

# LA RELACIÓN CON EL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA PERSONALISTA. SABER COMUNICAR, UN IMPERATIVO ÉTICO

## RELATIONSHIP HEALTH CARE PROFESSIONAL-PATIENT FROM PERSONALISTIC PERSPECTIVE. TO KNOW HOW TO COMMUNICATE IS LIKE ETHICAL IMPERATIVE

**M. Carmen Montaner Abasolo**  
**Enrique Soler Company**

*Servicio de Farmacia. Hospital Arnau de Vilanova.  
Calle de San Clemente, 12. 46015 Valencia  
montaner\_mar@gva.es  
esoverc@sefh.es*

### Resumen

Las habilidades de comunicación con el paciente forman parte de la práctica sanitaria y contribuyen a los objetivos de salud y de humanización. Es más, con herramientas básicas del *coaching* y desde la perspectiva personalista, se puede transformar la vida del paciente desde los primeros momentos de intervención.

Más allá de las palabras, el paciente, en su multidimensionalidad, necesita sentirse confortado y atendido. El sanitario transmite su información de manera verbal y no verbal. Se ha descrito como «cálido, amigable, firme y tranquilizador» en las llamadas consultas «positivas», aquellas en que existe una respuesta empática a las inquietudes cognitivas y emocionales del paciente. Lo opuesto es la asunción de roles y estilos no empáticos (paternalismo, servilismo, autoritarismo, *laissez-faire*, etc.).

La formación en habilidades de comunicación del personal sanitario resulta un deber ético. La perspectiva personalista, abierta a lo trascendente, resulta especialmente adecuada en el ámbito sanitario y en situaciones límite, en que la comunicación debe hacerse desde la realidad compleja que vive el paciente con atención personalizada y personalizadora.

**Palabras clave:** relación con el paciente, personalismo, comunicación, ética, *coaching*.

## Abstract

The ability to communicate with patients is part of health care practice and contributes to the humanization of such care and to the objectives. With basic *coaching* tools and personalized attention, the life of the patient can be transformed from the first moments of intervention.

Beyond words, patient, in all their multidimensionality, need to be comforted and feel that they are being taken care of. The health care professionals transmits information verbally and non-verbally. «Positive» consultations are described as warm, friendly, firm and reassuring, and there exists an emphatic response to the cognitive and emotional concerns of the patient. The opposite approach involves the assumption of roles and a lack of empathy (paternalism, servility, authoritarianism, *laissez-faire*, etc.).

The ability to communicate is an ethical need in health care training. A personalized perspective, open to transcendence, is especially suitable in the health field, where communication must take into account the complex reality that the patient is living.

**Key works:** relationship health care professionals-patient, personalism, communication, ethic, *coaching*.

## 1. Introducción

Citando a Javier Gafo, lo que constituye el «principal problema bioético» es cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su persona<sup>1</sup>.

Si «la persona» es una unidad interrelacionada de dimensiones (física, psíquica, social, espiritual, moral, biográfica,

vocacional, estética...), cada una de éstas —y por ende toda la persona— se ven afectadas ante la situación de vulnerabilidad que supone la enfermedad, más aún cuando se está próximo a morir.

Existe entre el agente de salud y el paciente una relación claramente asimétrica. El paciente vive una situación de necesidad en diversos sentidos. Requiere ser atendido y confortado además de poder entender y asimilar la información sobre tu estado.

Por otra parte, la concepción antropológica del profesional sanitario que se relaciona con el paciente influye en el conjunto de la práctica médico-

1 Cf. Gafo, J. *Humanización: Bioética y humanización de la medicina*. En: 10 palabras clave en Bioética. Verbo Divino. Estella. 1993.

sanitaria y específicamente en el modo de informar, de comunicarse y de relacionarse con él. En Bioética se habla de los modelos utilitaristas, ontologistas, personalistas, etc. Es algo fundamental, siendo el modelo personalista el que todo lo supedita a la persona y su dignidad inalienable, y el que nos sirve para enmarcar un tipo de comunicación con el paciente no sólo personalizada sino además personalizadora. Esto es así en cuanto que tiene en cuenta la evolución integral personal, como individuo y en el seno de una comunidad en la que trabaja con vocación y responsabilidad, teniendo presente al mismo tiempo la apertura a lo trascendente.

