

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la práctica clínica está muy orientada a la terapéutica y los cuidados, pero también está conectada con una gran dosis de insatisfacción en el paciente y en el profesional que la ejerce. Hoy en día, el progreso tecnológico, así como los avances científicos, son una realidad que tiene un impacto en las profesiones sanitarias. Con el propósito de desarrollar una salud más individualizada, la atención al paciente ha derivado en ocasiones a un trato más impersonal. Los pacientes requieren sentirse conectados con los profesionales de la salud, y a la par el profesional sanitario también encuentra sentido a su profesión clínica a través de una conexión con el paciente (1).

El actual consumo de dispositivos electrónicos con los que ejercer la medicina, el breve tiempo de atención a cada paciente, así como las demandas administrativas pueden derivar en frustración en el propio ejercicio profesional (2). Esta mezcla de falta de tiempo, de expectativas no cumplidas deriva en hartazgo, profesionales exhaustos y el conocido síndrome de *burnout* que afecta a una gran cantidad de profesionales clínicos (3, 4).

Se requiere de profesionales clínicos que sepan emplear los avances tecnológicos en beneficio del paciente sin alejarlo de él. En definitiva, se requiere de profesionales presentes.

El término «presencia» o «presencialidad», aplicado a la práctica clínica, se refiere a la deliberada toma de consciencia, de concentración y de atención, a nivel físico, temporal y emocional que tiene el propósito de comprender al paciente y conectar con él y que se logra a través de una serie de comportamientos,

rituales y herramientas (exploración más allá de lo físico, manejo de las expectativas, escucha, saber dar un paso atrás, conectar con la historia del paciente, apartar móviles y pantallas en el proceso de atención...) (5, 6). Este encuentro interpersonal es el que aporta a los profesionales esta toma de conciencia que no puede lograrse a través de ningún instrumento tecnológico al servicio de la práctica sanitaria. Atender todo ello cultiva el respeto, la confianza, el vínculo entre pacientes y profesionales de la salud y puede reducir los fallos en la comunicación y las suposiciones que pueden originar muchos errores en la práctica clínica (1).

Una reciente revisión de Zulman, y cols., muestra que son 5 las principales estrategias que conectan con el paciente desde la presencialidad, estas son: preparar el encuentro de un modo consciente y deliberado, escuchar de forma intencionada y completamente, priorizar en la atención aquello que resulta prioritario para el paciente, conectar con la historia del paciente, y explorar las señales emocionales del paciente. Atendiendo a estas líneas maestras de presencialidad, se pretendió lograr uno de los siguientes objetivos: un cambio en el resultado terapéutico del paciente, un cambio en la experiencia del paciente, un cambio en la experiencia del profesional sanitario, o en el coste. Así los principales cambios derivados, se obtuvieron en la experiencia del paciente (74%), la evolución del mismo (52%), la experiencia del profesional (37%) y el coste (26%) (1). Todo esto evidencia el impacto que esta intervención integral tiene en la práctica clínica.

Desde esta perspectiva y desde nuestro deseo de formar a profesionales sanitarios de un modo integral cobra sentido el desarrollo de este manual.

El alumnado universitario de profesiones sanitarias atraviesa una de las etapas evolutivas más relevantes a lo largo del desarrollo vital para el proceso de construcción y consolidación de la personalidad (7) y para forjar la base emocional de cara a la edad adulta (8). En ese sentido, desde la introducción del proceso de Bolonia, ya no es suficiente que los alumnos y las alumnas apren-

dan las habilidades técnicas, sino que se busca una educación más completa, que además de las habilidades técnicas, también enseña otras competencias, como el trabajo en equipo, habilidades de comunicación eficaces, gestión de proyectos y tiempo y la capacidad de coordinar las emociones para conseguir ese fin (9). Varios estudios han demostrado que la Inteligencia Emocional (IE) ayuda en el ajuste social del estudiante y su adaptación en la universidad (10), ya que habilidades como saber trabajar en equipo, adaptarse a un espacio cambiante, saber hablar en público, redactar y presentar informes, creatividad y liderazgo, son habilidades que se suelen relacionar con personas con elevada IE (11). Además, se está viendo que las habilidades emocionales englobadas dentro de la IE ayudan en el abordaje y afrontamiento de circunstancias de carácter negativo (12). La IE influye en la salud mental de los estudiantes y ese equilibrio psicológico afecta en el rendimiento académico (13).

