



縁結びの神

縁

えんむすびの神  
地主神社

良縁祈

参拝時間  
午前9時～午後5時  
地主神社

縁結びのお守り  
縁結びの神  
地主神社

恋の石  
LOVE STONE  
縁結びの神  
地主神社

## 03/

# La relación

interpersonal de confianza, como fundamento de la atención integral el concepto de asistencia integral.

### **Antonio de Toro Salas,**

Doctor en Medicina y Cirugía.

Máster en Bioética y Humanización de la Asistencia.

Diploma ESADE de Dirección de Servicios Integrados de Salud.

Programa San Telmo en Alta Dirección en el Sector Salud.

Director Asistencial Corporativo de la Orden

Hospitalaria de San Juan de Dios - Provincia Bética.

### **Agradecimiento**

#### **Cinta Delgado Soler.**

*Coordinadora del programa de publicaciones del*

*Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico (IAPH).*

*Consejería de Cultura y Patrimonio Histórico. Junta de Andalucía*

La confianza es una actitud necesaria para abordar cualquier relación interpersonal. La atención a los procesos de vulnerabilidad social o en salud necesita de relaciones entre personas desconocidas en momentos clave de crisis existenciales. En estos momentos, la asistencia integral juega un papel preponderante. Pero sin generar una relación de confianza no puede existir un resultado satisfactorio. ¿Podemos y debemos siempre generar confianza en la relación profesional en el contexto asistencial?

*Palabras clave: Iglesia, Ciencia, Investigar, Hombre.*

Confidence is a necessary attitude to address any interpersonal issue. Attention to social or health vulnerability processes need the relationship between unknown people, at a key moments of existential crisis. At these moments, integral assistance plays a leading role. But a successful outcome cannot exist without a relationship of trust. Can (and must) we always generate confidence in a professional relationship in the assistance context?.

*Key words: Church, Science, Investigation, Human.*

Uno de los hechos que más fuertemente unen a las personas es la comisión de un delito. Este hecho inicia o refuerza una unión basada en la confianza de dos o más personas que son conectoras del delito del otro, y entre las que aparece una “Ley del Silencio” (la omertá italiana) que hace que tengan poder uno sobre otro de manera recíproca.

En esta relación “de confianza”, el patrón que subyace es el miedo a ser delatado. Que se compensa con el riesgo de la delación del otro. Es una relación de tipo simétrico.

En las relaciones personales basadas en la afectividad, afortunadamente más frecuentes que la anterior, ocurre algo parecido (si obviamos la comisión del delito, claro). El vínculo es simétrico, existe reciprocidad y, en vez de miedo, existen otros tipos de sentimientos que también generan una fuerte vinculación.

En la asistencia a la vulnerabilidad no existe esa simetría, esa igualdad de “riesgos” en la relación. Ni es tan bidireccional o recíproca. Ni las dos partes obtienen el mismo beneficio. Entonces, ¿dónde reside la naturaleza de esa relación tan anómala?

Cualquier relación requiere de reciprocidad. Y esta reciprocidad será de un carácter diferente dependiendo del tipo de relación que se establezca.

Existen numerosos inconvenientes para que la relación asistencial, de carácter circunstancial e interesado, sea una relación completa.

Desde la formación de los profesionales en el abordaje holístico, hasta el interés del atendido, o el concepto de relación asimétrica que se produce en el contexto de las prestaciones en este tipo de servicios. Además, estas relaciones no surgen desde el impulso individual gratuito, sino de la necesidad.

La atención integral requiere de una relación interpersonal completa que raramente se da en el entorno de la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios.

En cualquier caso, somos capaces de imaginarnos múltiples y diferentes tipos de relaciones en los entornos sanitarios y socio sanitarios, cuya meta es la de conseguir relaciones de confianza en el ámbito profesional entre los usuarios y los que prestamos el servicio y con carácter bidireccional.

Voy a intentar descifrar la complejidad de la relación asistencial desde este punto de vista.

---

## 1/

---

### Sobre la confianza.

La confianza es un acto de fe.

La confianza se asemeja a plantear una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de un otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo (Laurence Cornu)<sup>1</sup>.

