



04/

La relación de confianza en salud mental.

Montse Esquerda,

Directora Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull.
Pediatra. Sant Joan de Déu Terres de Lleida.

Josep Pifarré,

Psiquiatra. San Juan de Dios Provincia de España.

Este artículo explora el cambiante panorama de las relaciones terapéuticas en el sector de la salud, haciendo hincapié en la importancia perdurable de la confianza. Se adentra en el impacto de los avances tecnológicos, la creciente complejidad de los problemas médicos y los cambios hacia la autonomía del paciente. El enfoque se extiende a la salud mental, abordando los desafíos planteados por la inteligencia artificial, el cambio en el modelo de atención y el papel crucial de la confianza en la era de la toma de decisiones centrada en el paciente. Los autores abogan por un enfoque matizado de la autonomía, considerando aspectos relacionales y la vulnerabilidad inherente a la salud mental. La discusión se extiende a los procesos de toma de decisiones, enfatizando la necesidad de elecciones competentes, informadas y libres de coacciones. En las fases agudas, se sugieren medidas preventivas, cuidado continuo y comunicación transparente para mantener la confianza. Ambos médicos destacan el papel insustituible de los valores y actitudes profesionales, proponiendo que la confianza sigue siendo piedra angular de la atención médica de calidad, respetando la naturaleza multidimensional de los individuos.

Palabras clave: Relación, Confianza, Salud mental, Autonomía.

This article explores the changing panorama of therapeutic relations in the healthcare sector, emphasizing the lasting importance of trust. The authors look into the impact of technological advances, the growing complexity of medical problems, and the changes towards the patient's autonomy. The scope of this reflection includes mental health, dealing with the challenges posed by artificial intelligence, the change in the healthcare model, and the crucial role of trust in the era of patient-centred decision-making. The authors advocate a nuanced approach to autonomy, considering relational aspects and the vulnerability inherent to mental health. The discussion of these issues embraces the decision-making processes, underlining the need for competent, informed and constraint-free choices. In the acute phases of disorders, preventive measures, continuous care and transparent communication are suggested in order to maintain trust. Both doctors stress the indispensable role of professional values and attitudes, pointing out that trust continues to form the keystone of quality medical care, with respect for the multidimensional nature of individuals.

Palabras clave: Relation, Trust, Mental health, Autonomy.

01/

La relación terapéutica como base de las profesiones sanitarias.

La relación de confianza ha sido¹, y continúa siendo, uno de los grandes pilares de la relación entre los profesionales de la salud y las personas que atendemos. Etimológicamente, confiar implica tener fe, lealtad (**fiar**) de manera completa (**con**). Implicará veracidad y compromiso. El paciente, cuando pide ayuda, da por hecho que el profesional le tratará de manera leal, fiel, veraz, y siempre velando por el mejor interés del paciente. Una relación de confianza también ayudará a que el paciente explique todo lo que le pasa sin reservas, hecho imprescindible para una buena relación terapéutica. Así, la relación es doble. El paciente confía en el profesional sus síntomas y sus circunstancias, y el profesional actúa de manera fiel siempre en beneficio de la persona atendida.

Ahora bien, en el mundo actual, absolutamente cambiante, ¿esto todavía es así o queda, como otras muchas cosas, como una característica de tiempos pasados, “superada” por otros tipos de relación? En la actualidad probablemente estamos viviendo un **cambio de época**. En medicina este cambio lo podríamos definir con

tres características: aceleración, complejidad, y cambio en el modelo de atención.

Primera. La **aceleración** es evidente. **Diego Gracia**, en 1995² comentaba que

“Puede afirmarse sin miedo a errar que la relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 25 años más que en los anteriores 25 siglos”.

Casi 30 años más tarde podemos afirmar de nuevo que la medicina ha vuelto a cambiar, y continúa transformándose de manera no lineal sino acelerada. En este contexto, las nuevas tecnologías y están revolucionando la medicina, consiguiendo hitos que hace pocos años parecían imposibles. Y algunos de estos avances generan nuevos dilemas éticos³. La inteligencia artificial ya se utiliza en medicina, con el fin de facilitar el proceso diagnóstico y terapéutico, e incluso comienza a sustituir a los profesionales en algunos procedimientos.

Hay quien dice que aquello que pueda ser sustituido por una máquina, debe ser sustituido por ésta. Entonces la pregunta sería: ¿quedará algún aspecto para los profesionales de la salud? Los pacientes, ¿podrán “confiar” en la inteligencia artificial en lugar de confiar en los profesionales? Y las máquinas, ¿no podrán ser más “objetivas” que las personas, ya que no tienen deseos, intenciones y otras motivaciones?