Este manual pretende hacer evidente que es necesario que todos los profesionales de la salud reciban formación en inteligencia emocional en general y en presencialidad en particular, así como hacerles constar la relevancia que en la práctica clínica tiene para sus futuros pacientes y para ellos mismos contar con recursos que permitan una conexión con el paciente (que pueda impactar en la evolución de las patologías). Así pues, pretende servir de herramienta de aprendizaje a alumnos de profesiones de salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, odontólogos...) en su futura práctica clínica y también está orientado a cualquier profesional de la salud que a través de esta ventana encuentre la inspiración y motivación para replantearse nuevas formas de hacer más conectadas con el paciente y con el profesional.

En este manual se pretende visibilizar a través de casos clínicos reales la relevancia de atender la emocionalidad del paciente/profesional de salud, con el objetivo final de lograr una mayor eficacia de la terapia y adhesión al tratamiento deseado y un mayor bienestar y sentido de eficacia del profesional clínico. A nivel

psicológico se conectarán ambas experiencias con el objeto de poner en valor el impacto de tal conexión e incrementar la toma de conciencia de nuestros alumnos de atender de modo integral al paciente y a ellos mismos. En definitiva, se pretende poner en valor una práctica clínica centrada en la persona que estamos seguros contribuirá a una humanización de la práctica clínica. A la par, también pretende evidenciar la necesidad de conciencia y autocuidado del profesional sanitario.

A continuación, se muestran una serie de casos clínicos reales aportados por diferentes profesionales. Se han modificado los datos personales de los pacientes para respetar su identidad y su protección de datos. Se ha tratado de respetar en todos los casos la misma estructura: antecedentes, descripción del caso, y por último un apartado donde se detallan, describen y aportan los aspectos que se consideran relevantes de esa conexión emocional, es decir, de esa intervención del profesional sanitario que ha sido fundamental (o no) para la evolución del caso y que pretende invitar a la reflexión del lector. Cada caso ha sido marcado con algunas etiquetas con las que se considera que podría ser el pilar principal a nivel emocional con el que identificar el caso, pero obviamente no tiene por qué ser el único. De hecho, puede notarse que, en la gran mayoría de los casos, hay más de una etiqueta.

Se ofrece al lector una diversa lectura del manuscrito, si se desea, se pueden leer todos los casos en el orden en el que se presentan. O bien, se puede acudir a la sección de la profesión sanitaria que interesa (aunque todos los casos de todas las profesiones aportan aspectos muy interesantes) o bien se puede acudir a los casos que contengan aquellas etiquetas que le despierten mayor curiosidad.

No podemos terminar esta presentación sin antes agradecer a todos los profesionales sanitarios que un día decidieron con entusiasmo unirse a este proyecto, compartiendo con gran sensibilidad algunas de las experiencias que habían vivido con pacientes y familiares.

¡Deseamos que disfruten el camino!

BIBLIOGRAFÍA

1. Zulman, DM; Haverfield, MC; Shaw, JG; *et al.* (2020) Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *Journal of American Medical Association.* 323(1):70-81. DOI: 10.1001/jama.2019.19003
2. Vergheze, A.(2008) Culture shock-patient as icon, icon as patient. *The New England Journal of Medicine.* 359(26):2748-2751. DOI:10.1056/NEJMp0807461 2
3. Rotenstein, LS; Torre, M; Ramos, MA; *et al.* Prevalence of burnout among physicians: a systematic review.(2018) *Journal of American Medical Association.* 320(11):1131-1150. DOI:10.1001/jama.2018.12777
4. Del Carmen, MG; Herman, J; Rao, S; *et al.* (2019)Trends and factors associated with physician burnout at a multispecialty academic faculty practice organization. *Journal of American Medical Association.* 2(3):e190554. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.0554
5. Vergheze, A. (2016) The importance of being. *Health Affairs.* 35(10):1924-1927. DOI:10.1377/ hlthaff.2016.0837 5
6. Brown-Johnson, C; Schwartz, R; Maitra, A; *et al.* (2019) What is clinician presence? a qualitative interview study comparing physician and non-physician insights about practices of human connection. *BMJ Open.*9(11):e030831. DOI:10.1136/bmjopen2019-030831
7. Gutiérrez, N. (2019). Inteligencia emocional percibida en estudiantes de educación superior: análisis de las diferencias en las distintas dimensiones. *Actualidades en Psicología,* 34(128), 17-33. DOI: 10.15517/ap.v34i128.34469

8. Koopmann-Holm, B; y Tsai, J. L. (2014). Focusing on the negative: Cultural differences in expressions of sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(6), 1092- 1115. DOI: 10.1037/a0037684
9. Gilar-Corbi, R.; Pozo-Rico, T; y Castejón-Costa, L. (2019). Desarrollando la inteligencia emocional en educación superior: evaluación de la efectividad de un programa en tres países. *Educación XXI*, 22(1), 161-187. DOI: 10.5944/educXXI.19880
10. Mavrovelli, S.; Petrides, K. V.; Rieffe, C.; y Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 263-275. DOI: 10.1348/026151006X118577
11. Pérez, N.; y Castejón, J. L. (2016). Relación entre inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22).
12. Ruvalcaba, N. A.; Gallegos, J.; Solís, O.; Gabriela, M.; y Bravo, H. R. (2019). Validez predictiva de las competencias socioemocionales sobre la resiliencia en adolescentes mexicanos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 89-101. DOI: 10.15332/s1794-9998.2019.0015.07
13. Arntz, J.; y Trunce, S. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de nutrición. *Investigación en Educación Médica*, 8(31), 82-91. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.18130>



ÁREA DE CONOCIMIENTO: ENFERMERÍA

AUTORES:

ISABEL ALMODÓVAR FERNÁNDEZ, RAQUEL CARCELÉN GONZÁLEZ, MONTSE CAÑABATE, ITZIAR FERRAGUD,
LAURA GARCÍA GARCÉS, M^º DOLORES GUERRERO MASIÁ, PILAR GONZÁLEZ CORDERO, INÉS GONZÁLEZ SÁNCHEZ,
LORETO PEYRÓ GREGORY, ALBERTO RICO CUBA Y YOLANDA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

CÓMO CAMBIA LA VIDA EN UN MOMENTO

ETIQUETAS: GESTIÓN DEL MIEDO; FLEXIBILIDAD

ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICOS PREVIOS

Sin antecedentes médicos previos.

MEDICACIÓN EN CURSO EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Sin medicación previa.

CONOCIMIENTO DE ASPECTOS EMOCIONALES DEL PACIENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL

Mujer de entre 40-45 años, casada y madre de dos hijos, vida social y laboral activa, trabaja como administrativa. Gran apoyo familiar manteniendo una muy buena relación. Diagnosticada recientemente de cáncer de mama. Nunca ha estado enferma ni existen antecedentes de cáncer en su familia. Labilidad emocional producida por el diagnóstico y la incertidumbre a cómo se sentirá/qué sucederá durante el tratamiento/cómo se verá su imagen afectada/cómo será su futuro y el de sus hijos. Refiere miedo a lugares cerrados que ella misma suele solucionar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO EMOCIONALMENTE EN LA CONSULTA/DETALLES PERCIBIDOS

Paciente que acude a Hospital de Día para administración de quimioterapia. Acude acompañada de su hermana. Es una paciente joven, sana y activa, que afronta por primera vez la administración de

una quimioterapia. Quimioterapia neoadyuvante de mama. Entra al servicio prácticamente «empujada» por su hermana. Percibo miedo hasta de sentarse en uno de nuestros sillones, su primera pregunta es «¿Qué me vais a hacer?». Se muestra desconfiada tanto con el personal como con el entorno en el que estará y el tratamiento. Me dice que uno de sus mayores miedos es el permanecer durante un tiempo prolongado, sentada en una sala rodeada por otros pacientes, desconocidos y físicamente con efectos secundarios de la quimioterapia. También presenta cierta fobia a permanecer en un lugar cerrado que no controla ni le es familiar, sin ventanas que le permitan ver el exterior. La administración de quimioterapia durante el tiempo pautado ya genera bastante limitación en cuanto a malestar o debilidad física, y personalmente, creo que es importante mantener fuertes todas las herramientas de refuerzo emocional que un paciente tiene para hacer frente a la enfermedad. Ya sean psicológicas (mantener minimizados/nulos miedos y fobias, resolver inquietudes), sus relaciones familiares, la confianza con el personal sanitario, mantener una relación lo más cordial con él, confiar en que está en un sitio seguro y va a estar protegida ante cualquier reacción que pudiera tener.

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LA CONSULTA PARA CONECTAR CON LA EMOCIONALIDAD DEL PACIENTE, CON SUS NECESIDADES, ETC.

Como estrategia principal y siguiendo la normativa del centro, realicé el protocolo de bienvenida: expliqué lo que necesitaba saber en cuanto a las instalaciones, todo lo que yo iba a realizar con ella (le voy a poner una vía, le voy a administrar una medicación...), le indiqué qué podía sentir, qué estaba dentro de lo normal y cuáles eran los signos de alerta que debía comunicar... Como con todo paciente que acude por primera vez a un tratamiento.

Una vez explicado todo lo que debería saber sobre el tratamiento, me llamó la atención la ansiedad física (nerviosismo, sudoración) y verbal que seguía manifestando. Le animé a que me preguntara todo lo que necesitara. Me llegó a comentar que se

replanteaba si ella era capaz de iniciar y seguir con el tratamiento o si por ese estrés/miedo/fobias no sería capaz y lo dejaría. Como profesional, me motivó que hubiera aspectos que le generaban mucho estrés y que yo podía ayudar a mitigar.

Como ya he comentado, el hecho de permanecer en una sala cerrada y sin visibilidad del exterior le generaba estrés. Me hizo saber que prefería mirar de frente y vernos trabajar y movernos, en lugar de ver a otros pacientes sentados como ella. Con lo cual siempre le reservaba el sillón con el que puede ver más directamente el control de enfermería y está más cercano a la puerta. También le generaba mucha ansiedad verse rodeada de otros pacientes. Acordé con ella que acudiría media hora antes al tratamiento. Esto no supondría para mí ni trato de favor ni trabajo sobreañadido ya que el atender a un único paciente media hora antes no interfiere con la actividad y es la única paciente en la que había detectado esta necesidad. Con esta táctica, vi como aquella paciente que acudió insegura a su primera terapia, iba semana tras semana acudiendo más fuerte y con más ganas de continuar.

CONEXIÓN DEL ASPECTO EMOCIONAL DEL PACIENTE/PROFESIONAL SANITARIO EN EL CURSO DE LA TERAPIA/TRATAMIENTO

El hecho de reservarle ese sillón y atenderla media hora antes de la llegada del resto de pacientes sé que le hizo incrementar la confianza con el servicio, y a su vez con la decisión que había tomado de iniciar el tratamiento quimioterapéutico. Reforzó su confianza hacia mí y eso era importante ya que por la distribución del turno que tenemos, siempre iba a ser atendida por mí. A su vez, su hermana, que siempre le acompañaba, también confiaba en el personal y mantenía una muy buena relación conmigo y los compañeros que nos acercábamos a ella.

Cada semana que acudía se la veía más contenta y se mostraba más reforzada y de muy buen humor, tanto que llegamos a empatizar de forma más personal y nos contábamos cosas familiares, de viajes, de qué habíamos hecho durante la semana.

Recuerdo que estaba tan agradecida, que durante el tratamiento hizo un viaje familiar y se acordó de mí trayéndome un detalle. El día que finalizó la quimioterapia fue muy emotivo y nos dio las gracias por haberle dado todas las comodidades posibles para alcanzar su meta.

ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL CASO

El diagnóstico de una enfermedad grave, como es el cáncer de mama, genera en las pacientes un impacto emocional, y es fácil comprender que este impacto, en parte, dependerá del historial de antecedentes del paciente, de sus experiencias previas, etc. En este caso, podemos observar cómo el hecho de que nuestra paciente no haya tenido nunca antecedentes de cáncer, ni propias, ni en su familia, podría explicar que ésta no haya aprendido **estrategias de afrontamiento a esta enfermedad**, lo que hace que su ajuste pudiera ser más complicado. Vemos, por tanto, a una paciente que se muestra vulnerable, asustada.

Además, el profesional de enfermería informa de miedo a los sitios cerrados. La claustrofobia es un miedo específico que se puede relacionar y observar en personas con miedo a la muerte. Si a este miedo, que no sabemos si es o no consciente (porque no se dispone de esa información), le sumamos un diagnóstico serio y grave como el cáncer de mama –que requiere un tratamiento donde la paciente ha de verse encerrada en una habitación rodeada de otras personas que le recuerdan la enfermedad que tiene y los efectos secundarios que puede llegar a experimentar–, la ansiedad y el miedo aumentan considerablemente. Es decir, para la paciente parece que sentarse en la sala donde otros pacientes reciben el tratamiento de quimioterapia le recuerda, le pone en contacto con su realidad: que es un paciente con cáncer. Probablemente, ve en los demás, características físicas que no quiere que se produzcan en ella misma (pérdida de pelo, delgadez, deterioro, etc.). Obviamente, le asustan.

Además, estar encerrada, le activa su miedo a la muerte. Por eso, su primera reacción es la de huir, como sucede con otros miedos o fobias que nos ayudan a sobrevivir. El problema es que en esta situación esa reacción, no es adaptativa, no es útil ni le va a ayudar. Este es el motivo por el que su hermana la tiene que «empujar» literalmente a acudir al tratamiento. ¡Qué importante el apoyo e incluso la «presión» que reciben algunos pacientes por parte de familiares para acudir a consulta o recibir tratamiento!

Por otro lado, podemos observar la importancia de atender correctamente a la emoción, en este caso concreto el miedo, como ya se ha explicado anteriormente. Si se escucha a los pacientes, se pueden conocer las necesidades que están pendientes de cubrir.

Como bien explica el profesional aquí, los cambios que se debían introducir para que la paciente pudiera realizar su tratamiento eran sencillos: colocar a la paciente en un sillón donde no viera a todos los pacientes y citarla media hora antes. Esto reduce sus ganas de huir. ¡Y simplemente con eso, *voilà!* Se consigue el éxito, porque la paciente ha realizado el tratamiento y lo mejor, ha estado satisfecha con el trato, se ha sentido comprendida en su proceso, en su dificultad...

Pero algo que parece sencillo no siempre se produce en los contextos sanitarios, porque hay varias cualidades, entre otras, que se necesitan poner en práctica por parte del profesional que atiende a los pacientes. Las principales cualidades que se evidencian en este caso son la sensibilidad y la flexibilidad. Sensibilidad para identificar, detectar y abordar el miedo. Porque el profesional no solo percibe lo que está sucediendo, sino que se atreve a preguntar al paciente, asumiendo que lo que escuchará puede ser duro y difícil y que no siempre las respuestas van a ser fáciles. Por otro lado, la flexibilidad consiste en ser capaz de adaptarse a los cambios, a pacientes diferentes, a hacer las cosas de manera distinta, no como estamos acostumbrados. ¿Y tú eres flexible o por el contrario te cuesta modificar tus hábitos en beneficio de

otros o incluso de ti mismo? Ser flexible implica también asumir ciertos riesgos. Por último, pero no menos relevante, comentar cómo se evidencia en este caso que el profesional a través de los cambios que ha introducido en el trato a su paciente, a través de la relación que se ha establecido con ella, ha generado también una satisfacción y un bienestar profesional y personal. Es decir, que las actuaciones de los profesionales no solo tienen un impacto en el paciente sino también en el profesional que revierten directamente en su crecimiento personal. En definitiva, la vida es como un *boomerang* y todo aquello que das, se te dará de vuelta.