La primera idea sobre la confianza, como expectativa sobre el carácter de la gente, se acerca a lo que comúnmente entendemos por confianza: un conjunto de rasgos del carácter de la persona que hacen digno de crédito al otro: la benevo-

---

1. Cornú, L., (1999) “La confianza en las relaciones pedagógicas” en Frigerio, G; Poggi, M y Korinfeld, D. (comps.), Construyendo un saber sobre el interior de la escuela. Buenos Aires, Novedades Educativas. Disponible en <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/educacional/erausquin/Unidad%204/105.%20Cornu,%20La%20confianza%20en%20las%20relaciones%20pedagogicas.pdf>

2. Herreros F. (2011). David Hume: los límites de la confianza. Claves de razón práctica. 212: 48-54

3. Pereda C. (2010). Sobre la confianza. Ed. Herder. Barcelona.

4. Warren B. (2014). The Three Essential Warren Buffett Quotes To Live By. [www.forbes.com/sites/jamesberman/2014/04/20/the-three-essential-warren-buffett-quotes-to-live-by/?sh=1ba7a3ac6543](http://www.forbes.com/sites/jamesberman/2014/04/20/the-three-essential-warren-buffett-quotes-to-live-by/?sh=1ba7a3ac6543)

5. La confianza: definición, niveles y construcción. (n. d.) <https://www.titonet.com/business/la-confianza-definicion-niveles-y-construccion.html>

6. Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., & McKinstry, B. (2014). Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. The Cochrane database of systematic reviews, 2014(3), CD004134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004134.pub3>

7. Dunbar, R. I. M. (1992). Neocortex size as a constraint on group size in primates. *Journal of Human Evolution* 22 (6): 469-493.

lencia, la honestidad, la fidelidad y la constancia en la amistad (para ser confiables, no sólo hay que tener virtudes sino ser constantes en ellas). La segunda interpretación que entiende la confianza como expectativa sobre las acciones, tiene que ver más con una virtud artificial. No se trata ya de virtudes o cualidades innatas, sino de acciones, de actos que se sostienen por las normas y las convenciones sociales, las cuales ofrecen a los individuos de una sociedad incentivos para actuar de una u otra manera<sup>2</sup>.

La confianza es un conglomerado de actitudes, deseos, creencias, emociones y expectativas que impregna nuestra vida. Confiamos en las personas, las instituciones, en la naturaleza y en nosotros mismos. Por supuesto, hay diversas formas y tipos de confianzas con varios correlatos (prácticos y teóricos, concretos y abstractos)<sup>3</sup>.

Las relaciones personales se construyen basándose en la confianza. Las relaciones de pareja, con los amigos y las relaciones profesionales están sujetas, en mayor o menor medida, a una apuesta cotidiana por un futuro incierto.

Todos experimentamos de manera intuitiva sensaciones de confianza o desconfianza al encontrarnos por primera vez con “el otro”.

Esta experiencia emocional se vive de manera individual e íntima; pocas veces podemos enumerar los motivos por los que tendemos a confiar o no en la otra persona. Ciertamente, tras esa primera impresión, la confianza puede generarse a través de los hechos. Y también, la confianza construida con el trabajo de años se puede perder en cualquier instante<sup>4</sup>.

Más allá de la experiencia intuitiva, la confianza se puede construir en base al comportamiento y sus resultados. Y se puede transmitir, de manera que le otorgamos confianza a alguien recomendado por otro que ya la tiene<sup>5</sup>.

Podemos decir, también, que la confianza carece de grados. Es dicotómica. Se tiene o no se tiene. Al igual que la desconfianza.

No se puede tener “un cuatro sobre diez” de confianza.

Los seres humanos nos relacionamos en este contexto de ausencia de certezas que nos orienten en cómo o de qué manera generar confianza más allá de la certidumbre de los hechos. En el ámbito privado, estas relaciones de intercambio se generan a partir de un vínculo afectivo, de manera que existe una reciprocidad emocional en el que las partes se sienten cómodas.

El antropólogo **Robin Dunbar**<sup>7</sup>, en sus trabajos con primates que correlacionan el tamaño del neocórtex cerebral y el número de relaciones sociales, establece que los seres humanos no somos capaces de manejar más de 150 relaciones diferentes de manera plena.

No me cabe duda que, en el ámbito de lo privado, la confianza es una generosa apuesta del individuo por la reciprocidad del otro. Una apuesta basada en sentimientos e intuiciones y corroborada con hechos y experiencias.

Pero las relaciones humanas en la práctica asistencial sanitaria o sociosanitaria tienen un carácter secundario. No se generan por un vínculo afectivo, sino que se producen en base a la necesidad de obtener un servicio o una prestación entre dos o más personas. Sobre esta premisa, el vínculo que se establece pretende, de una parte, conseguir un beneficio (en salud, económico, relacional, laboral...), y de otra ejercer una labor profesional y cumplir con un cometido laboral. Es una relación de utilidad. Este tipo de relación, de carácter profesional y, en principio, asépticas, tiene unas características que le confieren cierta complejidad.