Segunda, la **complejidad**. **Edgar Morin**, hace unas décadas⁴, ya nos abría la mente al diferenciar entre problemas simples, complicados y complejos. Los problemas simples son aquellos que a partir de pocas variables podemos encontrar la solución. Los problemas complicados son aquellos que, conociendo todas las variables en juego, aunque sean muchas, hallaremos la solución correcta. Por ejemplo, las variables que guían a un cohete para llegar a la luna. Aquí nos ayudan los ordenadores de manera clara, y

1. Lain Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. Editorial Triacastela, 2003 (de la primera edición de 1964).

2. Gracia, Diego. Ética Médica. En Ferreras-Rozman. Medicina Interna 13 Ed. Editorial Doyma, Barcelona, 1995.

3. Esquerda M, Lorenzo D, Bofarull M. Beyond the Domains. What Would be the Fundamental Ethical Questions in the Development of the Artificial Womb. Am j Bioet 2023 May; 23(5): 125-127. doi: 10.1080/15265161.2023.2191045.

4. Morin, Edgar. Introducción al pensamiento complejo. Editorial GEDISA, Buenos Aires, 1991. Alonso Muñozyerro, L. Código de Deontología Médica. Ediciones FAX, 1934.

su ayuda es clave para solucionar los problemas complicados. Pero existen otros problemas, los problemas complejos, en los que nunca podemos controlar todas las variables, y lo que hagamos de hecho producirá nuevas variables que influirán en el resultado.

Por tanto, no podemos predecir, y no nos limitamos sólo a observar, ya que lo que hagamos influirá en el resultado final. La relación médico-paciente es una clara relación compleja. De momento, los problemas complejos no son bien afrontados por las máquinas. Pero, tal y como se está desarrollando la inteligencia artificial, y con la computación cuántica, ¿podemos asegurar que en futuro no podrá ser diferente?

Y tercera, el **cambio de modelo de atención**. El código deontológico de los médicos españoles de hace casi 100 años (1934) decía: el médico debe ser

“De carácter firme para no transigir con los caprichos del enfermo que le sean perjudiciales, ..., y en imponerse para que sean observadas sus prescripciones”⁵.

La visión clásica paternalista, la implícita en este código, se podría resumir en la siguiente frase:

“Todo para el paciente, pero sin el paciente”.

El paciente era, como dice la palabra, un sujeto pasivo, que recibe la acción que realiza aquel quien sabe, que es el médico y el resto de profesionales de la salud. Se parte del presupuesto que la enfermedad produce al paciente, incluso cuando éste previamente sea completamente competente, una disminución de la capacidad de decidir.

Como consecuencia de este presupuesto, los profesionales sanitarios, para protegerle, le han de tratar según sus conocimientos y experiencia, sin contar con su opinión. En el caso de la salud mental esta realidad es todavía más evidente, dado que no sólo tiene una enfermedad, sino que esta enfermedad implica en muchos casos la alteración de la conciencia de la realidad. Se aplica el criterio de beneficencia, que no entra en conflicto con la autonomía, ya que se presupone que el paciente no es competente. En la época paternalista, se daba la paradoja que los medios diagnósticos y terapéuticos eran escasos y los resultados pobres, pero la confianza en el médico era total. La podríamos llamar una “**confianza ciega**”. Este modelo paternalista hace años que ya no se sostiene.

La persona atendida, que ya no “paciente” no es un sujeto pasivo (sujeto paciente) sino que quiere participar en la toma de decisiones en relación a su salud. Hemos pasado de un modelo basado en la beneficencia a otro basado en la autonomía, en la que la persona que nos pide ayuda es la que decide, y nuestra misión será la de acompañarle a que sea ella quien tome la decisión. Se prioriza, por tanto, la autonomía en relación a la beneficencia, y, más importante, se considera autónoma a la persona, a no ser que se demuestre lo contrario.

Es como una inversión de la carga de la prueba. El paciente no tendrá de demostrar que tiene capacidad para tomar decisiones, aunque sean contrarias a lo que como profesionales indicaríamos, sino que tendrán que ser los profesionales que demuestren que la persona atendida tiene alguna limitación de la autonomía.

Como comentaremos más adelante, para poder ejercer la autonomía será imprescindible que el paciente sea competente, que esté bien informado y que esté libre de coacciones⁶. Estos tres puntos serán una de las claves del nuevo modelo, que implica también un cambio en el modelo de relación, pero una pieza clave en este modelo es que siga dándose en un contexto de confianza.

