

EDITORIAL



Comunicarnos con el Paciente: Reflexiones sobre la ley de Autonomía

Antonia Pades Jiménez

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears (UIB). Palma de Mallorca, España

Ética de los Cuidados 2016 ene-jun; 9(17)

Cómo citar este documento

Pades Jiménez, Antonia. Comunicarnos con el Paciente: Reflexiones sobre la ley de Autonomía. Ética de los Cuidados. 2016 ene-jun; 9(17). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10404.php>> Consultado el 23 de Junio de 2019

Derechos de los Pacientes: Eje de la relación terapéutica

La ley de Autonomía del paciente Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica inicia su exposición con el siguiente epígrafe:

"La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos, casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones y han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario. La Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia se han referido a dichas cuestiones. Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad".^{1,2}

La calidad de la relación con el paciente viene determinada por los estilos comunicativos que se establecen.³ La comunicación terapéutica se interpreta como la comunicación específica para establecer una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. La empatía será un valor troncal de los cuidados⁴ traducida en: trato digno, comprensión, información ajustada a sus necesidades.⁵ Si partimos del modelo de comunicación centrada en el paciente, este proceso comunicativo es complejo, intencional y simbólico. La narrativa o el discurso del paciente, cómo lo transmite, su experiencia de enfermedad, las expectativas y el significado que otorga a su situación son elementos básicos a contemplar. Parece ser que el acto comunicativo es un factor determinante y que correlaciona positivamente con la mejora de la adherencia terapéutica. Los hallazgos de los estudios de Zolnierek (2009)⁶ sugieren que se dediquen recursos y se refuercen las habilidades de los profesionales sanitarios para ayudar a las personas a ser más adherentes. La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica⁷ se considera un fenómeno complejo.⁸

Los profesionales de enfermería van a tener que interactuar con sus pacientes y familias en entornos sociales diferentes, donde existen distintas reglas de interacción y se esperan unas secuencias de comportamientos para los actores participantes.

Las consultas de atención primaria son un lugar de encuentro donde se crea en múltiples ocasiones un clima cordial y de colaboración para establecer esa relación terapéutica de calidad.⁹ Aunque el tiempo disponible para cada paciente es escaso, la mayoría de profesionales asistenciales son flexibles a la hora de gestionar sus agendas, y muy ejecutivos para establecer una calidad asistencial en un corto periodo de tiempo, dedicando más tiempo al que más lo necesita. Pero los profesionales de la salud también comparten otros escenarios sociales, donde el entorno, ambiente y las condiciones no son tan óptimas. Imaginemos una sala de espera abarrotada, una unidad de urgencias en un hospital de referencia, una habitación múltiple... Allí es cuando las estrategias comunicativas por parte del profesional de la salud, se deberán poner al uso y de manera extrema, creando zonas de confort y reservadas (aunque no podamos cambiar el entorno, no tengamos un biombo ni un despacho disponible). La motivación, la actitud y los valores éticos estarán presentes en estos profesionales para poder prestar cuidados de calidad: respeto, dignidad, intimidad. El respeto a la persona debe erigirse en la base a partir de la cual se irá construyendo la relación entre el profesional de la salud y el paciente⁹ contemplar al ser humano como un ser único, biopsicosocial y espiritual donde los procesos comunicativos sean más que un intercambio de información unidireccional conllevará a no sólo un conocimiento de los principios que contempla la ley (derechos y deberes) sino a un conocimiento de las reglas de la relación humana.

En relación a la revisión de la ley, en el *Cuadro 1*, se recogen los Artículos 1 y 2.

Cuadro 1. Artículos 1 y 2 de la LEY 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica («BOE núm. 274/2002, de 15 de noviembre de 2002»)

Artículo 1. Ámbito de aplicación

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Artículo 2. Principios Básicos

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Habilidades comunicativas y sociales: un valor esencial

Las habilidades comunicativas como: el uso de la mirada, tono de voz adecuado al interlocutor, escucha activa y empatía serán fundamentales. Una buena comunicación y transmisión de información se debería realizar, preferiblemente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del mismo. Además ser conocedor de las intervenciones conductuales para cambiar comportamientos y estilos de vida exige que conozcamos factores intervinientes en este proceso como: modelos que han influido, aprendizaje, beneficios o refuerzos. Estos modelos de comportamiento, tan difíciles a veces de modificar, se basan en falsas creencias y se forjan durante la infancia y la adolescencia por la interacción de factores ambientales y genéticos, y se mantienen o se promueven por el entorno social en la edad adulta. De ahí la variabilidad en el comportamiento en relación a la salud entre los diferentes grupos sociales. Estos factores también pueden ser un obstáculo para el cambio de estilo de vida, igual que la información inadecuada o los consejos confusos y complejos que emiten los profesionales de la salud.