En primer lugar, existen relaciones asistenciales puntuales que conllevan decisiones trascendentes para los individuos, los pacientes y usuarios en situación de vulnerabilidad. Éstas se sujetan a un entorno de tipo profesional que es el que le confiere u otorga la confianza. Cuando alguien acude a una institución, a un centro o a un profesional, con un problema grave, ya sea

LH n.329

de carácter sanitario o de carácter social, asume que un “desconocido” va a ejercer una labor profesional con diligencia y honestidad. Esta asunción - un ejercicio de confianza -, se sostiene “por defecto” en la historia reputacional de esa persona, centro o institución. Podemos decir que se trata de una confianza transferida.

En nuestro país, confiamos en las instituciones y, por lo tanto, confiamos en las personas que trabajan en ellas, a pesar de que no las conocemos personalmente. Por lo tanto, esa confianza es una predisposición social aprendida que nos lleva a aceptar como buenos a cada uno de los eslabones de la cadena. A modo de ejemplo, una persona “sin hogar” que acude a un centro de atención social para comer, confía en que los cocineros, los productos, los que atienden... garantizan un deseado resultado de la acción. Por lo tanto, confía en el sistema y, por ende, en las personas incluidas en este. En este punto, me gustaría hacer un inciso sobre el peso cultural histórico de la relación “médico-paciente”. Esta relación ha presentado, desde sus inicios, un carácter profundamente asimétrico. Desde un paternalismo impositivo, se ha considerado al enfermo (sobre todo a las personas con patología mental o con discapacidad) como personas física y moralmente disminuida e incapaz para la toma de decisiones. Se trata de un lastre con un recorrido histórico muy prolongado.

Hasta bien entrado el siglo XX, asociado a la evolución social de los derechos individuales y colectivos, no se ha empezado a tener en consideración que la persona vulnerable protagoniza su existencia y, por lo tanto, dirige su proceso. Desde un punto de vista fundamental, el concepto del humanismo médico de principios del pasado siglo XX, ha aportado la necesidad de conocer al otro para asistirlo. Al fin y al cabo, es el relato de la vida de una persona lo que le confiere su ser más íntimo y, por lo tanto, lo que le hace sentir y padecer la realidad de una manera concreta y diferente al resto.

Quienes nos dedicamos a la atención y la asistencia de personas habríamos de tener muy pre-

sente esta realidad. Sin embargo, no sucede así. El principio de autonomía se va imponiendo poco a poco en las relaciones asistenciales. No en vano, toda la teoría del diálogo en la que se sustenta el proceso del consentimiento informado se origina en la carencia de participación de los pacientes en sus propios procesos de enfermedad, de discapacidad o de dependencia. Parece como si el paciente no fuera el protagonista, sino una marioneta en los hilos de otros, que son los que toman las decisiones. Ahora, en la era del desarrollo de los derechos, en pleno siglo XXI, todavía nos estamos planteando cómo tiene que ser la relación con aquellos a los que prestamos asistencia y con los que no tenemos un vínculo afectivo.

Sea como fuere, aun siendo conscientes de que la relación asistencial debe privilegiar el respeto por la dignidad de la persona en situación de vulnerabilidad y debe garantizar la toma de decisiones en los contextos de enfermedad, debemos tener claro que existe una dependencia de una de las partes a la otra. Sabemos que es una relación asimétrica y que inexorablemente está vinculada a la confianza desde el desconocimiento. Por muy informado que sea ese desconocimiento.

Como en todas las relaciones profesionales, esta confianza se mantendrá exclusivamente si los resultados de la intervención asistencial concuerdan con la expectativa del propio paciente. En cualquier caso, en pocas encuestas de satisfacción estructuradas, la confianza en el personal es un ítem mal valorado. Más allá de estas relaciones profesionales puntuales, basadas en una confianza de carácter reputacional y transferida, existen relaciones de tipo profesional prolongadas que generan vínculos basados en aspectos como la gravedad de la situación física o social, el tiempo de la relación y el resultado de ésta, y, sobre todo, en otros relacionados con las actitudes y capacidades personales.

Este tipo de relaciones profesionales tienen una mayor oportunidad de ser menos consecuentistas o resultadistas (aunque no los obvian) a la

## La atención integral requiere de una relación interpersonal completa que raramente se da en el entorno de la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios

hora de generar confianza, y tienen la oportunidad de incorporar otros criterios como la honestidad, la coherencia o la empatía. No podemos desdeñar este matiz. Pasar de la confianza profesional a la confianza en la persona en un salto imperceptible de humanización.

Estas relaciones prolongadas dan lugar a conocer profundamente la biografía de la persona atendida y ello genera un lazo afectivo determinado. Este modelo de relación prolongada puede generar vínculos de confianza basados en los resultados profesionales, pero también, en los estados emocionales generados durante esta relación.