Hoy día se es más consciente de la importancia de la comunicación del personal sanitario hacia el paciente, de manera que se detectan deficiencias en muchos casos debidas a la falta de preparación en las habilidades comunicativas específicas en dicho ámbito.

Por ejemplo, un alargamiento de vida indebido a base de costosos tratamientos fútiles delata quizá una falta de destreza comunicativa del médico, además de una concepción de la persona donde la muerte es algo a evitar lo más posible o bien otras causas (comodidad, complacer a los familiares, etc.).

En otros campos, como las adicciones, existe constatación de que una información sobre las drogas puede no conllevar una disminución del consumo sino más bien lo contrario. Y volvemos a las mismas causas: una deficiente destreza comunicativa y un enfoque parcial del potencial consumidor al atenderse

únicamente los aspectos cognitivos en la información que se le da.

Otros ámbitos de la bioética donde la concepción humana del profesional sanitario y sus habilidades de comunicación con el paciente y sus familiares son factores clave en los resultados de la acción sanitaria son: eutanasia, trasplantes, aborto eugenésico o por violación, etc.

Pero también, en línea contraria, encontramos en las llamadas «consultas positivas», que el personal médico además de dar la información se muestra cálido, amigable, firme y tranquilizador, y ello influye en la mejor y más pronta recuperación de la salud del paciente.

Y es que, efectivamente, algunos profesionales dan muestras de saber superar barreras de comunicación, de aprovechar las oportunidades empáticas, de comprender más allá de las palabras, de utilizar la comunicación persuasiva, etc., de manera que, mostrando el respeto debido a la autonomía del paciente y su corresponsabilidad, ayudan más efectivamente al mismo a superar (o a aceptar) su situación. Son profesionales preocupados por una práctica clínica humanizadora y que tienen formación en habilidades de comunicación, adquirida habitualmente fuera de las facultades de Medicina.

En la presente comunicación no solo pretendemos incidir en la importancia de la información-interacción comunicativa, sino que también, desde un punto de vista práctico, vamos a mostrar algunas pautas para mejorar las habilidades de comunicación con el paciente de cara a los objetivos de salud integral y calidad de vida/muerte del mismo. Para ayudar-

nos en esta tarea aportaremos algunas herramientas de *coaching*, y lo hacemos desde el marco personalista. Desde esta perspectiva, tendremos en cuenta a las dos personas que se relacionan, el agente de salud y el paciente, aspirando a una relación interpersonal de humanización y de realización personal de ambos, incluso en situaciones de importante complejidad bioética.

## **2. Coaching personalista para una comunicación vital, positiva, natural y abierta a lo trascendente. Herramientas con aplicación clínica**

El *coaching*, aplicado a la clínica asistencial, vendría a ser un proceso de acompañamiento que ayuda a potenciar las fortalezas y mejorar la calidad de vida del paciente a partir de sus propias metas de salud integral. Dados los resultados tan efectivos que viene aportando en diferentes esferas, lo que nos importa aquí es la utilidad de sus técnicas y herramientas para su utilización, puntual o continuada, en la relación con el paciente.

Si hoy se afirma que el éxito de las acciones (y también incluiríamos las terapéuticas) viene influido por la actitud más allá de la aptitud, desde la perspectiva personalista contemplamos también la actitud hacia un tipo de interacción con el paciente que tenga en cuenta sus capacidades (en su multidimensionalidad) gestando una relación sanitario-paciente de naturalidad y para el crecimiento personal mutuo. Lo opuesto es la asunción de roles y estilos no empáticos: paternalismo, servilismo, autoritarismo, *laissez-faire*, etc.

Mediante el entrenamiento del agente de salud en herramientas como la escucha activa, las preguntas desafiantes, la objetivación de las emociones por medio de escalas, el estudio de la energía vital, las técnicas de asertividad, la ampliación de perspectiva, la focalización en las posibilidades *versus* limitaciones, etc., el proceso de intervención va a verse influido muy positivamente en el quehacer del día a día no solo en bien del paciente sino también del personal clínico.

Pero también el profesional sanitario va a encontrar grandes beneficios con una formación en estas técnicas del *coaching personalista*. Se puede incidir en aspectos como el bloqueo (y desbloqueo) del flujo de energía en el trabajo, la importancia de la autoestima (personal y profesional) y cómo mejorarla por medio del trabajo (mediante una interacción de tipo empática con el paciente...), la importancia de la apertura a lo trascendente para muchas personas y cómo todo cobra otra dimensión y cohesión, las palabras a utilizar en el propio diálogo interno, el imaginario a transmitir, la comunicación no verbal, las barreras de comunicación, etc.