Las habilidades de interacción y comunicativas con los que cuenten estos últimos serán esenciales para modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento y para persuadir, motivar y educar al paciente en el manejo de su proceso de manera autónoma e independiente. Ser un profesional asertivo, va a permitir obtener beneficios tanto en el área personal, aumentando su autoestima, su seguridad personal, su autoimagen y su autoconcepto, como en el área laboral.¹⁰

En este mensaje persuasivo, las instrucciones, cómo asociar las recomendaciones a beneficios no al miedo, estructurar la información, dar alabanzas y elogios (refuerzos positivos) asociados al esfuerzo y éxito en sus cuidados, pueden facilitar la adquisición de compromiso y responsabilidad por parte del paciente.

La información aportada debe ser consensuada con el equipo, ajustada a cada momento del proceso. Esta información que comparten varios profesionales será custodiada bajo el secreto profesional. Y cada profesional atendiendo al rol que ocupa y su campo de actuación emitirá el contenido oportuno [Cuadro 2].

En el caso de enfermería, para aquellas personas que se dedican al cuidado de los enfermos, hemos de tomar como primera declaración de deberes profesionales de las enfermeras el llamado Juramento de Florence Nightingale¹¹ que fue redactado en 1893 por una comisión especialmente nombrada a tal fin por el Colegio Farrand del Hospital Harper en Detroit.

"Juro solemnemente ante Dios, en presencia de esta asamblea, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder para elevar el buen nombre de la profesión y guardar inviolable el secreto de las cuestiones que se me confíen y los asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido, con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado".

En relación a la confidencialidad de la información está estrechamente vinculada con los dos principios éticos que Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería profesional, añadiera a los tradicionales principios de la ética hipocrática: no hacer daño y hacer el bien.¹²

Principios éticos que gobiernan el encuentro:

Los principios éticos de esta relación profesional de la salud-paciente¹³ serán:

Autonomía: Debemos tratar a los pacientes como seres autónomos y a aquellas que tengan dificultad en ejercerla tendrán que ser protegidas. Respetar la autonomía implica respetar sus valores, opiniones y favorecer el consentimiento informado a través de una información veraz, concreta, repetida cuantas veces sea necesario y, especialmente *personalizada*. Sin embargo, se deberá respetar asimismo, el derecho a la no información en aquellos pacientes que no quieren conocer los detalles de su trastorno y/o a la evolución pronóstica. Autonomía significa dar la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones.

No maleficencia: Principio que obliga a no hacer daño intencionadamente y se basa en la máxima latina *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer el mal). Aplicar correctamente los criterios de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitadores.⁵

Beneficencia: El profesional tiene que esforzarse por atender al enfermo de la forma que considere más adecuada en la búsqueda de su máximo bien, siempre y cuando obtenga el consentimiento del paciente. Procurar el mayor beneficio, limitando riesgos.⁵

Justicia: Resalta la equidad que debe existir entre riesgos y beneficios terapéuticos y en la distribución de recursos. También hace referencia a la igualdad de oportunidades en el acceso a la asistencia sanitaria, tratando a todas las personas por igual.

En el proceso de enfermería (PAE), atendiendo a sus partes esta autora Lescaille Taquechel (2007)¹⁴ nos anuncia:

-Valoración: La recopilación de los datos para identificar diagnósticos de enfermería, se basan en los principios de veracidad y fidelidad. En este sentido, cuando se identifica las necesidades debe incluirse las afectivas y espirituales, respetando la autonomía del paciente para expresar sus propias consideraciones al respecto. A la hora de establecer las prioridades, de acuerdo con el propio paciente, deberá aplicar los principios de justicia y beneficencia.

-Intervención: Expectativas que se trazan para darle solución a las necesidades del paciente, aplicando los principios de justicia, veracidad, beneficencia y autonomía. Por su parte, a la hora de elaborar la estrategia del Plan de Cuidados, la enfermera tendrá que poner en práctica los principios de no dañar, beneficencia, veracidad y autonomía.

-Evaluación: Conciene a la etapa de análisis de los objetivos cumplidos. En esta etapa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el profesional deberá aplicar los principios éticos de veracidad y autonomía, en ambos casos desde la perspectiva del propio profesional. En esta última etapa del PAE, la enfermera podrá aplicar modificaciones al Plan de Cuidados; pero siempre respetando la autonomía del paciente, sin descuidar, por supuesto, los principios de beneficencia, justicia y veracidad.

