y se basan en la búsqueda de recursos²².

Precisamente por la temática con la que trabaja un trabajador social, es probable que en muchas ocasiones tenga que afrontar la emocionalidad del paciente y su familia. El papel del trabajador social puede ser muy tranquilizador, especialmente para la familia del paciente porque se resuelven muchas de sus dudas sobre el cuidado del enfermo, tema que puede provocar una gran angustia.

Uno de los ámbitos donde más introducidos están los trabajadores sociales en el equipo interdisciplinar que atiende al paciente, es en oncología y cuidados paliativos, lo que agiliza mucho el trabajo de todos los profesionales y los cambios en la situación médica del paciente tienen un cambio instantáneo en la búsqueda de recursos y ayudas.

Los trabajadores sociales también ayudan a tomar decisiones complejas, y para que esa toma de decisiones sea adecuada, es importante la manera en que se comunican con el paciente y la familia.

*Los objetivos básicos del trabajador social hospitalario, son*²²:

- Tanto el paciente como la familia es el centro de atención y cuidado, pues la enfermedad afecta a todo el funcionamiento del grupo familiar.

- El trabajador social ayuda a que el paciente y la familia comprendan los cambios y necesidades especiales que demanda la enfermedad, buscando soluciones adaptadas a su entorno y recursos.
- Es esencial saber que cada paciente es único y sus necesidades sociales también lo son (cultura, lugar de residencia, red social de apoyo, personalidad, etc.).
- El trabajador social hospitalario debe tener unos conocimientos médicos básicos para saber qué recursos buscar en base al estado físico y evolución de la enfermedad del paciente.

Dada la importancia de la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente, a continuación introduciré algunas nociones prácticas que cualquier profesional sanitario (médicos, enfermería, trabajador social o psicólogo) podrá practicar desde mañana mismo^{23,24}.

1. Las preguntas abiertas y cerradas

Siempre he considerado que la mejor manera de acceder al mundo mental y emocional del paciente, es por medio de preguntas abiertas, pues demuestran nuestro interés e intención de hablar de lo que le preocupa a él o ella, pero al mismo tiempo delega en el paciente el ritmo y temas a tratar.

Preguntas abiertas

Son aquellas que permiten al paciente producir mayor cantidad de información y les hacen reflexionar. No siempre generan información precisa, por lo que lo ideal es combinar las preguntas abiertas y las cerradas.

Ejemplo: “¿Está triste, verdad?” → Esta NO es una pregunta abierta, mejor preguntar “¿Cómo se encuentra de ánimo?”.

Preguntas cerradas

Este tipo de preguntas nos suelen conducir a respuestas concretas, pero también puede parecer que estamos haciendo un interrogatorio, por lo que una vez más, mi consejo es usar preguntas abiertas y cerradas.

Ejemplo: “Me ha comentado que en ocasiones siente angustia, ¿esta angustia aparece en algún momento concreto del día?” → Esta pregunta cerrada nos ayuda a indagar en una información obtenida a través de una pregunta abierta anterior (“¿Cómo se encuentra anímicamente?”).

A continuación ejemplifico algunas de estas *preguntas abiertas*²³:

- *Explorar lo que sabe el paciente de su diagnóstico y/o pronóstico:*
 - ¿Qué le han dicho que tiene?
 - ¿Han hablado con usted sobre su enfermedad?
 - ¿Qué cree usted que tiene?
 - ¿Piensa que tiene algo grave?
 - ¿Cómo describiría su situación?
- *Explorar lo que quiere saber el paciente y el grado de implicación en la toma de decisiones:*
 - ¿Le gustaría que habláramos sobre su enfermedad?
 - ¿Preferiría no haber sabido lo que ya le han dicho sobre su enfermedad?
 - ¿Es usted de las personas que les gusta saber lo que tienen o preferiría que habláramos con sus familiares de su situación médica?
 - Algunos pacientes nos dicen que quieren conocer qué les está pasando, otros prefieren que hablemos con su familia. En su caso, ¿usted qué preferiría?
 - Si las cosas se ponen mal, ¿le gustaría ser informado de ello?
 - ¿Le gustaría tener la suficiente información para poder decidir en cada momento el tratamiento que considera más oportuno para usted, o prefiere que esas decisiones las tomemos los médicos junto con sus familiares?
- *Explorar el estado emocional y psicológico del paciente:*
 - ¿Cómo se encuentra, cómo se siente?
 - ¿Cuál es el síntoma que más le molesta?
 - Si solo pudiéramos mejorarle uno de los síntomas, ¿cuál sería?
 - ¿Qué le preocupa?
 - ¿A qué le ha estado dando vueltas?
 - ¿Qué es lo que le hace sentirse peor?
 - ¿Qué es lo que más le preocupa de toda esta situación?
- *Explorar la manera en que podemos ayudar al paciente y a la familia:*
 - ¿Hay algo que podemos hacer para que se sienta mejor?
 - Cuando ha tenido problemas serios anteriormente en su vida, ¿Cómo los ha afrontado y resuelto?
 - ¿Quiénes son las personas en quienes más confía?
 - ¿Qué cree que puede ayudarle en esta situación?
 - ¿Cómo le gustaría que le ayudáramos?

2. Claves de la comunicación sanitaria²³

Comunicar un diagnóstico y/o pronóstico, no es algo sencillo, especialmente cuando se tiene que dar una mala noticia. Es una situación difícil para el profesional y para el enfermo. Por eso mismo la *información* que se aporte al paciente, debe caracterizarse por:

- *Información secuencial*: Tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentra. Por ejemplo, se deben enseñar las prótesis tras una mastectomía pero no antes de la operación, a no ser que el paciente lo pida específicamente.
- *Una información muy amplia NO beneficia*: Genera confusión, incertidumbre, aumenta la ansiedad. Mejor no informar a que la información sea incompleta, ambigua o vaga.
- *Información administrada por el especialista en la materia* (médico, enfermería, trabajador social, psicólogo, etc.). La información se debe comunicar al paciente, a la familia o a quien autorice el paciente.
- Inicialmente se proporciona información oral, completándose con información impresa.
- *Información congruente*: Lo que se dice al paciente por diferentes canales de información y por diferentes profesionales, ha de ser similar.

La información que se proporciona a un paciente al que se le diagnostica una enfermedad, siempre va a suponer una amenaza para su persona. En este sentido, es interesante *tener en cuenta* lo siguiente:

“Si lo oigo lo olvido, si lo veo lo recuerdo y si lo hago lo sé”.

- El paciente solo retiene un 10% de la información leída.
- El paciente retiene un 20% la información oída.
- El paciente recuerda el 30% de la información vista.
- El paciente recuerda el 50% de la información vista y oída.
- El paciente recuerda un 70% de la información que ellos mismos dicen.
- El paciente recuerda un 90% de lo que hacen y dicen.

Es muy importante ser conscientes de que en el momento en que se confirma la presencia de una enfermedad, el paciente sufre un shock, y ello genera que muchos de los asuntos hablados en la consulta, no los recuerde más tarde.

Algo a tener en cuenta es que muchos pacientes que acuden por segunda o tercera vez al especialista, aún suelen tener gran ansiedad, por lo que sus dudas o preguntas quedan en el olvido una vez que están en el despacho del médico. Por eso, es muy útil aconsejar al paciente que se apunte todas las dudas en casa, y que se lleve la lista a la consulta para evitar mayores preocupaciones.

Cuando hablemos con un paciente, dicha *información* debe ser:

- Breve y concisa.
- Emplear un lenguaje adaptado a la comprensión y nivel cultural del paciente.
- Asegurarse que la información se ha comprendido.
- Identificar temores (¿qué es lo que más le preocupa?).
- Identificar el apoyo social del paciente.
- Ofrecer recursos (asociaciones, atención psicológica, etc.).

3. Informar de malas noticias^{23,24}

Con los pacientes, el proceso de información es continuo, ya que los cambios que se producen en la enfermedad por la propia evolución de ésta o por los tratamientos e intervenciones aplicados, requerirá información constante.

Ser informado es un derecho fundamental del paciente. Aunque muchos desean ser informados, hay otros que no quieren saber lo que les ocurre, informando a un familiar. *El paciente tiene el derecho a saber, pero también a no ser informado*, por lo que debemos respetar sus deseos y adaptarnos a su ritmo de afrontamiento de la enfermedad. El deseo de ser o no informado, también puede cambiar a lo largo de la enfermedad.

En general, sabemos que si el paciente conoce su diagnóstico y/o pronóstico, esto le ayudará a adaptarse a cada etapa y le hará sentir cierto control por poder tomar decisiones anticipadas para un momento en que tal vez la gravedad de la enfermedad, le impida tomar. Otro elemento esencial de informar al paciente, es que podrá planificar cuestiones laborales, familiares, proceder a hacer el testamento o incluso el testamento vital.

La *estrategia* que podemos seguir al informar de las malas noticias es:

- *Preparar la entrevista*: Es muy importante tener claro el objetivo al hablar con el paciente. Se recomienda un entorno en calma, evitando lo máximo posible interrupciones y sin prisas. Debemos aprovechar un momento del día en que el paciente no esté muy cansado o dormido si es que está hospitalizado. Podemos preguntar al enfermo si desea hablar con nosotros a solas o con algún familiar presente.

- *El paciente y la información:* Como ya hemos comentado antes, lo primero que debemos saber es el grado de información que posee el paciente acerca de su enfermedad. Es importante que el paciente sienta que no tenemos reparos en hablar de cualquier tema con él, incluida su angustia, ansiedad o incluso el tema de la muerte, si es que surge.

Una manera bastante útil de dar una mala noticia es usando lo que se llama “*warning shot*”, se basa en decir algo que ayude a prepararle para recibir esa mala noticia. *Ejemplo:* “Me gustaría decirle que está mejorando, pero no es eso lo que reflejan sus últimos análisis”. De este modo ayudamos a que el paciente se centre en la conversación y se prepare para recibir malas noticias.

- *Expresión emocional del paciente:* Es muy importante preguntarle al enfermo cómo se encuentra por medio del uso de las preguntas abiertas que hemos repasado con anterioridad (¿cómo se siente?, ¿hay algo que le preocupe?). De este modo creamos un espacio donde el paciente es libre de expresar emociones que tal vez no se atreve a comunicar a su familia por miedo a hacerles sufrir.

Un punto esencial en la expresión emocional del paciente, es que el profesional sea capaz de manejar los silencios. Mucha gente siente la necesidad de llenar el vacío con palabras, por su propia incomodidad. Ante esto, debemos pensar que el “protagonista” es el paciente y que éste requiere de espacio y silencios para pensar. Debemos escuchar el doble de lo que hablamos.

Es importante ahondar en temas que abre el paciente y que son demasiado generales para poder ayudarle. Por ejemplo, si el paciente dice “todo va mal”, podemos preguntarle: “¿qué quiere decir con que todo va mal?” De este modo le ayudamos a definir aquellas cosas que podemos modificar para sentirse mejor.

4. Hablar de datos médicos para decidir el tratamiento²⁴

Es importante que el profesional vaya preparado a la consulta para esta conversación. Lo ideal es delimitar el número de opciones que le presentamos al paciente para centrarnos en aquellas que mejor se adaptan a la situación de cada persona.

- Es útil comenzar con una pregunta del tipo: “¿Le parece que hablemos de la decisión del tratamiento?”

- Delimitar las necesidades de información del paciente: “¿Prefiere oír los pros y contras y decidir usted mismo, quiere que tomemos la decisión entre los dos o desea que decida yo lo que crea mejor para usted?”
- Hacer recomendaciones a los pacientes que dejan en manos del médico la decisión del tratamiento. El profesional debe señalar sus razones y por qué considera que es la mejor opción. Pedir la opinión del paciente y animarle a que pregunte cualquier duda.
- Comprobar la comprensión del paciente: La manera ideal de hacerlo es decirle que haga un resumen de lo hablado. *Ejemplo:* “A veces no me explico muy bien. Para asegurarme de que ha comprendido todo correctamente, ¿podría decirme en sus propias palabras qué ha entendido de las opciones que le ofrezco?”
- Preguntar al paciente si quiere tomar las decisiones: “Hay quien toma decisiones rápidamente y quien necesita reflexionar un tiempo antes o hablarlo con otras personas, ¿usted qué prefiere?”

5. Hablar del pronóstico^{23,24}

En este sentido, y antes de comunicar un diagnóstico y pronóstico, es esencial saber qué tipo de paciente tenemos delante acerca de su actitud ante la información.

- *Pacientes incrementadores (monitoring):* Consideran la enfermedad como un reto y desafío, quieren tener conocimientos profundos de aquello que les aqueja. La información que concuerde con su estilo de afrontamiento, reducirá la ansiedad y viceversa. Estas personas focalizan su atención en una amplia información sobre su enfermedad
- *Pacientes amortiguadores (blunting):* Prefieren olvidar y evitar hablar de ciertos temas, especialmente si son negativos. Estas personas ven en la enfermedad una gran amenaza y prefieren minimizar esta información amenazante por medio de la distracción. No suelen buscar información sobre su enfermedad, prefiriendo olvidar la información negativa. Para comunicar noticias sobre su estado de salud a estos pacientes, es esencial hacer una preparación previa y preguntarles qué cosas desea conocer y cuáles no.

Cómo orientar esta conversación sobre el pronóstico²⁴

1. *¿Cuánto quiere saber?:* Normalmente los pacientes suelen indicar su necesidad de información, pero para asegurarnos podemos hacer

la siguiente pregunta: “¿Cuánto quiere saber de su pronóstico? Hay pacientes que desean muchos detalles y otros prefieren información general, incluso hay quien delega esta información en un familiar, ¿usted qué prefiere?”

2. *Pacientes incrementadores que desean ser informados del pronóstico:*

Algunas pautas básicas a seguir con este tipo de pacientes son:

- *Negociar el contenido de la entrevista:* Un paciente puede preguntar por su pronóstico y el médico decir algo así como: “¿Qué información desea recibir en el futuro? Le hago esta pregunta porque puedo responder de diferentes maneras, bien con estadísticas acerca del tiempo de vida media de una persona con una enfermedad y estado semejante al suyo, también sobre el mejor o peor escenario posible, incluso hay pacientes que piensan en un suceso futuro (bautizos, cumpleaños, aniversarios...). ¿Qué cree usted que le sería de más ayuda?”
- *Aportar información:* En este paso, y tras saber lo que desea conocer el paciente, adaptaremos el discurso a sus necesidades.
- *Dirigirse al paciente y la familia:* Ante un pronóstico malo, lo normal es que paciente y familia reaccionen emotivamente a la información. No siempre el médico está preparado para afrontar este tipo de reacciones emocionales. Veremos este tema con más calma en el siguiente capítulo.

3. *Pacientes amortiguadores que no desean ser informados del pronóstico:*

Algunas pautas básicas que podemos seguir con este tipo de pacientes son:

- *Averiguar por qué no desea ser informado el paciente:* “Si me ayudara a entender por qué no quiere conocer su pronóstico, sabría mejor cómo hablar de otros temas delicados”.
- Comprender lo que le preocupa al paciente.
- *Pedir permiso para volver a hablar del tema:* “Por mi experiencia profesional, sé que, con el tiempo, las personas pueden cambiar de opinión sobre su deseo de conocer su pronóstico y me gustaría comprobar regularmente que no haya cambiado de opinión. Si desea más información, quiero que me lo diga, ¿de acuerdo?”
- Dar nuestra opinión como profesionales sobre que no conocer el pronóstico puede alterar la toma de decisiones sobre el tratamiento.

4. *Pacientes indecisos sobre su necesidad de información:* Algunas pautas básicas que podemos seguir con este tipo de pacientes son:

- *Hablar de esta indecisión:* “Creo que por un lado desea saber y por el otro no, ¿es así?”
- *Analizar pros y contras de saber y no saber:* Escuchar al paciente es una buena estrategia para comprender su postura. “¿Podría ayudarme a entender sus sentimientos y dudas de manera más detallada?”
- *Reconocer la difícil situación en que se encuentra el paciente:* “Comprendo lo difícil que ha de ser para usted toda esta situación”.
- Describir las opciones a discutir y sus consecuencias.

1.3. RELACIÓN DE AYUDA Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO

1.3.1. La relación de ayuda

Como ya hemos comentado, los profesionales de la salud orientan su vida profesional a ayudar a otras personas. A pesar de ello, puede ser habitual la aparición de ambivalencias con el paciente o familiares, pues aunque se desea ayudar, no siempre la relación es fluida y no nos sentimos naturalmente inclinados a prestar esa asistencia que forma parte de nosotros y de nuestra profesión.

Cabe preguntarnos qué es la relación de ayuda en sí misma. Creo que lo primero que debemos reflexionar es que los seres humanos necesitamos recibir ayuda.

La base de toda relación de ayuda requiere ser conscientes de que otra persona puede necesitar de nosotros algo que él o ella no tiene y que necesita para vivir. Un segundo paso, es ser conscientes de que poseemos esos conocimientos o instrumentos que pueden ayudar al otro y que nuestra salud nos permite hacer todo esto²⁵.

La relación de ayuda se produce constantemente a nuestro alrededor por personas de profesiones variadas, en situaciones y contextos muy diferentes. Así pues, podemos diferenciar entre relación de ayuda profesional y no profesional. Aunque ambas tienen el mismo objetivo, la relación de ayuda profesional es una relación peculiar, cualitativamente diferente de la no profesional.

Podríamos definir la *relación de ayuda* como: “Encuentro personal que se produce entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle dentro de un marco interpersonal adecuado”²⁵.

Aquel que necesita ayuda, es una persona que sufre y se siente desmoralizado ante su pérdida de control y autoestima al enfrentar una situación que excede sus recursos. También es habitual la desesperanza, lo que provoca que la persona sienta que jamás podrá salir de la situación en la que se encuentra. La aparición de una persona que pueda ayudarnos, suele reavivar nuestra esperanza de superar los conflictos, aunque también nosotros tengamos que poner de nuestra parte para salir de esa situación²⁵.

Así pues, cuando sufrimos, la presencia de otra persona que desea ayudarnos, moviliza en nosotros la esperanza, lo que nos llena de energía para afrontar nuestros problemas o dificultades, mejorando nuestro estado anímico.

Para tener un poco más claro lo que es y lo que no es una relación de ayuda, podemos acudir a la Tabla 1²⁶.

Tabla 1. Resumen de las diferencias entre lo que es y no es la relación de ayuda²⁶.

| La relación de ayuda es... | La relación de ayuda no es... |
|---|---|
| Ayudar al paciente a hacer frente a sus problemas presentes | Una conversación ni una relación social |
| Ayudar al paciente a ser parte <i>activa</i> del proceso de cambio de manera <i>realista</i> | Una discusión |
| Ayudar al paciente a considerar varias posibilidades de ver la realidad y de ensayar nuevos comportamientos | Una entrevista (lo principal es el paciente y no el profesional) |
| Ayudar al paciente a comunicar y a abrirse a los otros | Un interrogatorio |
| Ayudar al paciente a encontrar un sentido a la situación que vive (problemas, enfermedades...) | Un discurso: pretendemos comprender y no convencer. Una confesión: no hay juicios morales. |

En el fondo, la relación de ayuda no es más que el proceso de la comunicación con otras personas.

En este sentido, *Carl Rogers* desarrolló su carrera como psicólogo tomando como punto central, la relación de ayuda. Algunas de sus *conclusiones* fueron²⁷:

- *Ser coherente*: No podremos ayudar adecuadamente a alguien si mostramos una actitud profesional, pero en nuestro interior nos sentimos aburridos o rechazamos a la otra persona. Si sentimos estas cosas, podemos ser percibidos como personas poco confiables.

Ser coherentes cuando ayudamos a alguien, supone ser conscientes de cualquier emoción, sentimiento o actitud que experimentamos en todo momento. De este modo seremos tal y como somos, nos comportaremos de manera genuina y eso es lo que inspira la confianza de los demás.

- *Comunicar lo que somos:* Cuando nos sentimos aburridos o rechazamos a la otra persona, nuestra manera de comunicarnos será contradictoria entre lo que decimos (comunicación verbal) y lo que nuestro cuerpo expresa (comunicación no verbal). La clave para evitar no conectar con aquellos a quienes deseamos ayudar, es ser auténticos, sin ocultar al otro emociones o pensamientos que pueden contradecir nuestra intención de ayudar, podemos establecer una buena relación de ayuda.

Solo podemos ser auténticos cuando somos capaces de ayudarnos a nosotros mismos (percibiendo y aceptando mis emociones y pensamientos, sin juzgarme). Si deseamos ayudar y promover el desarrollo personal en otros, antes debemos hacer lo mismo con nosotros. Aunque es un camino doloroso, es muy enriquecedor.

- *Experimentar actitudes positivas hacia otras personas:* Sensaciones de calidez, cuidado, agrado, interés o respeto, suelen ser habituales cuando ayudamos a los demás. El problema es que en ocasiones tememos estos sentimientos por el miedo a quedarnos atrapados en ellos. De ahí suele nacer ese distanciamiento con los demás, creando una postura profesional y una relación impersonal (en el ámbito sanitario se termina considerando a la persona un objeto o una enfermedad).
- *Fortaleza personal:* Un miedo habitual como seres humanos, es si sabremos poner distancia entre YO y los demás. En el ámbito sanitario, donde el paciente y su familia son vulnerables, este miedo se hace más real.

Estos miedos desaparecen cuando nos conocemos profundamente a nosotros mismos y estamos en contacto con lo que pensamos, sentimos y somos. Solo desde el profundo conocimiento de quiénes somos, podremos zambullirnos en los mundos ajenos y establecer una verdadera relación de ayuda.

- *Respetar la forma de ser del otro:* La seguridad en uno mismo es lo que permite la libertad de ser quien realmente es el otro. Es habitual que en nuestro afán por ayudar, terminemos imponiendo una forma de ser que es nuestra y no de la otra persona. No podemos olvidar que cada persona es única y nuestra intervención será más eficaz cuando nos adaptemos a

la personalidad del otro (honesto o falso, maduro o inmaduro, desesperado o con confianza en sí mismo).

- *Evitar juzgar al otro*: Considero que esto es algo muy complejo, pues vivimos en una sociedad en la que juzgar a otros está muy automatizado. Ser capaz de identificar cómo es alguien e introducirnos en su mundo emocional, es una de las cosas más importantes que podemos hacer como profesionales. Pero debemos tener cuidado de no juzgar ese mundo interno único y precioso en nuestro afán por ayudar.
- *Aceptar al otro tal y como es*: Es curioso cómo solo podemos cambiar en nosotros aquello que aceptamos. En una relación de ayuda, si hay aspectos de otras personas que no terminamos de aceptar porque no coinciden con nuestros puntos de vista o preferencias, no podremos ayudarlo totalmente porque habrá algo que bloquee nuestras intenciones de ayuda. Tendemos a rechazar en los demás las cosas que no admitimos ni aceptamos en nosotros mismos, por lo que el rechazo en el otro es un signo de que eso mismo existe en nuestro interior. Este es un ejemplo magnífico de cómo la relación de ayuda nos permite crecer como personas y conocernos mejor.
- *No ser percibido como una amenaza*: En el ámbito sanitario, las personas se pueden sentir desprotegidas porque están inmersos en un mundo que no comprenden, por lo que las amenazas son muchas y variadas. No ser percibido como una amenaza el médico, personal de enfermería, trabajador social y el psicólogo, se puede lograr mostrándonos abiertos, aceptando al otro tal y como es, mostrando que no tememos hablar de ciertos temas (sufrimiento, dolor, muerte) y presentándonos accesibles.
- *Evitar los juicios de valor*: Desde que nacemos, estamos expuestos a que otras personas nos evalúen (“está bien, eres desobediente”, “esto merece un diez”, etc.) e incluso las hacemos nosotros mismos cada día. En una relación de ayuda, es importante no caer en estos juicios de valor porque no estimulan el cambio en la otra persona.
- *Limitaciones propias y ajenas*: Debemos ver la relación de ayuda como una oportunidad para reforzar todo lo que es la otra persona, con sus potencialidades (aquello que puede llegar a ser), tenderá a actuar para alcanzar todo aquello que lleva en su interior pero que aún no ha desarrollado.

En el ámbito sanitario, la relación de ayuda se caracteriza por²⁶:

- *Ayuda puntual*: La relación profesional-paciente, transcurre en el presente y en ella se fijan los objetivos a alcanzar y lo que se hará para lograrlo. En el fondo, el objetivo es fomentar la autonomía del paciente.
- *Favorecer el crecimiento personal*: Como ya decía Carl Rogers, el objetivo de la relación de ayuda es que el otro sea más libre por medio del crecimiento y superación de los problemas (ansiedad, miedo, dolor, sufrimiento...).
- *Ayuda eficaz*: Debemos valorar si nuestros intentos de mejora obtienen los resultados esperados.
- *Ayuda en la comunicación*: El profesional debe guiar y enseñar al paciente a comunicarse sobre sus sentimientos, necesidades, demandas y apoyos.

1.3.2. Fases en la relación de ayuda²⁶

Fase I. La acogida

La acogida es la primera toma de contacto que tiene el personal sanitario con el paciente, y es decisiva acerca de la relación que se establecerá con él o ella. También podemos hablar de acogida al referirnos a los primeros momentos en que volvemos a establecer relación con el paciente en cada nueva consulta.

El objetivo de la acogida es crear un clima de confianza con el paciente para hallar las respuestas que necesita y los recursos necesarios para la toma de decisiones. Lo primero que se debe hacer, es escuchar de manera activa a las preocupaciones o temores del paciente y ofrecerle una nueva perspectiva de sus tribulaciones, fomentando que crea en sí mismo.

Actitudes que debe tener el profesional en la acogida:

- *El saludo*: La mejor manera de entablar esta conexión en la acogida, es por medio de un saludo cortés del tipo: “buenos días”. En este punto, tiene una gran importancia la comunicación no verbal, pues será la que transmita al paciente una acogida real. Es recomendable dar la mano a modo de saludo, así como mostrar una sonrisa cómoda que provoque en el paciente calma y mayor confianza. El paciente aportará información de su estado anímico en la forma en que responda al saludo, pequeñas expresiones faciales como el entrecejo fruncido o agarrarse las manos con fuerza haciendo movimientos estereotipados, nos pueden indicar un desasosiego y angustia generales. La voz y tono del paciente también

nos indican su estado emocional y el tono de voz del profesional debe adecuarse al del paciente para mostrar que somos sensibles a su estado.

- *La presencia:* Es importante que el profesional esté centrado en el paciente y no en otras preocupaciones. Esto no siempre es fácil, pero debemos esforzarnos por centrar nuestra atención en las necesidades del paciente. Algunas técnicas de mindfulness que aprenderemos más adelante, nos ayudarán a estar presentes en el aquí y ahora.
- *Estructurar el tiempo:* El mundo sanitario tiene unos tiempos muy marcados que en ocasiones son difíciles de lograr. Por ello es importante que el profesional sepa la duración de la sesión y tenga una estructura mental de lo que hablará en ella y se lo hacemos saber al paciente para que sepa el ritmo que llevaremos. Aunque tengamos restricciones de tiempo, si somos empáticos y sinceros con el paciente en cuanto al tiempo disponible para su consulta, le transmitimos la idea de que nos hemos preparado el encuentro, generando más confianza.
- *Aceptar las diferencias del paciente:* Cada persona es única y eso se puede observar en la relación en el ámbito sanitario. Es importante evitar generalizaciones, pues cada paciente necesita algo diferente. Estar abierto a la idea de que el otro percibe el mundo de una manera distinta de la mía, requiere una gran flexibilidad mental y estar orientados a la ayuda y no tratar de imponer criterios propios. Esto es algo complicado y por ello es importante tomarse descansos breves entre pacientes en la medida de lo posible, pues es una buena manera de auto-cuidarse emocionalmente.

Fase II. Clarificación y definición del problema

Ya se ha creado confianza con el paciente y ahora le sigue escuchar sus demandas. En ocasiones, los pacientes suelen comenzar a hablar de cosas que no son sus preocupaciones reales, pero es una manera de introducir poco a poco lo que le preocupa.

El trabajo del profesional en esta segunda etapa, es “leer entre líneas”, es decir, averiguar lo que hay detrás del discurso del paciente (miedos, preocupaciones, temores, angustia, ansiedad, ira...). Cuando el paciente se siente bien acogido, siente que puede confiar en el profesional y se siente escuchado y comprendido, pudiendo verbalizar sus preocupaciones reales.

Una vez que la verdadera preocupación del paciente sale a la luz, nos centraremos en *explorar el problema*, que supone entrar en el mundo personal del paciente y cómo se relaciona con este problema. Una buena manera de seguir

conectados al otro, es reflejando lo que éste nos comunica con breves resúmenes de lo que hemos comprendido de su discurso, lo que fomenta que el paciente continúe hablando.

La siguiente etapa es *comprender el problema*, y esto solo lo lograremos cuando entendamos cómo el problema afecta al paciente (a nivel psicológico, emocional, social, médico y espiritual). Una vez logrado esto, el profesional se plantea los objetivos que guiarán la intervención.

Por último, *concretamos y definimos el problema*. Una vez que tenemos bien definido el problema, procederemos a definirlo *junto* al paciente. De este modo se sabrá qué hay que hacer a partir de ese momento. Esta definición determina la solución. Cuanto más específico sea el problema, mayor facilidad hallaremos en su resolución.

Algunas *actitudes* que debe mantener el profesional en esta etapa son:

- *Responsabilidad*: El profesional debe atender las demandas del paciente aunque parezcan que éstas le corresponden a otro profesional (psicólogo, psiquiatra...).
- *Calidez humana*: Para ello el profesional debe ver al paciente como una persona más allá de su enfermedad, sin juzgarlo ni criticarlo.
- *Aceptación*: Aceptar las posturas del paciente aunque no se esté de acuerdo con ellas.
- *Observar*: La comunicación no verbal nos aporta mucha información que no siempre se verbaliza.

Fase III. Confrontación y re-estructuración

En esta fase, el profesional introduce una manera alternativa con la que ver el problema del paciente. La *confrontación* es aportar una información para desconcertar y así observar las incoherencias o ideas irracionales que tiene el paciente sobre su problema.

Con ello, el profesional logra que el enfermo sea consciente de que él mismo es agente activo de su experiencia vital, ayuda a abordar los problemas de manera más realista, diferenciando aquello que puede resolver y lo que no, aceptando aquello que no puede modificar y reconociendo el efecto de su comportamiento.

La *confrontación* pretende una *re-estructuración* de creencias muy arraigadas en el paciente que no le ayudan a afrontar la realidad. El profesional debe confrontar:

- Actitudes o comportamientos destructivos (dirigidos a sí mismos y a los demás).
- Incongruencias entre comunicación verbal y no verbal (observar conductas ansiosas pero el paciente refiere no sentir ansiedad).
- La manera de ver la realidad Vs otras maneras de afrontarla.
- Desconocimiento o conocimientos falsos.
- Ante conductas que subestiman o sobreestiman la situación, a otros o a sí mismos.
- Exageraciones.
- Comportamientos precedentes de mensajes estereotipados (“debo agradecer a todo el mundo”).
- Huida y rechazo de responsabilidades.

Hay ciertas *actitudes* en el profesional que ayudan mucho a *confrontar*:

- *Evitar juicios y consejos*: Cuando juzgamos a alguien, provocamos sentimientos de incomprensión, culpabilidad y podemos dañar la imagen que tiene de sí mismo, y eso es lo contrario a lo que deseamos, pues solo queremos que el paciente se sienta mejor y sea más activo ante su problema. Dar consejos puede ser una táctica habitual en nosotros ante el sufrimiento externo. En general, aconsejar es una manera velada de juzgar y mantiene al paciente en una postura de inferioridad y dependiente del profesional.
- *Valorar todo lo positivo del paciente en la resolución del problema*: Nuestra cultura tiende a ser punitiva y a centrar el foco de atención en lo negativo. Algo que siempre he considerado esencial, es resaltar todo lo positivo que tiene y hace el paciente, para así aumentar su confianza y autoestima.
- *Aumentar el repertorio de comportamientos*: Dado que deseamos que el paciente asuma un papel más activo, debemos fomentar un abanico más amplio de conductas y habilidades para afrontar los problemas. Como profesionales, podemos mostrarles maneras alternativas de hacer frente a su problema y que el paciente elija aquella que mejor se adapte a sí mismo.
- *La explicitación*: Es otra forma de confrontar que consiste en hablar claramente de las alusiones dichas vagamente o de manera inconsciente. Supone hacer explícito lo que el paciente ha dicho de manera implícita. *Ejemplo*: “Me sucede que todavía tengo ideas, pero esto no es importante...”.

Fase IV. Establecer un plan de acción con el paciente

Gracias al diálogo abierto, empático y sincero establecido entre el profesional y el paciente, se podrá elaborar un plan de acción sobre lo que hacer una vez tomada la decisión. En este paso, el profesional debe presentar pros y contras de los objetivos y acciones que tendrá que llevar a cabo el paciente.

Algo que no debemos olvidar, es que el enfermo debe estar motivado para lograr los objetivos marcados. En este sentido también es importante señalar que la definición del objetivo a lograr, debe ser lo más específico posible.

En medicina, enfermería, trabajo social y psicología, es importante marcar *objetivos realistas*, es decir, poner metas que se puedan lograr con una relativa facilidad.

Por ejemplo: A un paciente paliativo, no le motivaremos con la idea de la recuperación total, sino con lograr un mayor bienestar y reducción de su sufrimiento. A un paciente ansioso, nunca le indicaremos como objetivo la desaparición total de la ansiedad en cualquiera de sus formas, pues eso es imposible. Tendremos que enseñarle técnicas para reducir su ansiedad cuando aparezca y de este modo evitaremos un ataque de pánico.

Al establecer un plan de acción, debemos definir muy específicamente los pasos a dar, las metas a corto, medio y largo plazo y con los pacientes indecisos o con miedo a la incertidumbre, se recomendaría establecer un límite temporal concreto (fecha) en la que alcanzar el resultado final.

En el ámbito sanitario, estos límites temporales vienen marcados por los tratamientos o intervenciones realizados y organizados por las instituciones sanitarias.

Fase V. La separación

Cualquier relación humana que llega a su fin, produce una sensación de pérdida. En el ámbito médico, en ocasiones los pacientes acuden de manera periódica para revisiones, por lo que esta separación se difumina.

En psicología, sin embargo, el final de la terapia supone el final de la relación aunque haya sesiones de control a los tres meses, seis meses y al año de finalizar la terapia.

Hay pacientes con los que nos identificamos más o con los que compartimos más cosas. En esos casos somos más vulnerables a vivir el final de esta relación como una pérdida importante, por lo que deberemos elaborar nuestro duelo, separándonos poco a poco del paciente y reflexionando sobre todo lo que nos ha aportado esa persona, enseñanzas que siempre quedarán con nosotros.

Una manera de auto-cuidarse, es ser sensibles a estas situaciones donde nos aferramos al paciente y aprender a centrarnos en lo positivo de esa relación que se termina.

Cuadro resumen de las fases en la relación de ayuda

Fase I. Acogida. Es la etapa en la cual establecemos contacto con el paciente y determina la relación que se tendrá en el futuro. Consejos para que la acogida sea positiva:

- Saludar y establecer contacto físico (dar la mano).
- Centrarnos en el presente y dirigir nuestra atención al paciente.
- Tener en mente la estructura de la sesión y objetivos a lograr.
- Observar las necesidades del paciente, manteniendo una actitud abierta.

Fase II. Clarificación y definición del problema. El profesional ha de explorar el problema del paciente, comprenderlo adecuadamente y definir su problema de manera consensuada. Algunos elementos que debemos tener en cuenta, son:

- Ser cálidos, evitando críticas y juicios.
- Aceptar las opiniones y creencias del otro aunque no se compartan.
- Observar y atender a la comunicación no verbal.

Fase III. Confrontación y re-estructuración. El papel esencial de la relación de ayuda, es que el profesional introduce una manera alternativa de pensar y observar el problema. De este modo, se le devuelve al paciente su capacidad activa para afrontar sus tribulaciones. Podemos fomentar la confrontación, de las siguientes maneras:

- Evitando juicios y consejos.
- Dando valor a aspectos positivos que el paciente ignora de sí mismo.
- Mostrar conductas alternativas.
- Hacer explícito lo que la otra persona indica de manera implícita.

Fase IV. Plan de acción. Consiste en indicar pros y contras de la decisión tomada conjuntamente entre el profesional y el paciente. Es esencial establecer objetivos realistas.

Fase V. La separación. El final de la relación de ayuda, requiere que tanto el profesional como el paciente, se puedan despedir y ambos sean conscientes de lo aprendido en el camino.

1.3.3. Actitudes y habilidades en el personal sanitario

1.3.3.1. El *counseling* o consejo psicológico

En el ámbito sanitario, educativo y legal, ha surgido un marco de comunicación llamado “*counseling*” o *consejo psicológico* (en Español). Sus *principios* son estos²⁸:

- El “*counseling*” es una filosofía de vida. Este enfoque tiende a despatologizar la vida, hablando de problemas más que de trastornos psicológicos. Esto se logra considerando a los pacientes como personas que experimentan un problema puntual en su vida.
- Se centra en un problema que tiene el paciente, donde el profesional le ayuda a solucionarlo.
- Cada paciente tiene una biografía única que determina su manera de ser y el modo en que afronta sus problemas. Como profesionales, debemos adaptarnos al paciente y a sus necesidades. Los pacientes desean y necesitan que alguien les escuche (a ellos y no solo a sus síntomas).
- El *counseling* pretende que el paciente tome las decisiones que considere más adecuadas para él o ella en función de sus intereses y valores. *No* es hacer algo por alguien, sino hacerlo *con* él o ella.
- Este marco teórico y filosofía de vida, nos empuja a ver a la persona de manera holística y en relación a todas las áreas de la vida. El paciente no es solo su enfermedad, sino que también es una persona que padece una enfermedad, tiene ciertos problemas psicológicos y emocionales, inserto en un ámbito social, económico, laboral y familiar.

El *counseling* se aplica en una serie de fases. A continuación repasaremos esas etapas o *fases*²⁸:

Fase I. Construir una fuerte alianza de trabajo y cooperación

El objetivo de esta alianza de trabajo, es que se puedan hacer los cambios necesarios para resolver los problemas del paciente, que son experiencias vitales que han de afrontar.

Creo que la clave de esta fase es *acompañar* al paciente en su camino. Esta alianza de trabajo es un encuentro entre biografías (la del paciente y la del profesional). Establecemos una meta común a lograr, comprometiéndonos con ellos en una serie de tareas y responsabilidades comunes.

El paciente acude allá adonde vaya, con su biografía. Es importante tener este concepto en mente porque cambia nuestra manera de ver a la otra persona y ayuda a ser conscientes de que ha vivido cosas que han modulado su forma de ser y de afrontar las diferentes situaciones vitales.

Consejos prácticos para crear una alianza de trabajo

- *Reciprocidad*: Lo que el paciente piensa, siente y comparte con nosotros, depende de lo que nosotros hacemos y decimos. Si escuchamos de manera sensible sus preocupaciones, el paciente seguirá hablando. Si observan que reforzamos sus cambios, esfuerzos y limitaciones, es más probable que continúe en esa senda del cambio. Si ante un problema emocional o psicológico tan solo nos centramos en la intervención psicofarmacológica, el paciente asumirá una actitud pasiva, esperando que la medicación haga el trabajo.
- *Influir en el otro*: No debemos olvidar que tenemos cierto margen de influencia en el paciente. Si expresamos aprobación por un cambio (por pequeño que sea), motivaremos al paciente a que continúe esforzándose. Si validamos su biografía, comenzará a reflexionar sobre lo que ha vivido desde una perspectiva positiva, si acudimos con energía positiva y ganas de ayudar, modificaremos su estado anímico y ello tendrá repercusiones en variables como el dolor, la tristeza, estrategias de afrontamiento de la enfermedad, etc.
- *Asumir nuestra responsabilidad*: Debido a esta alianza de trabajo cooperativo que hemos establecido, también somos responsables del comportamiento y los cambios del paciente. Si recibimos una respuesta inesperada, tal vez convenga reflexionar el modo en que nos hemos comunicado. Si queremos promover un cambio a través de nuestra comunicación, deberemos cambiar nuestra manera de responder al comportamiento del otro.
- *Promover la comunicación bidireccional*: No solo el profesional aporta otra perspectiva y soluciones alternativas, debemos animar al otro a que reflexione sobre nuevas maneras de afrontar sus problemas. Podemos hacerlo de las siguientes formas:
 - “¿Estamos centrándonos en lo que es importante para usted?”
 - “¿Qué es lo que puede ser más de ayuda de todo lo que hemos hablado?”
 - “¿Cree que debemos hacer algún cambio que se adapte mejor a su manera de pensar y sentir?”

- “Tengo la impresión de que no le convence lo que le propongo, ¿Tiene alguna sugerencia para afrontar sus problemas?”
- **Fortalecer la seguridad, certidumbre y confianza:** Para lograr una buena alianza de trabajo, la relación se ha de basar en la seguridad, confianza y credibilidad mutuas. El momento que compartimos con el paciente ha de ser un momento seguro donde exprese lo que desee y donde ambas partes se sientan libres de amenazas. La confianza es algo que se construye. Algunas *pautas* para ello son:
 - *Mostrar y comunicar genuino interés en el otro:* Decirles que deseamos ayudarles y que nos preocupan sus problemas, y por ello haremos todo lo posible para hallar una solución. Dar una imagen de equipo para que cuenten con nosotros, sabiendo que juntos hallemos soluciones.
 - *Formación continua:* Es importante que como profesionales, siempre estemos interesados en hacer cursos que amplíen y actualicen nuestros conocimientos, leer artículos actuales, etc.
 - *Escuchar sin juzgar:* El paciente ha de saber que puede decir lo que desea y siente sin miedo a que le juzguemos. Esto lo podemos verbalizar (“*Es importante que sepa que diga lo que diga no le juzgaré, yo estoy aquí para ayudarlo y acompañarlo en el camino*”), y también mostrarlo con nuestra conducta (no criticar su manera de afrontar los problemas).
 - *Validar y ser sinceros:* Dar la importancia que tiene aquello a lo que se ha enfrentado y a lo que se enfrentará el paciente, intentar verbalizar el lado positivo de sus vivencias aunque sin olvidar las dificultades que ha superado y superará.
 - *Hacer auto-revelaciones:* Mostrar nuestro lado humano compartiendo experiencias o problemas parecidos a los del paciente y aportando soluciones alternativas a las suyas.

Fase II. Validar la biografía personal

Este objetivo se puede lograr recordando sucesos importantes para el paciente y dotándoles de significado, reconocer contradicciones, mostrar comprensión para que el paciente sea consciente de que es alguien importante y único, re-definir su identidad basada en la experiencia vital y no en la enfermedad, aumentar su flexibilidad mental y su disposición al cambio, etc. Aunque todo esto parezca muy complejo y difícil de conseguir desde la consulta, vamos a ver algunas *maneras prácticas* de lograrlo²⁸:

- *El valor de su historia:* Aceptar que el paciente es una persona única, con una personalidad y un mundo emocional y psicológico dependiente de sus vivencias. Podemos hacer visible esto con una frase como: *“No hay otro igual que tú, nadie ha tenido tu pasado, y todo lo que hagamos aquí, ha de tener eso muy en cuenta”*.
- *Validar su perspectiva:* Poner en valor la historia del paciente, supone validar también su manera de ver el mundo, tratar de ver las cosas desde su posición y no imponer el cambio desde nuestra perspectiva profesional. Podemos hacerlo explícito así: *“Hemos tenido experiencias diferentes y vemos las cosas de manera distinta, esto es algo normal, lo importante es ver qué podemos hacer para crear una solución a tu problema teniendo en cuenta nuestros puntos de vista diferentes”*.
Respetar el punto de vista del paciente, supone evitar los mensajes invalidantes. Debes evitar expresiones como:
 - *Mensajes que lo subestiman:* “Es una manera de ver las cosas que no tiene mucho sentido y que te causa muchos problemas”. En su lugar podemos decir: *“Esa ha sido tu manera de afrontar los sucesos que has vivido, ¿crees que se podría haber hecho de otro modo?”*
 - *Mensajes que eluden su deseo de intervención en el curso del cambio:* “Si fuera por ti, todos los miembros de la familia tendrían que adaptarse a lo que tú propones, y eso no puede ser, porque lo que propones no es un cambio serio”. En su lugar podríamos decir: *“Me parece genial que pienses en formas alternativas para afrontar tus problemas y el de tu familia, pero ¿no crees que podría ser interesante preguntarles a ellos qué opinan y que aporten ideas?”*
 - *Mensajes que invalidan sus resistencias al cambio:* “Si fueras un poco más listo, no pondrías tantas pegadas y entenderías que tienes que cambiar”. En su lugar podemos decir: *“Sé que cambiar nuestra manera de pensar y afrontar los problemas requiere mucho esfuerzo y trabajo, pero considero que estás en una etapa de tu vida en la que quieres cambiar cosas que siempre has hecho igual, ¿te parece que busquemos entre las dos soluciones diferentes y alternativas a tu problema?”*
- *Validar su visión del problema:* Mostrar comprensión si el paciente no desea comunicarse con nosotros y darle espacio para que reflexione y sepa que puede acudir a nosotros cuando lo necesite. Esta actitud por parte del profesional, le cede al paciente la capacidad de decidir si desea recibir o no ayuda, algo poco habitual ante una enfermedad y sus tra-

tamientos, donde ha perdido el control de muchos aspectos de su vida. *Ejemplo: “Comprendo que ahora no desees hablar conmigo sobre estos temas que te preocupan, pero quiero que sepas que estoy aquí para ayudarte y me puedes hablar de cualquier cosa, por rara o dolorosa que te parezca”.*

- *Despatologizar y evitar etiquetas diagnósticas:* Vivimos en un mundo en el que las etiquetas diagnósticas a nivel psicológico y psiquiátrico, están a la orden del día. Un paciente que se enfrenta a una enfermedad, tendrá un serie de reacciones emocionales que no se corresponden con un trastorno psiquiátrico. Creo que es importante modificar la psicopatología por los problemas que tienen las personas en un momento muy concreto de su vida.
- *Ser consciente de nuestras propias fronteras biográficas:* Es importante delimitar nuestra biografía de la del paciente. Tenemos que evitar los “debería” y “tendría”. Nuestro objetivo *no* es aconsejar criticando lo que el otro hace, nuestro objetivo es aportar otras perspectivas y construir junto con el paciente una nueva manera de relacionarse con la enfermedad y su impacto vital. *Ejemplo: “Así es como yo lo veo, pero las cosas no tienen por qué ser como yo las percibo, para ti pueden ser diferentes, ¿tú qué opinas?”*
- *Tomar distancia y auto-cuidarnos:* La experiencia sanitaria con un paciente que sufre, puede llevarnos a sentir una sobre-identificación con él o ella y comenzar a contagiarnos de sus emociones. Para evitar esto y ayudarles como profesionales (no desde nuestros miedos o sufrimiento), es importante tomar distancia y diferenciar mi “YO” de su “YO”. Tan solo podremos ayudar a alguien, si no nos vemos inmersos en las emociones ajenas, aportando así una perspectiva alternativa. Este es uno de los pilares del auto-cuidado que desarrollaremos más adelante.
- *Aportar un punto de vista positivo y constructivo:* Es habitual que un paciente que padece una enfermedad, comience a fijarse en todo lo negativo asociado. Desde nuestra perspectiva, podemos ofrecer al paciente una visión más positiva dentro de lo negativo, analizando las cosas que está aprendiendo a partir de esta experiencia vital y cuyo aprendizaje le acompañará para siempre. También debemos aportar aliento a su esfuerzo, validando las dificultades que ha atravesado y su manera de afrontarlo. *Ejemplo: “Me pregunto cómo te las ha arreglado para seguir adelante en medio de tantas dificultades”.*

- **Validación emocional:** Supone reconocer y hacer explícito todo lo que el paciente siente. No debemos señalar rápidamente la necesidad de cambio (“No te preocupes, todo saldrá bien”) porque estas frases no ayudan y le quitan importancia a la experiencia emocional del paciente. Al contrario, debemos tomarnos nuestro tiempo para escuchar al paciente, sus temores y esperanzas, para después validar esto como: *“Me impresiona mucho la manera en que has hecho frente a situaciones vitales tan difíciles. ¿Cómo crees que podrías aplicar todo lo que has aprendido y hecho en esas otras situaciones, a la experiencia que estás viviendo ahora?”*
 - **Validar la desesperanza:** Es habitual que un paciente que se enfrenta a una enfermedad, se sienta desesperanzado (“Miro y no veo nada que me pueda ilusionar”, “no sé qué hago aquí y para qué estoy aquí, no le veo ningún sentido a nada”). Validar su desesperanza supone admitir que es normal que se sienta así por ahora, pero que no se sentirá así por siempre. Aceptar la presencia de la desesperanza la hace menos amenazadora. Cuando aceptamos su existencia, comenzamos a crear el camino del cambio que modificará la desesperanza en una esperanza realista.
 - **Validar la ambivalencia:** La presencia de sentimientos contradictorios es algo habitual. Normalizar estas oscilaciones emocionales, le darán calma al paciente, reducirá su confusión y miedo a “perder el control”. *Ejemplo: “Es normal que haya momentos donde te sientas triste y otros momentos del día te sientas alegre. Es señal de que eres humano y estás en contacto con tus emociones. ¿Te parece que hablemos un poco acerca de lo que la tristeza y alegría dicen de ti mismo?”*
 - **Validar la vulnerabilidad:** Nos sentimos vulnerables cuando los demás ven cosas de nosotros mismos que vemos como “debilidades” y percibimos que nos pueden herir. Cuando un paciente se muestra vulnerable, debemos evitar los juicios (“Está mal sentirse así”, “Eso es una tontería, no le des más importancia”). Validar la vulnerabilidad supone decir en voz alta que es normal sentirse así de vez en cuando, expresar esta vulnerabilidad en realidad es un signo de fortaleza.
- **Facilitar la expresión emocional:** Esta es la clave para ayudar al paciente. Creamos un clima de confianza cuando el otro puede expresar lo que desee y lo aceptamos sin reproche, juicios ni intentos de imponer nuestro punto de vista. Crear un ambiente donde poder expresar emociones

positivas y negativas, agradables y desagradables, es una necesidad del paciente que atraviesa una enfermedad.

Fase III. Promover el compromiso con las decisiones y acciones que llevan al cambio

La clave de esta fase, es crear un proyecto vital de cambios y solución de problemas. Algunas cosas a *tener en cuenta* son:

- *Pasar de las palabras a las acciones*: Este punto es el más difícil cuando intentamos cambiar algo en nuestras vidas. Lo primero de todo es admitir que las cosas podemos sentir las y experimentarlas de una manera diferente a como son ahora. *Viktor Frankl* decía³⁰: “*Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontar ese sufrimiento*”.

Esta frase esconde una gran esperanza para los pacientes, pues aunque no puedan cambiar su enfermedad o hacer que desaparezca, siempre podrán cambiar la manera en que la afrontan. Recuperan de este modo el control que les arrebató la enfermedad.

- *Promover y fortalecer la responsabilidad*: Un paciente diagnosticado de una enfermedad, no podrá eliminar ese diagnóstico pero sí puede ser responsable de cómo se siente a partir de ahora por lo que piensa, siente y hace. En ocasiones, los pacientes tienen pensamientos limitantes (“No puedo sentirme bien cuando tengo que ir cada día al hospital para la quimioterapia”). Estos pensamientos son normales pero una manera de ayudarles es minimizar el impacto de un tratamiento y/o enfermedad en otras áreas de su vida.

Ejemplo: “*Sé que acudir a la quimioterapia es muy duro para ti, pero si lo pensamos de otro modo, la quimioterapia tan solo dura unas 4 o 5 horas, ¿qué haces el resto de horas del día?*”

Responsabilizar *no* es culpar. Responsabilizar es asumir nuestro papel activo también en la tristeza o en el sufrimiento. Ser conscientes de eso, ayuda a que podamos hacer cambios porque somos parte activa de nuestra vida.

- *Facilitar la perseverancia*: Asumir que habrá ocasiones en las que no nos apetecerá hacer algo que creemos nos ayuda a lidiar con la peor parte de la enfermedad (salir a pasear, ver el lado positivo de lo negativo, afrontar el día con energía, etc.), es importante para no desmotivarse. Si un día no se puede hacer aquello que nos ayuda, no pasa nada siempre y cuando

en los siguientes días continuemos haciendo esas cosas que nos ayudan. Hay que ser *flexibles* y atender a lo que necesita nuestro cuerpo y mente. Tomarse unas “vacaciones” de vez en cuando de esta nueva manera de afrontar las dificultades, nos da la energía para continuar con el cambio.

- *Fortalecer la autonomía*: El paciente debe aprender a retomar las riendas de su propia vida, riendas que había cedido temporalmente a la enfermedad, los médicos, los tratamientos, etc. Hacerles ver que tienen el control de parcelas de su vida y roles que no les ha arrebatado la enfermedad, fomenta su autonomía.
- *Centrarse en el presente*: Si deseamos cambiar algo, solo podremos hacerlo en el AHORA. Nuestro objetivo es una mejora en el futuro, pero para ello hay que trabajar en el presente. Esta perspectiva previene pensamientos catastrofistas y estados anímicos negativos, pues el paciente se siente activo y con una “misión por cumplir” (sentirse bien, disfrutar de su familia, pasarlo bien viendo una película o escuchando música, etc.).

Fase IV. Rediseñar escenarios y fortalecer recursos

Todo cambio interno en una persona, provoca cambios y re-ajustes en su entorno, adaptando su contexto a estas modificaciones. En ocasiones, un cambio interno positivo, genera problemas con su entorno (familiar, laboral, amigos, etc.) por no comprender dichos cambios. Por eso es importante:

- *Exteriorizar y verbalizar los cambios*: Para evitar posibles problemas de adaptación en el paciente y su entorno, es importante que compartan con aquellos que son importantes para ellos, los cambios que sienten por dentro y que se exteriorizan, que hablen de cómo lo han logrado y de lo que ha aprendido por el camino. De este modo todo el contexto del paciente se beneficia de su experiencia y de sus cambios.

Formación Alcalá

Cuadro resumen de las etapas del modelo de counseling

Fase I. Construir una fuerte alianza de trabajo y cooperación. Esta etapa se caracteriza por el concepto de acompañar al paciente en su camino vital. Ello requiere conocer parte de la biografía del otro, pues ahí hallamos las claves de su personalidad y manera de afrontar la vida. Una buena alianza de trabajo, se puede lograr:

- Escuchando al paciente en su totalidad y no solo a su enfermedad
- Mostrar aprobación por los avances del otro y motivarle.
- Fomentar la cooperación del paciente para hallar soluciones.
- Crear seguridad y confianza.

Fase II. Validar la biografía personal. Este objetivo se logra:

- Dando valor e importancia a las experiencias vividas.
- No imponer nuestro punto de vista y valorar la manera en que la otra persona ve las cosas.
- Comprender y reconocer la manera en que el paciente ve su problema.
- Evitar etiquetas diagnósticas.
- Aportar perspectiva positiva y constructiva.
- Validar las emociones del paciente, y facilitar su expresión emocional.

Fase III. Promover el compromiso con las decisiones tomadas. Se ayuda al paciente a crear cambios vitales, promoviendo la responsabilidad y evitando la culpa, haciendo hincapié en la capacidad del paciente para tomar las riendas de su propia vida y ayudando a centrarse en el presente.

Fase IV. Rediseñar escenarios y fortalecer recursos. Los cambios individuales requieren re-ajustes en todo su entorno, por lo que es esencial verbalizar dichos cambios.

1.3.3.2. Actitudes de los profesionales de la salud y cómo desarrollarlas

El counseling es un marco general desde el cual relacionarnos con el paciente de una manera sincera y poniendo el foco en la totalidad de la persona y no solo en su enfermedad.

Podemos definir algunas habilidades y actitudes del profesional que ayudan a que la comunicación del paciente sea más fluida^{24,28,31,32,33}:

1. La escucha activa

Saber escuchar supone intentar entender lo que la otra persona nos dice, lo que no termina de verbalizar y lo que no dice, junto con las emociones expresadas en su relato.

El mundo en el que vivimos avanza muy rápido y es habitual que interrumpamos al paciente y dejemos de escucharle antes de que termine de hablar. Estamos acostumbrados a tener cosas en la mente mientras nos hablan, y eso puede llevarnos a confusiones y a un estrés que no podremos mantener a raya durante mucho tiempo.

Para realizar la escucha activa, es necesario tomarnos tiempo, sentarnos junto al paciente y solo centrarnos en lo que nos está diciendo en ese momento. La escucha invita al paciente a explorarse a sí mismo, sus emociones, motivaciones, recursos y con ello logramos equilibrar su estado anímico.

La escucha activa conlleva confrontar al paciente en sus incoherencias, sentimientos conflictivos, conductas destructivas y resentimientos no aceptados. Hay dos *formas* muy sencillas para escuchar de manera atenta y hacerle saber al paciente que le estamos escuchando:

- *Repetir*: Se basa en devolver al paciente las palabras exactas que ha dicho con anterioridad para que sepa que le hemos escuchado. *Ejemplo*: “Me has comentado que te sientes preocupada por los resultados del escáner que te dan mañana...”.
- *Parafrasear*: Devolver el mensaje del paciente con las palabras de quien escucha, empleando el lenguaje propio en lugar de las palabras del paciente. *Ejemplo*: *Tras un resumen del paciente sobre su insomnio tristeza, ira, soledad, etc., podemos decir*: “Ves que tu situación no mejora y crees que no vas a salir adelante”.

Tendemos a pensar que escuchar es un proceso automático, por lo que dedicamos poco tiempo y esfuerzo a hacer la escucha consciente y activa que es terapéutica en sí misma.

2. La empatía

Supone identificarnos a nivel emocional y mental con el estado mental y emocional del paciente. Se necesitan estos elementos para desarrollar la empatía:

- Identificar y reconocer la emoción del paciente.
- Evaluar el origen de esa emoción.

- Responder de forma que indiquemos al paciente que le hemos comprendido.

El comportamiento que nos sale de manera natural, es huir del sufrimiento ajeno, diciendo cosas como: “*No te preocupes, no pasa nada*”, aunque nuestra intención sea buena, el paciente se siente incomprendido.

3. La compasión

La compasión se refiere a participar en el sufrimiento del otro, en su dolor y tristeza tratando de ayudar y ofreciendo nuestro apoyo y presencia.

La compasión es un concepto por mucho tiempo malinterpretado, convirtiéndose en un sinónimo de lástima. El verdadero sentido de la compasión es saber que todos somos iguales y que sufrimos de manera semejante, lo que requiere empatía y humildad.

Stephen Levine, definió de manera perfecta (a mi modo de ver) lo que es la compasión y la diferencia con la lástima: La lástima surge cuando nuestro *miedo* se encuentra con el dolor del otro. La compasión surge cuando nuestro *amor* se encuentra con el dolor del otro.

4. La presencia

Nuestra mera presencia junto a un paciente que sufre, ya le ayuda. Pero es aún mejor si sabemos que esa presencia requiere dejar fuera los juicios, no usando frases manidas cuyo significado se perdió hace tiempo (“No te preocupes por eso, seguro que no es nada”, etc.).

Debemos ser genuinos cuando estamos junto a un paciente y para ello, para sentirnos cómodos y seguros, no debemos tener miedo a involucrarnos en los sentimientos humanos del paciente. Ese miedo es provocado por la mente que se encuentra en el futuro o en el pasado en lugar de en el presente.

Hay diferentes maneras de desarrollar esta presencia terapéutica:

El tacto

Tocar a otra persona es una manera de cuidar y apoyar en silencio. Es importante mostrar respeto por el paciente y antes de usar el tacto como medio, debemos haber creado un clima de confianza, apertura y seguridad.

Cuando hablo de tacto, no me refiero a la exploración médica o de enfermería, me refiero a ese tacto que nos une a la otra persona, que transmite comprensión y que estamos ahí para ayudar.

El tacto transmite ternura, apoyo, es la respuesta silenciosa a un discurso que nos estremece y nos deja sin palabras, despojándonos del habla y dejando respuestas más primitivas o antiguas. El tacto puede transmitir más comprensión y apoyo que miles de palabras.

Como dice *Iosu Cabodevilla*³², “*nuestra frontera es la piel*”, nos separa y comunica con el exterior, con el mundo y los demás.

Es habitual en cuidados paliativos, cuando la muerte acecha, la necesidad de este tacto, de saber que no se está solo, que le importamos a alguien por quienes somos, más allá de la enfermedad. Es nuestra manera de expresar afecto y amor. No debemos olvidar que el tacto y el oído son los primeros sentidos que se desarrollan y los últimos que perdemos.

La humildad

La humildad es reconocer nuestra vulnerabilidad, saber que compartimos el mismo plano que el paciente y que podríamos estar en su lugar. Al mostrarnos humildes, estamos posibilitando el crecimiento transformador del paciente.

El silencio

Saber comunicarse a través de los silencios sin sentirnos incómodos, es algo que requiere de práctica. Para ello hay que encontrar el equilibrio entre una pausa excesivamente larga que provoca incomodidad en ambos interlocutores, y otra pausa tan corta que impide al paciente reflexionar.

Cuando se interviene con pacientes muy graves o en el final de la vida, los silencios son más abundantes que las palabras. Es un silencio que acompaña en los procesos internos del paciente, que llena de serenidad y paz a ambas partes.

Centrarnos en la respiración propia y observar la del paciente, permite abrir nuestra mente y cuerpo al momento presente, a no temer a los miedos, a saber que hay alguien que nos conoce y acompaña incluso en los peores momentos.

La esperanza

En el ámbito sanitario, la esperanza nos suele recordar a la curación, sin embargo la esperanza es un concepto mucho más amplio. La esperanza simboliza algún suceso bueno que está por venir.

Construir una esperanza realista, supone redefinir lo que es importante para nosotros en un momento dado. La enfermedad tiende a hacer que veamos las cosas de otro modo, cambiando nuestras prioridades.

No podemos esperar la desaparición milagrosa de la enfermedad, pero sí podemos buscar y poner los medios para no sufrir innecesariamente. Las pequeñas esperanzas razonables ayudan al paciente a vivir el día a día.

Hablando de la presencia, quiero compartir un fragmento y reflexión que realizó *Albert Jovell*³⁴, médico y enfermo de cáncer que falleció a causa de esta enfermedad en 2013:

“No sé por qué nos cuesta tanto entender que, a veces, lo único que los enfermos quieren es compañía. Sentir que estamos a su lado. Sentirnos comprendidos. Otras veces quieren hablar. Por eso, porque no estamos educados en el arte de escuchar y tampoco en el de saber acompañar, nosotros hablamos para que los enfermos no hablen. Preferimos manejar nuestras palabras que calmar sus lágrimas. Hablar resulta más cómodo y nos permite controlar mejor el momento.”

1.4. ALIANZA TERAPÉUTICA - IMPLICACIONES PARA EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL

1.4.1. Definición y componentes de la alianza terapéutica

Según *Bordin*, la alianza terapéutica³⁵ podría definirse como: “Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la terapia”. Este mismo autor, sugería que una buena alianza terapéutica, es un pre-requisito del cambio.

Siguiendo este concepto, la alianza terapéutica se basa en 3 *componentes* independientes:³⁵

- *Tareas*: Aquellas actividades que el paciente debe cumplir para aprovechar el tratamiento.
- *Metas*: Los objetivos generales en torno a los cuales se desarrolla el tratamiento.
- *El vínculo o conexión*: La parte afectiva en la relación terapeuta-paciente. Este vínculo es esencial para llegar a un acuerdo con el paciente acerca de lo que ambas partes definen como objetivos a lograr. El mecanismo terapéutico crítico es la negociación entre los deseos del paciente y aquellos que considera el terapeuta como objetivos a lograr. Esta negociación queda marcada por la conexión emocional y afectiva que se logre.

Atendiendo a lo resumido hasta ahora, somos conscientes de que el concepto de alianza terapéutica (también llamada relación terapéutica) surgió en el ámbito de la psicoterapia (hunde sus raíces en Freud). A pesar de ello, considero

que podemos aplicar este concepto a cualquier relación entre un paciente y un profesional de la salud.

De hecho, considero que la alianza terapéutica tiene un papel predominante en el modelo bio-psico-social, pues en este marco que guía la relación paciente-profesional, el objetivo es intervenir en el individuo en su totalidad (todas las esferas en que convive el paciente).

También considero que este concepto de alianza terapéutica, convive en armonía con el modelo de counseling, donde se trata de llegar a acuerdos con el paciente para lograr las metas del tratamiento.

Al igual que ocurre con la comunicación en el ámbito sanitario, el establecimiento de la alianza terapéutica, se aprende. Sabiendo que este tema no se suele tratar en los estudios académicos de los profesionales, se requerirá formarse por otros medios en este asunto de vital importancia³⁶.

En este ámbito de ayuda, surge el concepto del “*sanador herido*”. *Doris-Louise Hainefault*³⁷, decía que en la base de la vocación de todo terapeuta, había una infancia de sufrimiento. Estos niños desarrollaron un interés y talento particular para comprender las dificultades de los demás, especialmente las de sus padres o las de uno de ellos. Solo las heridas propias, nos hacen sensibles al sufrimiento del otro³⁸.

Me parece muy interesante preguntarnos a nosotros mismos de dónde viene esa vocación por ayudar a personas que se sienten vulnerables. Reflexiona un poco sobre ello y pregúntate si eres un “*sanador herido*” y concóctete mejor a ti mismo.

Una vez más, encontramos una serie de *características* deseables en el profesional para establecer una alianza terapéutica fuerte³⁹:

- *Aceptación*: El interés sincero en el paciente y la aceptación, pueden contribuir a modificar algunas creencias del paciente sobre el papel que tiene en la enfermedad que padece (menos pasivo y más activo). Esta aceptación del profesional, se muestra también en los gestos, tono de voz y la manera en que se construyen las frases.

Aunque este punto pueda parecer sencillo de lograr, se debe encontrar un equilibrio entre una aceptación muy escasa que el paciente pueda interpretar como rechazo, o una aceptación tan efusiva que el otro piense que él mismo no merece tanta atención o interprete la conducta del profesional como poco sincera.

¿Cómo lograr el equilibrio?: Mi consejo es mostrarnos abiertos de manera natural, no queriendo demostrar excesiva efusividad, siendo

importante ser cauto. Para saber cómo nos percibe el paciente, lo mejor es preguntarle directamente: “¿Cómo me percibe: distante, despótico, poco sincero o demasiado implicado emocionalmente con usted?”

No temáis preguntar cualquier cosa al paciente, ya sea sobre la relación terapéutica, las emociones que él o ella siente, sus creencias o incluso aquello que necesita ahora.

- *Empatía*: Una vez más, volvemos a uno de los ejes esenciales de las relaciones humanas, entrar en el mundo emocional de otras personas para ver y experimentar la vida como lo hace éste.

En ocasiones tan solo hay una fina línea que separa la empatía del contagio emocional, donde sentimos la misma angustia del paciente y entramos tanto en su mundo, que terminamos por quedar anulados como profesionales. Hablaremos un poco más de este tema en el capítulo de la empatía.

- *Autenticidad*: Ser auténtico y genuino nos proporciona la libertad para hablar de manera sincera y fluida con el paciente, dejando a un lado temas tabú que pueden preocupar al paciente y que tal vez tema plantear (la muerte, espiritualidad, creencias, sexualidad, etc.).

Un profesional auténtico y genuino, es honesto consigo mismo y con el paciente, siendo sincero si no sabe la respuesta a alguna pregunta que plantee el paciente. Al ser genuino y sincero, la alianza terapéutica se verá fortalecida. Esta autenticidad debe ir unida a la capacidad para comunicar dicha sinceridad al paciente, y eso se logra siendo realista, buscando una esperanza realista, evitando promesas que no podemos cumplir y no temiendo preguntar sobre cualquier tema.

- *El rapport o acuerdo armonioso*: El rapport es un elemento esencial en el establecimiento de una buena alianza terapéutica. Es una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando establecemos un buen rapport, el paciente verá al profesional como:

- Alguien que sintoniza con sus sentimientos y actitudes.
- Alguien que es simpático, empático y comprensivo.
- Una persona que le acepta más allá de sus “defectos”.
- Alguien con quien puede comunicarse libremente.

Cuando se establece un rapport positivo, profesional y paciente se sienten seguros y cómodos el uno con el otro. Además, el profesional tendrá una mayor capacidad de influencia en la conducta del paciente.

¿Cómo lograr un buen rapport?: Ser cortés, mantener el contacto visual, atender a todo lo que diga el paciente, reflejar los sentimientos en el discurso del otro, formular preguntas y comentarios, etc.

Al hablar de esta relación terapéutica, puede parecer que es difícil de llevar a la práctica con las restricciones de tiempo en consulta que suelen tener los profesionales sanitarios. Esta es una de las mayores preocupaciones de los profesionales, pero no siempre la escasez de tiempo es un obstáculo. El encuentro profesional-paciente puede ser terapéutico a pesar de su corta duración⁴⁰.

Repercusiones de una alianza terapéutica positiva

- Mejor adherencia al tratamiento.
- Mayor porcentaje de cambio en los pacientes⁴¹.
- El paciente se sentirá más seguro de las decisiones que tome.
- Se produce un cambio en el afrontamiento de las emociones asociadas a la enfermedad.
- Actitud activa ante los tratamientos.
- Mejora el estado de salud general del paciente.

1.4.2. La alianza terapéutica médico-paciente

Estamos viviendo en una época excesivamente tecnológica, pero hay cosas que la tecnología no puede sustituir, como es el caso de la relación humana establecida entre el profesional y el paciente.

Podemos hablar de tres *tipos de relaciones terapéuticas en el ámbito médico*⁴²:

- *Relación activo-pasiva:* Aquella que se establece con pacientes en coma o situaciones que impiden que el paciente participe más (agonía, demencias avanzadas, etc.).
- *Relación cooperativa:* Relación establecida con pacientes que pueden participar de manera activa en el diagnóstico y tratamiento (enfermedades agudas y crónicas).
- *Relación de participación mutua:* Esta es la relación terapéutica que defiende el modelo bio-psico-social y el counseling, donde el paciente llega a acuerdos con el médico y la toma de decisiones se realiza teniendo en cuenta creencias, actitudes y maneras de actuar del paciente.

Dentro de esta relación terapéutica, el médico ha de ser consciente de su personalidad, vulnerabilidad, nivel de información, límites para manejar situaciones complejas y cuándo necesita la ayuda de otro profesional.

Esta nueva manera de entender al paciente con un rol activo y participativo en la toma de decisiones sanitarias, se basa en el principio bio-ético de la *autonomía*, este principio se basa en considerar que todas las personas son capaces de tomar decisiones (siempre que no se demuestre lo contrario) para aceptar o rechazar todo aquello que afecta a su proyecto vital.

En una investigación realizada en Chile en 2005, concluyeron que uno de los mayores cambios en los últimos años, concernía a la relación médico-paciente. Algunos de los *resultados* obtenidos en este estudio cualitativo, fueron⁴³:

- La especialización médica y la tecnificación, han provocado la deshumanización de la medicina.
- La burocracia provoca una despersonalización de la relación médico-paciente.
- El escaso tiempo disponible para cada paciente, es un obstáculo para crear un lazo emocional.
- Las variables económicas donde se maximiza el coste-efectividad, ha desconectado a médico-paciente.
- La información que el paciente obtiene por internet sobre sus dolencias, lleva a que éste tenga conocimientos actualizados sobre su enfermedad, llegando a suponer un reto informar o enviar pruebas, pues esta comunicación se convierte en una competición entre el paciente y el médico.
- Se han producido cambios en el nivel de exigencias de los pacientes lo que genera desconfianza en el médico.

Todas estas reflexiones nos llevan a pensar que el sistema sanitario ha evolucionado hacia la tecnología y ha deshumanizado la relación médico-paciente. Por todas estas razones, para lograr una satisfacción en el propio médico y también en los pacientes, considero esencial desarrollar la profesión médica desde el marco bio-psico-social y el counseling que, como hemos visto, hay que aprenderlo una vez hemos terminado los estudios académicos oficiales.

1.4.3. La alianza terapéutica enfermería-paciente

La enfermería se desarrolla dentro de una relación de ayuda. En este caso, la relación enfermería-paciente logra re-construir la idea de salud-enfermedad con la que llega el paciente al hospital o centro de salud⁴⁴.

Una buena o mala *relación entre el personal de enfermería y el paciente* supone⁴⁴:

- Falta de comunicación que provoca un gran malestar al paciente hospitalizado.

- La falta de información supone un retraso en la búsqueda e inicio del tratamiento, así como un agravamiento de la enfermedad.
- Una buena relación enfermería-paciente, logra adoptar medidas de prevención en el paciente.
- Una buena relación enfermería-paciente, reduce los tiempos de recuperación.
- Con una buena alianza terapéutica, se reduce la ansiedad del enfermo, se mejoran las curas que llevan a cabo los propios pacientes y se produce una mejor adherencia al tratamiento.

La alianza terapéutica enfermería-paciente, crea un vínculo especial en el cual se toma conciencia de la capacidad del paciente para afrontar su enfermedad, lo que reduce la dependencia con el profesional y aumenta la autonomía del enfermo⁴⁴. Hay dos características básicas a la hora de establecer esta relación terapéutica: *la escucha activa y dejar hablar al paciente*.

Podemos definir diferentes *estilos de relación terapéutica enfermería-paciente*⁴⁴:

- *Modelo autoritario*: El profesional se centra en el problema del paciente y trata de resolverlo directamente, sin buscar los recursos de afrontamiento que posee el paciente, empleando los que tiene el propio profesional.
- *Modelo democrático o cooperativo*: El profesional se centra en el problema del paciente, pero con una actitud facilitadora, implicando al otro para encontrar entre ambos la mejor manera de resolver su problema.
- *Modelo paternalista*: El profesional no se centra tanto en el problema del paciente, como en la manera en que éste afronta y vive el problema, adoptando una actitud directiva, sobreprotegiendo al paciente.
- *Modelo empático*: Es el ideal. El profesional se dirige a la persona en su totalidad, tiene una actitud facilitadora y ayuda al otro pero siempre teniendo en cuenta la perspectiva y personalidad del paciente.

Creo que es importante observar el *cuidado recíproco* que se produce entre el paciente y la enfermería. El profesional ayuda al paciente, pero el enfermero o enfermera recibe algo a cambio a nivel personal y profesional: *el crecimiento personal y laboral*⁴⁴.

Primeras pautas de auto-cuidado emocional

- No juzgar al paciente nos permite ser más flexibles con nosotros mismos y comprender mejor a los demás y a uno mismo.
- Mantener una buena comunicación profesional-paciente, es una manera de regular nuestras emociones y las de los enfermos que tratamos. Una comunicación abierta, sincera y veraz, es esencial para una relación profesional-paciente satisfactoria, lo que previene la saturación emocional del profesional.
- Usar el humor como medio para liberar tensiones.
- El profesional NO tiene todas las respuestas a los dilemas y preguntas del paciente. Admitir esto, nos libera de la obligación de saber cosas que no podemos saber, creando una mayor flexibilidad emocional y mental.
- Un paciente que ha expresado sus emociones, afrontará la hospitalización y tratamientos de manera más calmada, lo que repercute en un menor estrés en el entorno laboral.
- Ser coherentes y genuinos, previene sentimientos de aparentar lo que no somos, otorgándonos libertad en la comunicación.
- Para ayudar y promover el crecimiento personal en otros, antes debemos hacer lo mismo con nosotros.
- Sentimientos de rechazo por conductas, pensamientos o emociones en otras personas, son un reflejo de lo que no aceptamos de nosotros mismos. Saber aquello que rechazamos en nuestro interior, es una manera muy eficaz de auto-conocerse.
- Hacer pausas breves entre pacientes para volver a tomar nuestra energía.
- Aceptar que cada persona es única y no imponer nuestros puntos de vista. Cada paciente tiene una biografía que ha modulado su manera de ser y afrontar los problemas.
- Tomar distancia del paciente y no vernos inmersos en la emoción y sufrimientos ajenos.
- Centrarnos en el presente focalizando nuestra atención en la respiración.

Formación Alcalá