## **3. Factores cognitivo-emocionales en la relación médico-paciente**

En comunicación se habla de que transmitimos mucho más con lo que somos (lo que incluye nuestros hábitos de pensamiento, expectativas concretas...) que con lo que decimos. Es sabido que hacemos caso de lo no verbal cuando detectamos (incluso inconscientemente) un desajuste entre las palabras y el cuerpo. Esto, por ejemplo, constituye un desafío

y una oportunidad para el profesional de la salud, ya que la gestión de lo corporal ayuda en la propia emoción y seguridad del profesional. De esta forma su comunicación se hará más efectiva y mejor completando el círculo beneficioso en lugar del problemático. Debemos tener en cuenta que todo hablar es en cierto grado hipnótico, para bien o para mal; y esto es así especialmente en determinadas circunstancias, como en la enfermedad así como en otras situaciones de «bajas defensas» (fisiológicas o emocionales).

Algunos autores como Borrás<sup>2</sup> han investigado los factores emocionales en la relación médico-enfermo. Analizando diversos trabajos, observa que se han estudiado los efectos de una manipulación de tipo cognitivo (las creencias y expectativas de los pacientes acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad) en los resultados de salud; pero también hay trabajos que han evaluado *los efectos de los factores emocionales implicados en la comunicación médico-enfermo*. Las «consultas positivas» (aquéllas en las que el médico se muestra cálido y amigable, firme y tranquilizador) resultan más eficaces que las «consultas neutras» en cuanto a disminuir el dolor y acelerar la recuperación. Si bien la mayoría de los trabajos no alcanza a analizar la influencia de los factores emocionales de manera independiente, sino que lo hace en interacción con los factores cognitivos.

En definitiva, es importante la comunicación positiva en sus aspectos verbales y no verbales y de manera que incluya lo emocional. Desde un trato impersonal, formal o incierto del profesional sanitario no se generan los mismos efectos saludables en el paciente que los que se pueden generar desde la transmisión de unas expectativas e implicación cognitivo-emocional del médico o sanitario. Esto último nos remite por analogía al conocido *Efecto Pigmalión* tan aplicado en el ámbito educativo, que explica cómo las expectativas del profesor se traducen en resultados en el alumno, aunque no de manera mágica o automática sino desde la seguridad y autoestima del profesional.

#### 4. ¿Es posible entrenar unas buenas habilidades de comunicación?

Desde una formación en *coaching*, pedagogía y farmacia venimos desarrollando talleres formativos en habilidades de comunicación para farmacéuticos, médicos y psicólogos residentes en formación. Detectamos en ellos importantes lagunas formativas en este sentido y constatamos la utilidad de los mismos. Al igual que otras habilidades, como la diagnóstica, de intervención, etc., unas buenas habilidades de comunicación también pueden ser entrenadas y aprendidas.

Según Roter et al.<sup>3</sup> un curso de entrenamiento en habilidades de comunicación

2 Cf. Borrás, F. X. *La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psiconeuroinmunología*. En: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Monografías Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona. 2003.

3 Cf. Roter, D.L.; Hall, J.A.; Kern, D.E.; Barker, L.R.; Cole, K.A.; Roca, R.P. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. USA, 1995; 155(17): 1877-84.

para médicos de tan sólo 8 horas de duración resulta manifiestamente eficaz para mejorar algunas conductas empáticas; son necesarios para captar la carga emocional de los pacientes, examinar la comprensión de las indicaciones prescritas, evaluar las expectativas de los pacientes, instarles a preguntar todo aquello que les preocupa, ofrecerles apoyo u organizar con ellos una agenda de visitas, etc. Entre los beneficios para los pacientes, se descubre que muestran menos malestar emocional, mejor seguimiento de las pautas y adhesión al tratamiento, más pronta recuperación, etc.

Si a ello, y según nuestra experiencia, añadimos las herramientas del *coaching* y en un marco antropológico personalista, se incrementa el potencial de posibilidades para el paciente (y al mismo tiempo para el profesional). Desde los primeros momentos de intervención sanitaria se puede transformar en grado significativo la vida del paciente.

Por todo ello, al igual que los autores citados, defendemos esta formación no solo como algo conveniente sino como un deber ético inexcusable. Partiendo de que la atención correcta al paciente es un imperativo ético en la práctica clínica, la formación correctamente adquirida para lograrla también debe serlo.

## **5. Una herramienta necesaria: la empatía. A modo de ejemplo**

Es claro que en cualquier tipo de entrevista entre el profesional sanitario y el paciente es importante transmitir confianza. El paciente debe tener la oportunidad

de preguntar sobre su enfermedad y tratamiento, mientras el profesional debe saber escuchar en el nivel de escucha adecuado (con la atención centrada en él no a la vez en sí mismo), empatizar a través de la cercanía y el trato, para finalmente darle la información adecuada (al paciente en particular) y por el canal de comunicación adecuado.

Nos fijaremos especialmente en una forma de comunicación y una herramienta al mismo tiempo: la empatía; que la entendemos como relación deseable para el bienestar tanto del paciente como del profesional.

Los pacientes raramente verbalizan su malestar emocional pero ofrecen «pistas» verbales, que Suchman et al.<sup>4</sup> denominan «oportunidades empáticas potenciales». El médico puede entonces aprovechar la oportunidad para invitar al paciente a que exprese su emoción («continuador de la oportunidad empática») o, como resulta habitual, ignorar esta oportunidad («finalizador de la oportunidad empática»). En el primer caso, una vez que el paciente haya respondido expresando su emoción («oportunidad empática»), el médico podrá reconocer y corresponder a la emoción («respuesta empática») o no hacerlo («finalizador de la oportunidad empática»). En el primer caso, el paciente se sentirá finalmente confortado y comprendido. Los pacientes que son interrumpidos —afirman Suchman et al.— en alguna de las fases precedentes

---

4 Cf. Suchman, A.L.; Markakis, K.; Beckman, H.B.; Frankel, R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. USA, 1997; 277: 678-682.

responden a menudo aumentando la intensidad de sus pistas emocionales (lo cual generará sentimientos de frustración y podrá ir acompañado por respuestas de rechazo, percepción de falta de control e indefensión).

Una relación empática y de confianza redundará en una mejora de la capacidad diagnóstica, de adecuado tratamiento del paciente, en un incremento del grado de cumplimiento terapéutico, en aumentar su satisfacción y los resultados de salud, etc.

Resumiendo los pasos a seguir a modo de esquema:

1. El paciente no verbaliza su malestar emocional, pero ofrece «pistas» verbales (oportunidad empática potencial).
2. El clínico invita a que el paciente verbalice... Comienza la respuesta empática, que podemos diferenciar en tres pasos:
  - 2.1. Escuchar  
Escuchar al paciente de manera receptiva y en silencio.  
*Escuchar es entrar en silencio en el mundo del otro.*  
Acompañamiento con el cuerpo.
  - 2.2. Recapitular  
Recapitular lo que el paciente dice con sus mismas palabras.  
Acompañamiento con el cuerpo.
  - 2.3. Expresarse  
Ahora es el turno del profesional, que comunica lo que debe o quiere decir.  
En el canal predilecto de mi interlocutor (visual, auditivo...).
3. Paciente confortado y comprendido. Mejor evolución y recuperación o mejor estado vital.

## **6. Más allá de la técnica. La donación humana**

Hemos visto que es importante la empatía, ya que las razones funcionan si el otro nos percibe cercano a su forma de pensar, sentir y actuar; también que es importante la comunicación desde la construcción de las relaciones; ahora bien, no olvidemos que el objetivo no es la buena comunicación y la relación con el paciente, sino la curación o la salud integral del mismo. Hay que diferenciar en este sentido los conceptos de «empatía» y «simpatía»; siendo el primero el que incide sobre la persona en su necesidad y verdaderamente le ayuda.

Ahondando más allá de la técnica, de la psicología o el *coaching*, desde una perspectiva personalista, sin descartar lo anterior, habría que detectar las necesidades humanas de la manera más completa, comprendiendo más allá de las palabras desde la atención a la multidimensionalidad y trascendencia, a la auténtica libertad y dignidad humana.

En este sentido, afirmamos que no es suficiente una buena relación si no va acompañada de una actitud de donación humana abierta al crecimiento y enriquecimiento personal mutuo.

Si nos preguntamos ¿cuáles son los dones humanos?, al menos podemos señalar las siguientes capacidades de donación humana:

- Dar/recibir la atención apropiada (toda persona necesita ser aceptada; y toda ella).
- Seguridad para crecer (como personas, integralmente y hasta que nos morimos).

- Sensación de autonomía.
- Conexión emocional con otros (las emociones son motor motivacional).
- Sentido de logro, vocación y realización personal.
- Sentido de reto, de estímulo.

Reflexionar sobre estas potencialidades humanas que toda persona de alguna manera pone en juego mediante la relación interpersonal, puede ayudar al personal sanitario en su relación con el paciente a comunicarse y atenderle de una forma diferente a como se viene haciendo en cierto tipo de consultas.

El sentido de la vida y de la muerte

Sin quitar valor a todo lo dicho anteriormente, no podemos rehuir las situaciones últimas. En este sentido, encontramos una aportación fundamental, la de Victor Frankl, fundador de la Logoterapia. Este psiquiatra, en la situación límite de los campos de concentración nazis, demostró que era «el sentido» lo que constituía la clave de que hubiera personas que, aun en las más horribles condiciones, lograran sobrevivir.

Si para el psicoanálisis, la dialéctica se establece entre el «deseo de placer» (Freud) y el «deseo de poder» (Adler); en cambio, para Frankl, ambos son efectos pero nunca fines en sí mismos; él aboga por la «voluntad de sentido». Pero, ¿cómo hallamos nuestro sentido? ¿cómo hallarlo en una situación de enfermedad terminal? Frankl, presenta tres grandes acercamientos:

— los «valores actitudinales», que incluyen virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor y, lo que le caracterizó, el sentido a través

del sufrimiento (que se puede vivir con dignidad),

— «los valores experienciales o vivenciales», como el heroísmo en su lucha personal, el goce, el disfrute estético, el amor hacia otra persona, y

— los «valores de creación», que proceden de lo que el individuo es capaz de producir e inventar, expandiendo su psicología y abriendo una ventana hacia nuevas formas de vida.<sup>5</sup>

Ahora bien, al final, estos valores actitudinales, experienciales y creativos son para Frankl meras manifestaciones superficiales de algo mucho más fundamental, el supra-sentido. Aquí podemos percibir su faceta más religiosa: el supra-sentido es la idea de que, de hecho, existe un sentido último en la vida; sentido que no depende de otros, ni de nuestros proyectos o incluso de nuestra dignidad. Es una clara referencia a Dios y al sentido espiritual de la vida.

En definitiva, cuando un paciente tiene una enfermedad con mal pronóstico no es lo mismo mentirle o decirle las cosas de forma fría y descarnada, que conversar desde la realidad compleja que está viviendo, de manera que el paciente genere un sentido de reto, encuentre o acepte la posibilidad de sentido, reciba los diversos apoyos humanos, descubra la esperanza (inmanente y/o trascendente), se sienta confortado desde la comprensión del profesional que le atiende y/o con quien comparte un sentido religioso, etc. Más que nunca, en el final de la vida,

5 Cf. Frankl V.E., *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona, Herder, 1990.



el paciente, en su compleja multidimensionalidad, debe ser atendido de manera integral, personalizada y personalizadora.

### **7. A modo de corolario**

Hemos empezado trayendo a colación a una gran persona y bioeticista, como fue Javier Gafo; como él, nosotros también estamos convencidos de que el «principal problema bioético» sigue siendo lograr una auténtica humanización en esa «relación clínica» que se establece entre sanitario y paciente en esos momentos en que la persona se siente frágil y angustiada con motivo de la enfermedad.

Es evidente pues, la imperiosa necesidad de humanizar la «relación clínica» para que deje de ser un «problema bioético». Pero ello va a ser posible, no solo disponiendo de los mayores conocimientos de las ciencias y técnicas biomédicas, sino necesariamente sabiendo transmitir y cómo transmitir. De ahí la defensa de saber comunicar como imperativo ético. Saber comunicar y hacerlo desde el enfoque que la persona en su compleja multidimensionalidad requiere; perspectiva que atiende el Personalismo.

Recibido: 29/01/2012  
Aceptado: 15/07/2012