Cuadro 2. Artículo 4 de la Ley 41/2002

Artículo 4. Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Estos principios éticos aquí expuestos son herramientas útiles que guían nuestro quehacer diario y que facilitan las relaciones humanas de calidad. En múltiples ocasiones, tanto en centros de salud como en los hospitales aparecen situaciones conflictivas en relación a este aspecto. Parece estar claro que algunas de estas deficiencias prácticas de la relación terapéutica pueden ser debidas a: carencia de la supervisión y evaluación objetiva de la calidad de la relación y su técnica; las contra-transferencias que tienen lugar en la relación con la otra persona y que no son supervisadas dando lugar a perjuicios por parte de las enfermeras a relacionarse con la persona, fallos en una relación de ayuda estructurada y programada hacia el paciente, la familia y su entorno, falta de comprensión y aceptación del paciente y de la manera de manifestar sus necesidades y su entendimiento de la enfermedad (especialmente cuando procede de un entorno cultural diferente al imperante) y tensión profesional a causa de acumulación de tareas.¹⁵ Comunicarse es más complejo que el mero hecho de explicar al paciente lo que tiene que hacer y dejar de hacer, significa acompañar al paciente desde la empatía auténtica y atendiendo a la experiencia existencial de sufrimiento y adaptación a la enfermedad. Poseer la sensibilidad perceptiva para detectar señales no verbales en el otro, que denotan alteraciones del bienestar biológico y psicoemocional es esencial en los profesionales de la salud.

Para finalizar se exponen algunas reflexiones de los propios profesionales de enfermería a los que se les propone que reflexionen sobre la ley de autonomía, se les presenta la ley por escrito, y ellos exponen sus comentarios. Enmarcada dicha actividad como ejercicio online, dentro de un Curso Semipresencial de Experto en Gestión clínica organizado por la Universitat de les Illes Balears (curso académico 2014-15).

"Creo que en estos momentos vivimos un periodo de transición entre el médico como responsable de la toma de decisiones respecto a la salud del paciente, a este como ser autónomo con derecho a decidir. Condición indispensable es que se posea toda la información sobre la propia salud, donde enfermería juega un papel doble: como intermediaria entre médico-paciente, ya que por el lenguaje inapropiado, la falta de tiempo, o el estatus de doctor (entre otros) se crea una barrera que con enfermería no ocurre, y como informadora de sus propias actuaciones. Desde mi punto de vista, mucha información se da y se registra en la historia más como cobertura legal que como hecho para fomentar la autonomía y que enfermería todavía delega mucho en el médico a la hora de realizar esta función. Creo que se le debe dar al paciente el protagonismo que se merece en su salud, teniendo la precaución de no pasar al otro extremo donde se encuentre con toda la información y solo". (Beatriz, diumenge, 1 març 2015; 20: 15).

"En mi opinión al paciente no solo se le debe informar, sino que hay que asegurarse que han comprendido la información. Si el paciente está capacitado, entiende su situación, los pros y los contras de cada opción terapéutica se debe respetar la decisión que tome, aunque sea contraria al criterio médico". (Margarita, dilluns, 2 març 2015; 4: 12).

"Respecto al artículo 4 y 5 de la Ley de autonomía, creo que sí que está centrado en el paciente, teniendo en cuenta sus derechos conocer cualquier actuación que se le practique en el ámbito de la salud. Pero, a la hora de la verdad, muchas veces no es así. El médico y personal sanitario que lo atiende no informa como es debido a los pacientes y dando por sabido que saben lo que se le va hacer, dándoles los papeles del consentimiento informado de anestesia o intervención quirúrgica para que firmen. La mayoría de veces, firman sin saber exactamente en qué consiste la intervención o que anestesia se le practicará, porque no se lo han explicado debidamente o en términos que los pacientes comprendan. Ya sea por barreras idiomáticas o nivel de conocimientos o porque el paciente o familia quedan paralizados ante ellos y no preguntan por miedo. La enfermera tiene también un papel importante en el aporte de información al paciente y a su familia. Somos las que estamos más en contacto a ellos y nos ven más próximos a ellos. Pero, muchas veces por falta de tiempo y sobrecarga en el trabajo, nos olvidamos de hacerlo." (Maria Asunción, 2 març 2015, 11: 10).