5. Alonso Muñozyerro, L. Código de Deontología Médica. Ediciones FAX, 1934.

6. Beauchamp TL, Childress JF. El respeto de la autonomía. Principios de ética médica. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1999.

En resumen. Estamos viviendo, pues, en un mundo complejo, y cambiante por instantes, más de Heráclito (nadie puede bañarse dos veces en el mismo río) que de Parménides (el movimiento y el cambio son una ilusión). **Si el mundo cambia, la asistencia que tenemos que dar debería cambiar.** De hecho, lo que nos piden las personas que atendemos, los que antiguamente llamábamos pacientes, es también diferente. Y todavía más difícil, mucho de lo que hacemos en muy poco tiempo lo podrá hacer una máquina. En este contexto, la relación de confianza, inmutable durante siglos, ¿tiene todavía sentido en el mundo actual y en que nos viene?

02/

La relación de confianza en el ámbito de la salud mental.

El ámbito de la salud mental no es una excepción, también está en un cambio de época, con aceleración, complejidad y cambio de modelo de atención. Este es un ámbito que entró tarde en la revolución científica, en la actualidad es una de las que más avances neurocientíficos y tecnocientíficos presenta. El nuevo reto de la inteligencia artificial también está claramente presente en la salud mental⁷. Cada vez tenemos más dispositivos, que son capaces de ayudarnos, entre otras, a predecir recaídas, a interactuar con las personas con problemas de salud mental o incluso a realizar diagnósticos⁸.

Por otro lado, el cambio de modelo de atención, aunque ciertamente ha sido más tardío, es una clara realidad ya en salud mental⁹. Y este cambio se produce con mucha fuerza, y con todas unas nuevas demandas y un deseo por transformar

el sistema, teniendo como centro a las personas atendidas y no a los profesionales. Es más, incluso a veces, la visión de las personas atendidas entra en claro conflicto con las prácticas al uso¹⁰, quizás en parte por haberlas dejado fuera del proceso de decisión.

El paso hacia **modelos basados en la autonomía** y su evolución a **modelos de derechos** no serán una excepción sino la norma. Pero es fundamental una reflexión a fondo sobre qué implica este modelo basado en el respeto a la autonomía de las personas. Desde una parte de la Bioética y del derecho¹¹ asignan a los pacientes absolutamente todo el control (pero no siempre la responsabilidad).

De acuerdo con este punto de vista, los profesionales deberían actuar informar y utilizar las habilidades clínicas según las instrucciones del paciente, sin tratar de influir en las decisiones de los pacientes, y mucho menos tomarlas. Este acercamiento a una autonomía individualista contiene verdades importantes sobre la libertad humana, pero está construida sobre principios abstractos o premisas que no reflejan toda la complejidad de la realidad vivida, olvidando una parte fundamental y fundante de la naturaleza humana: **su dependencia y vulnerabilidad**¹².

Emergen también otras formas de entender la autonomía, más basadas en **contextos relacionales** y que ponen el peso en el contexto social, las relaciones y reconoce los aspectos emocionales y encarnados de quienes toman decisiones. El punto de partida de la autonomía relacional es el reconocimiento de que la vulnerabilidad como condición humana. Como comenta **Delgado**¹³:

“**Todos compartimos la vulnerabilidad y todos dependemos de los demás porque estamos inmersos en relaciones sociales. Si no existen relaciones y condiciones sociales que permitan que surja la autonomía, no es posible**

7. WHO. Artificial intelligence in mental health research: new WHO study on applications and challenges. 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/06-02-2023-artificial-intelligence-in-mental-health-research--new-who-study-on-applications-and-challenges>.

8. Galatzer-Levy, I. R., McDuff, D., Natarajan, V., Karthikesalingam, A., & Malgaroli, M. (2023). The Capability of Large Language Models to Measure Psychiatric Functioning. arXiv preprint arXiv:2308.01834.

9. Pifarre, Josep; Esquerda, Montse. De la ética del paradigma en salud mental. ¿Quo Vadis Salud mental? Bioética i Debat 2019; 25(86): 3-9.

10. Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental. Confederación Salud Mental España. Madrid, 2023.

11. Siegler, M. (1985). The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. Archives of internal medicine, 145(4), 713-715.

12. Snead, O. C. (2020). What it means to be human: The case for the body in public bioethics. Harvard University Press.

La relación de confianza es crucial en salud mental, especialmente en un contexto de autonomía donde las personas desean tomar decisiones sobre su salud. La confianza mutua es clave para que la autonomía sea ejercida

ser una persona autónoma. Como capacidad, la autonomía necesita ser desarrollada, y esto sólo es posible en el centro de las relaciones sociales de apoyo. Los enfoques relacionales pueden brindar la posibilidad de corregir el excesivo atomismo que tienen muchas perspectivas individualistas en bioética”.

A lo largo de nuestras vidas los seres humanos tenemos largos periodos de dependencia en que necesitamos cuidado y protección y estos se proveen a través de redes de relaciones. La **autonomía relacional** se basa

“**En la convicción compartida de que las personas están integradas socialmente y que las identidades de los agentes se forman en el contexto de las relaciones sociales y se moldean por un complejo de determinantes sociales que se entrecruzan**”¹⁴.

La vulnerabilidad como condición humana, la relación como respuesta ética. En esta forma de entender la autonomía como **“relacional”** y en el ámbito de la salud mental, la relación de confianza, no sólo no está obsoleta, sino todo lo contrario, es más clave que nunca. En paradigmas basados en la autonomía, donde son las personas atendidas las que quieren tomar las decisiones sobre su salud, es más necesario que nunca la confianza mutua (que implica veracidad, fidelidad, compromiso...) entre la persona atendida y el profesional de la salud mental. Sólo así la persona podrá ejercer el **“derecho”**, que no opción, a la autonomía.

La relación de confianza, para la persona atendida, implica, como describe **Pedro Laín Entralgo**¹⁵ como un tipo **“particular y único”** de relación entre personas, asimétrica y basada en una triple confianza. Primera: confianza en que la medicina podrá curar, paliar o aliviar

sus sufrimientos. Segundo, confianza en los conocimientos del médico y, tercero, confianza en el propio médico como persona. Este tercer punto incluye valores como la prudencia, la empatía, el saber escuchar, el secreto profesional, entre otros. Valores universales en la medicina, pero todavía más claves en el ámbito de la salud mental.

Pellegrino¹⁶ sitúa el verdadero respeto a la autonomía del paciente en una práctica médica sensible a los valores constitutivos del ser humano, la dignidad de la persona y la humanización de la medicina, y describe un itinerario intermedio entre el paternalismo y el autonomismo que conduce a lo que llama la beneficencia en confianza (beneficence-in-trust).

La confianza requiere pues un ejercicio de tomar responsabilidad **“del otro”**, como comentaba **Ricoeur**¹⁷

“**La responsabilidad tiene como correlato específico «lo frágil», es decir, tanto lo perecedero por debilidad natural como lo amenazado por los envites de esa especie de violencia que parece formar parte del obrar humano. Contemplad a un niño que nace: por el solo hecho de estar ahí, obliga. Lo frágil nos hace responsables.**”

13. Delgado, J. (2019). Re-thinking relational autonomy: Challenging the triumph of autonomy through vulnerability. Bioethics Update, 5(1), 50-65.

14. Gómez-Virseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. BMC Medical Ethics, 21(1)1-14.

15. Laín Entralgo, P. La relación médico enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente, Madrid, 1964.

16. Pellegrino, E. Thomasma, D. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. New York: Oxford Uni-New York: Oxford University Press, 1988.

17. Paul Ricoeur. Poder, fragilidad y responsabilidad. Discurso Investidura, doctor honoris causa por la Universidad Complutense de Madrid. 1993.

03/

El respeto a la autonomía y el modelo de toma de decisiones compartida.

En tiempos pasados la confianza en el ámbito sanitario se daba por establecida. Podíamos dar por supuesto que las personas y familias que se atendían, depositaban una confianza “ciegamente” en los profesionales y las instituciones. Actualmente, en nuestros nuevos tiempos, la confianza no debe darse por supuesta, sino que va a ser imprescindible “ganarse” la confianza de las personas y familias atendidas, de las propuestas diagnósticas y terapéuticas, del modelo de atención y de las instituciones^{18,19}.

Habrán tres ejes fundamentales, en los que se desarrolla el respeto a la personas y su autonomía, que van también a fundamentar la confianza: competencia, información, y ausencia de coacciones²⁰.

Un primer punto clave es la **información**. Para que una persona pueda tomar decisiones autónomas “en confianza” debe estar bien informado. Información implica conocimiento de las diferentes opciones, de las posibilidades, de los efectos secundarios previsibles. **Christer Mjåset**²¹, médico neurocirujano noruego, en una interesante charla TED desglosa una serie de preguntas que, según explica, cualquier persona debería realizar ante cualquier nuevo tratamiento. Estas preguntas pueden ayudar a guiar a pacientes, familias y también a profesionales

- ¿Es realmente necesario?
- ¿Cuáles son los riesgos?
- ¿Hay otras opciones?
- ¿Qué pasa si no hago nada?

Cuanto más difícil es una decisión, más deberemos profundizar en esas preguntas y hablar de ellas. Siendo fundamental adaptar los términos a la comprensión de la persona atendida, y también adaptar la información a los miedos, inquietudes, necesidades de la persona. Lo que a una persona le vale, a otra le puede parecer insuficiente y otra podrá no comprenderlo.

Pero las palabras no sirven solo para informar, las palabras tejen relaciones de confianza (o a veces las rompen). Es fundamental recuperar la conversación y la palabra para crear relaciones de confianza: las palabras Informan y explican, ayudan a decidir, vinculan y conectan, confortan, consuelan y alivian, las palabras son motores generadores de confianza.

Curar y cuidar se realiza en un contexto de relación de confianza, El grado en que puedo ayudar a las personas atendidas va a depender, en gran parte, de la relación y vínculo que pueda establecerse, y no hay relación o vínculo sin comunicación.

En este entorno de confianza, el respeto a la autonomía puede realizarse en un modelo de toma de decisiones compartidas, un proceso de colaboración que permite a los pacientes, familias y a los profesionales tomar decisiones de atención médica conjuntamente, teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible, así como los valores, metas y preferencias del paciente.

04/

Lo frágil nos hace responsables.

En el ámbito de la salud mental, la **competencia** es un concepto fundamental en la toma de decisiones. La competencia es necesaria para el

18. Baron, R. J., & Berinsky, A. (2019). Mistrust in science—a threat to the patient–physician relationship.

19. Khullar, D. (2019). Building trust in health care—why, where, and how. *Jama*, 322(6), 507-509.

20. Beauchamp TL, Childress JF. El respeto de la autonomía. Principios de ética médica. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1999.

21. Esquerda, M. (2022). Hablar de la muerte para vivir y morir mejor: Cómo evitar dolor y sufrimiento añadido al final de la vida. Alienta Editorial.

En salud mental, la competencia, información y ausencia de coacciones son fundamentales para respetar la autonomía. El modelo de toma de decisiones compartidas, considerando evidencia y preferencias del paciente, refuerza el respeto a la autonomía

ejercicio de la autonomía, pero no suficiente. Una persona que no esté bien informada no será posible que pueda tomar decisiones autónomas. Por tanto, se necesita tener acceso a toda la información, de una manera veraz y no a golpe de google y de redes sociales. Y, además, estar libres de coacciones. Y, ¿Quién mejor que el profesional para ayudar en esto?

Pero, por otro lado, por desgracia, sobre todo en los episodios agudos de algunos trastornos mentales, la competencia de las personas puede estar disminuida e incluso abolida para la toma de algunas decisiones. En este momento nos veremos obligados a proteger a los pacientes y a actuar en consecuencia, como comentaba **Ricoeur** “lo frágil nos hace responsables”²².

En este sentido debe diferenciarse paternalismo de beneficencia: el primero busca el bien del paciente “sin tener en cuenta al paciente”. El segundo busca el bien del paciente, entendiendo por tal “aquello que el paciente considera un bien”.

Como comentábamos, si bien es cierto que los trastornos mentales, especialmente en las fases agudas, pueden limitar o incluso anular la competencia para tomar algunas decisiones, también es cierto que, fuera de estas situaciones agudas, los pacientes pueden decidir mucho más de lo que normalmente se les presupone. Por tanto, tenemos que tener mucho cuidado para no minusvalorar la competencia real en un momento dado. Y, por otro lado, la competencia no es un fenómeno del todo o nada, sino que tiene grados, y estos grados podrán cambiar según el tipo de decisión. Como teorizó James Drane en su escala móvil para la valoración de la competencia²³, a decisiones más complejas, mayor nivel de competencia se deberá exigir. Y cuando la competencia está disminuida, el enfoque deberá ser de medidas de apoyo y de derechos²⁴.

Y el tercer aspecto a tener en cuenta en el respeto a la autonomía, es la ausencia de coacciones. Una decisión libre implica precisamente eso, libertad.

Las coacciones no siempre son evidentes y en algunos casos ser percibidas por el profesional como la aplicación del criterio de beneficencia ante pacientes parcialmente competentes para una decisión dada. Ante este tema, es clave el plantearse revisar, por ejemplo, el manejo de algunas situaciones en las unidades hospitalarias o en ciertos tratamientos ambulatorios.

Por otro lado, ausencia de coacciones no implica un modelo puramente informativo, donde los profesionales nos dediquemos únicamente a informar “asépticamente” cual datos estadísticos. Podemos y debemos en la mayoría de ocasiones dar nuestra opinión, recomendar aquello que creemos que es mejor para la persona particular que tenemos delante, en un momento dado. E incluso, persuadir si hay una diferencia de opiniones que creemos que no beneficia a la persona atendida. Pero también tenemos que ser conscientes de la frontera líquida entre recomendación, persuasión y coacción. Aquí vuelve a surgir la relación de confianza como punto clave, con nuevos modelos basados en la autonomía relacional.

05/

La relación de confianza en las fases agudas.

Y, finalmente, quedan los casos agudos, que pueden implicar el uso de medidas restrictivas. ¿Cómo podemos mantener la confianza en estos casos extremos? A nuestro juicio existirían varios puntos clave:

Primero, el prevenir. En muchos casos nos encontramos ante recaídas – recurrencias de un trastorno ya conocido. Aquí, es clave el trabajar y plantearse diversos escenarios previamente, cuando la persona está en situación de estabi-

22. Paul Ricoeur. Poder, fragilidad y responsabilidad. Discurso Investidura, doctor honoris causa por la Universidad Complutense de Madrid. 1993.

23. Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments *JAMA* 1984; 252:925-27.

24. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

LH n.336 - 337

lidad. Plantearse, con la persona atendida, de manera dialógica, ver cuál podrá ser el escenario mejor, o menos malo, como lo queramos decir. Aquí tenemos todo el tema de la planificación de decisiones anticipadas en salud mental. Con esta estrategia la persona atendida sí que podrá ejercer su autonomía, en un momento previo y hablado y consensuado con los terapeutas. También podremos co-diseñar el tratamiento, y de manera clara, mejorar la confianza entre persona atendida y el profesional.

Segundo, el cuidar en todo momento, pero especialmente en los momentos de alta vulnerabilidad, como es una situación aguda de un problema de salud mental. A mayor vulnerabilidad, mayor respeto. Cuando asociaciones en primera persona insisten en los enfoques basados en derechos, en gran parte se está pidiendo esto: respeto. Cuidar también implica atender a las diferentes necesidades de la persona, más allá de la pura acción técnica. Esto implicará acompañar en los miedos, incertidumbres, faltas de sentido, necesidades de ser reconocido y valorado, entre otras.

Tercero, informar, incluso en el caso de personas no competentes en un momento dado. Que una persona no sea competente no implica que no tengamos el deber de informar del qué y del porqué realizamos algunas técnicas o decisiones. Y preguntar por sus deseos y miedos, y, dentro de lo posible, dar respuesta a ellos.

mientos y en habilidades, las máquinas, sino hoy en muy poco tiempo, serán muy superiores a nosotros para la mayoría de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Y como decíamos, todo aquello que pueda ser realizado por máquinas, quizás deberá ser realizado por éstas. En cambio, las actitudes y valores profesionales, que en el fondo sería el saber ser, será, al menos de momento, difícilmente sustituible. Y quizás sea la esencia de las profesiones sanitarias y de ayuda.

Con todo lo dicho, podemos afirmar que la relación de confianza implica calidad asistencial, respeto, responsabilidad y enfoque integral que incluya todas las dimensiones de la persona, incluida la dimensión espiritual. Fijémonos que estos son los valores de la **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios**²⁵. Como en muchas otras cosas, como afirmaba **Gaudí**, “**la originalidad es el retorno al origen**”. Y el valor de la relación de confianza continúa siendo un pilar dentro del modelo asistencial en salud mental en la tercera década del siglo XXI.

25. Forkan, D. Los valores de la Orden. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Carta dirigida a Hermanos y colaboradores. Roma, 11 de febrero de 2010. https://sjd.es/wp-content/uploads/2022/03/2010_Valores-de-la-Orden_Donatus-Forkan.pdf

06/

A modo de conclusión.

Un buen profesional no es sólo el que tiene conocimientos y habilidades, sino el que tiene actitudes y valores profesionales. Una persona enferma, ¿qué desea, que se le trate sólo técnicamente bien, o algo más? Es más, en conoci-