En este contexto, podemos citar las relaciones que se establecen entre, por un lado, los profesionales de la atención primaria, los equipos de paliativos, los de los centros de media o larga estancia, los profesionales de los centros residenciales y los profesionales de la atención social, y, por otro, las personas que son atendidas por ellos. En un primer momento, el concepto reputacional se transfiere desde la entidad institucional a la persona individual responsable de la atención directa, pero, posteriormente, la confianza se genera a través de la generación de vínculos emocionales y afectivos dentro de un contexto profesional. Todos conocemos a usuarios que, en una misma institución, tienen más afinidad y confianza por unos profesionales que por otros, independientemente de sus resultados objetivos.

---

## 2/

---

### Sobre la atención integral.

Hemos analizado dos modelos de relación en los que la confianza juega un papel fundamental.

Pero hemos situado la confianza como una actitud unidireccional. Desde el atendido al que atiende. Es una realidad constatable que se hacen continuos esfuerzos conceptuales y prácticos para situar a la persona vulnerable como protagonista de su proceso y, por lo tanto, plenamente capaz de asumir sus decisiones apoyadas por las personas que la asisten. Pero la realidad actual exige incorporar ese concepto al cuerpo de conocimientos propio de cada disciplina.

Y más aún, al conjunto de personas que, en la asistencia actual, forman los equipos de atención. Supone un doble salto al vacío. Primero, el individual, para considerar a la persona vulnerable como centro de nuestra atención; y segundo, el colectivo, con un equipo entero coordinado consciente de ese planteamiento. La especialización y los modelos organizativos hacen que la complejidad de la atención tenga que ser asumida por equipos de personas adecuadamente engranadas.

Actualmente, se organizan equipos de atención multidisciplinares. La persona atendida es abordada por varias personas que aportan su conocimiento para intentar dar respuestas a su problema. Este tipo de atención genera otros tipos de relaciones de confianza.

La atención integral implica un conocimiento de la persona más allá de lo accidental. Más allá de lo puramente técnico. Se produce una profundización en los deseos, los miedos, las expectativas, las dinámicas de relación personales, el sistema de creencias y el contexto socioeconómico y familiar, que condicionan las patologías somáticas, mentales o sociales. De alguna manera, el profesional se pone en la piel del otro para entender el sustrato y el origen del problema individual.

Existe el consenso generalizado de que la asistencia a la persona no puede ser considerada exclusivamente desde el punto de vista somático. Todos los aspectos anteriores tienen mucho que ver en el origen, en el desarrollo y en la

LH n.329

resolución (o no) de cualquier proceso de vulnerabilidad.

Esta concepción para la aproximación teórica a las personas con alguna necesidad, que se ha venido a llamar atención integral, todavía adolece de la participación conceptual activa desde ambas partes. Por un lado, la parte que atiende, las personas y las Instituciones a las que pertenecen. Y por otro, la persona en situación de vulnerabilidad. Desde la primera, se tiene la impresión de que nos quedamos en la teoría y que, pocas veces, se consigue una relación de confianza tal que permita una aproximación integral al problema o a los problemas de la persona atendida.

Además, se tiene la percepción de como si la atención integral sólo fuera necesario establecerla desde la parte que atiende. Y no desde la parte que recibe esa atención. Por el otro lado, la parte atendida que, aunque reclama una atención más humanizada, realmente requiere respuestas concretas a su problema con resultados objetivos.

La atención integral no consiste simplemente en cumplir unos ítems previstos en ciertos cuestionarios, en prestar una atención multidisciplinar o en facilitar una aproximación a lo espiritual. Exige asumir al vulnerable como persona con dignidad, con un relato vital y con unas necesidades a las cuales tenemos que responder sin perder de vista lo anterior. Percibir a la otra persona en su conjunto e incorporarla a la dinámica de trabajo es el gran reto de la atención integral.

La vulnerabilidad se describe como el estado en el cual el ser humano no es capaz de afrontar una situación determinada que le compromete física, familiar, socio-laboral, económica o espiritualmente. Y, muchas veces, no depende sólo de una situación de enfermedad, sino de la percepción y del sentimiento que la propia persona tiene sobre su estado. Por lo tanto, considero que el abordaje de la vulnerabilidad, como estado de indefensión

propia y de pérdida de autonomía, resulta más complejo que el de la enfermedad. Ahí se centra nuestra tarea<sup>8</sup>.

---

### 3/

---

## La relación entre confianza y atención integral.

¿Necesita la atención integral fundamentarse en una relación de confianza? Confieso que me cuesta trabajo pensar que no. Si la atención integral consiste, exclusivamente, en la valoración técnica de los aspectos somáticos, unida a la evaluación del contexto social, familiar, espiritual y socioeconómico de una persona, nos encontramos -por decirlo de alguna manera- profesionalizando la atención integral.

Pero para que esta acción profesional sea completa, debe de haber una entrega bidireccional, un “darse cuenta” de la realidad por ambas partes, que hace que se establezcan lazos invisibles entre una persona, un equipo, y otra persona y una familia. Esta toma de conciencia por ambas partes puede acercarse al concepto de confianza en la relación asistencial. A esa aproximación intuitiva de que el futuro de ambos está unido por la delgada línea de la confianza podemos llamarla atención integral completa. Pero, francamente, no creo que obviar la relación de confianza, elimine por completo la posibilidad de la relación integral.

Planteadas la pregunta al revés, ¿garantiza la confianza una relación integral? creo que en menor medida que el caso contrario. La empatía, o conciencia de dignidad reconocida en el otro no es suficiente para una aproximación integral si carece de profesionalidad. No hay atención

---

8. De Toro A. (2020). El concepto de asistencia integral. *Labor Hospitalaria* 234: 53-63.

integral sin capacidad profesional, sin trabajo en equipo y capacidad técnica. No podemos confundir una aproximación desde el punto de vista humano con una aproximación profesional que incorpora aspectos humanísticos.

La humanización de la asistencia es la herramienta práctica para llevar a cabo, de alguna manera, una atención humanizada. Estandariza acciones, diseña estructuras, atiende a las necesidades formativas de las personas que prestan el servicio.

Pero el humanismo en la medicina debe acercarse más al concepto de confianza, de reconocimiento del otro como otro yo. No debemos sustituir la confianza como concepto por un check list de acciones.

Por otro lado, me pregunto si todos los pacientes y usuarios son subsidiarios o necesitan una atención integral, o de si podemos ser capaces de ofrecer una atención integral al otro sin que este otro participe en su atención integral.

Puede parecer un juego de palabras, pero me da la impresión de que eso es lo que estamos intentando hacer. Ponemos encima de la mesa cuestiones ajenas a la persona que las necesita. Intentamos atender integralmente al margen de las necesidades del otro. La atención integral necesita de la participación activa y consciente de ambas partes de la ecuación. Y, para ello, es necesaria la apuesta por el otro. Inicialmente de manera intuitiva, casi inconsciente; después basándose en hechos. Por último, apoyándose en resultados. Todo ello nos aportará valor a la relación.

Probablemente dependerá de la persona y del caso que presente y su contexto, pero una relación de confianza en el contexto de una atención integral no es nunca unidireccional, impuesta o episódica. Por último, ¿estamos capacitados y organizados para responder al reto de una atención integral completa? Debemos hacer un ejercicio de reflexión por parte de las instituciones y organizaciones que se dedican a

la atención de la vulnerabilidad en su amplio espectro con objeto de que los planteamientos sobre la confianza en la relación asistencial no se queden en mera teoría. Andamos escasos de tiempo, tanto en nuestra vida personal como en la profesional, para acercarnos al otro como persona. Nos falta formación en conceptos como dignidad, valores o derechos. Sobre todo, en la fundamentación de éstos. También carecemos de formación profesional en técnicas de relación con el otro, más allá de las capacidades personales de algunos. Tenemos que entender que no se puede improvisar una entrevista en el ámbito de la atención sanitaria o social. No se puede acudir a atender al otro con la mochila vacía de valores y llena de procedimientos y técnicas.

El 13 de mayo de 1992, el [Papa Juan Pablo II](#) instituyó el día 11 de febrero como el día de la Jornada Mundial del Enfermo con el objetivo de sensibilizar a las instituciones sanitarias y a la sociedad en general sobre la necesidad de asegurar la mejor asistencia posible a los enfermos.

**Pero ¿qué es la mejor asistencia a los enfermos?**

El enfermo, la persona vulnerable, espera resultados de una relación asistencial. Pero esta persona vulnerable no debe esperar resultados desde un posicionamiento pasivo o inactivo. Y, enfrente, los que prestamos la asistencia, no debemos obviar que lo que tenemos delante es un momento vital de una persona en el contexto de toda una vida.

La confianza es una apuesta hacia el futuro, hacia otra persona. Es una hipótesis autogenerada que, muchas veces no se basa en ningún carácter objetivo y otras muchas, hay que ganarla en el campo de batalla de la relación interpersonal en el contexto de la atención integral y de sus resultados.

Y, entre ambos, debe surgir la confianza.