A modo de conclusión, se plantean algunas claves para que este encuentro terapéutico sea eficaz [Cuadro 3]:

Cuadro 3. Claves para un proceso comunicativo efectivo

1. Establecer una relación profesional sanitario-paciente empática.
2. Asegurar la confidencialidad de la información. Respeto de valores y creencias.
3. Huir del rol paternalista en la relación, facilitando autonomía e independencia.
4. Ayudar en la toma de decisiones al paciente y la familia con aporte de información necesaria.
5. Escuchar activamente.
6. Observar la comunicación no verbal.
7. Formular preguntas abiertas que permitan expresarse de manera libre.
8. Utilizar estrategias de intervención verbal y no verbal durante la entrevista: resumen, reflejo, paráfrasis, sondeo, dar instrucciones, aportar información...
9. Regular las emociones del otro y autorregulación de las propias.
10. Evaluar continuamente el proceso de interacción, satisfacción, cumplimiento y adherencia.

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica («BOE núm. 274/2002, de 15 de noviembre de 2002»). Disponible en <<http://judicatura.com/Legislacion/3639.pdf>> [acceso: 16.02.2016].
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad Jefatura del Estado. BOE 29 de abril 1986, núm.102.[pág.15207] [Internet]. Disponible en <http://www.cop-asturias.org/uploads/PDF/12_Ley_Genera_Sanidad.pdf> [acceso: 24.04.2015].
3. Adams R, Price K, Tucker G, Nguyen A-M, Wilson D. The doctor and the patient-how is a clinical encounter perceived? Patient Educ Couns [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012 Jan; 86(1): 127-33. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21890301>> [acceso: 21.04.2015].
4. Borrell F. [Empathy, core value in clinical practice]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2011 Apr 9; 136(9): 390-7. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19732917>> [acceso: 24.04.2015].
5. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. ["Good practices" and patient satisfaction]. Rev Calid Asist [Internet]. 2010 Enero; 25(6): 348-55. Disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.05.006>> [acceso: 24.04.2015].
6. Zolnierek K, Dimatteo M. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. Med Care 2009; 47(8): 826-834. Disponible en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728700/>> [acceso:06.02.2016].
7. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo [Internet]. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 p. 65-72. Disponible en <<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5899>> [acceso:15.02.2015].
8. Hernández F. ¿Qué necesitan los pacientes? Cultura de los cuidados 2003; 13: 7-8. Disponible en <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4810/1/CC_13_02.pdf> [acceso: 16.02.2016].
9. Clèries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.
10. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas AL. Asertividad: Una Habilidad social necesaria en los profesionales de Enfermería y Fisioterapia. Texto Context Enferm, 2011; 20: 81-7. Disponible en <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea10>> [acceso: 16.02.2016].
11. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y Qué no es? Traducción de Castro Vizoso J. Barcelona: Edit. Salvat; 1990.
12. Molina J, Alberdi RM, Moreno C, Garcia JM. 21607 Etica i Legislació Sanitària. Unitat temàtica 6: Codis deontològics. Palma de Mallorca: Campus Extens. Unitat de Suport Tecnicopedagògic. Universitat de les Illes Balears; 2013.
13. Beaucham TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 3 ed. New York: Oxford University Press; 1989.
14. Lescaille Taquechel Marlina. El secreto profesional y su relación con enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2016 Feb 16] ; 23(2). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200005&lng=es> [acceso:16.02.2016].
15. García Marco María Isabel, López Ibor María Nieves, Vicente Edo María José. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. Index de Enfermería (edición digital) 2004; 13(47): 44-48. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000300010&lng=es> [acceso: 16.02.2016].



Me gusta 1 [Compartir](#)

[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

RECURSOS CUIDEN

CUIDEN
CUIDEN citación
REHIC Revistas incluidas
Como incluir documentos
Glosario de documentos periódicos
Glosario de documentos no periódicos
Certificar producción

RECURSOS CIBERINDEX

Hemeroteca Cantárida
El Rincón del Investigador
Otras BDB
Campus FINDEX
Florence
Pro-Tesis
Instruye-T

FUNDACION INDEX

¿Quiénes somos?
RICO Red de Centros Colaboradores
Convenios
Casa de Mágina
MINERVA Jóvenes investigadores
Publicaciones
Consultoría

GRUPOS DE INVESTIGACION

INVESCOM Salud Comunitaria
LIC Laboratorio de Investigación Cualitativa
OEBE Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia
GED Investigación bibliométrica y documental
Grupo Aurora Mas de Investigación en Cuidados e Historia
FORESTOMA Living Lab Enfermería en Estomaterapia
CIBERE Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería