



MONOGRAFÍA:

“LA RELACIÓN CLÍNICA”

ALUMNO/A:

YOANNA FERNÁNDEZ ARGUMOSA.

DIRECTOR/ DIRECTORA DEL TRABAJO:

ANA MONTSERRAT GONZÁLEZ GARCÍA

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO 2013-2014

ESCUELA UNIVERSITARIA “CASA SALUD VALDECILLA”

JUNIO 2014

INDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	5
2.1 Justificación y elección del tema	7
3. Objetivos.....	7
4. Modelos de relación clínica a lo largo de la historia. Del paternalismo médico al consentimiento informado.....	7
5. Paciente, consumidor, cliente y usuario.....	12
6. Ética de la relación clínica. Bioética.	13
7. La comunicación profesional-paciente en el medio hospitalario	15
7.1 Factores que han deteriorado la relación clínica	23
8. Conclusión.....	25
9. Bibliografía	27

“El silencio de los pacientes es interpretable, por lo que su aceptación como tal puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar”¹

**“El silencio de los pacientes”
Albert J. Jovell.**

LA RELACIÓN CLÍNICA

1. RESUMEN

A lo largo de la historia la relación clínica que se establece entre el médico y el paciente ha ido evolucionando hacia modelos más horizontales, donde los pacientes se han convertido en agentes activos dentro del sistema sanitario y han adquirido mayor capacidad para tomar decisiones acerca de su salud.

Numerosos autores defienden la existencia de cuatro modelos de relación médico-paciente donde se puede observar como cada uno de ellos tiene una manera diferente de concebir la autonomía del paciente, así como el papel que juegan sus valores frente a las obligaciones y valores del profesional.

Debido a los avances científico-tecnológicos en materia de salud, a los cambios ocurridos en la sociedad y al conflicto entre el acceso a la salud y el aumento de la demanda sanitaria, se establecieron unos principios básicos para guiar las acciones y marcar la dirección correcta del obrar moral, como son, el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Pero ¿son cumplidos estos principios hoy en día? A pesar de la evolución que ha experimentado la relación clínica, podemos decir que existen numerosos problemas a la hora de establecer una relación terapéutica con el paciente, lo cual demuestra que en ocasiones no se están respetando estos principios, ya que a menudo los profesionales sanitarios vulneramos muchos de los derechos y valores del paciente haciendo que no exista realmente una relación de igualdad entre ambos.

PALABRAS CLAVE

Relación clínica, ética profesional, profesionales sanitarios, enfermería, relación enfermera-paciente, comunicación, relación terapéutica, relación de ayuda, cuidados, empatía.

ABSTRACT

Throughout history, the clinical relationship established between doctor and patient has developed to more horizontal models, in which the patients have become active agents inside the health system and have achieved more ability to make decisions concerning their own health.

Numerous authors defend the existence of four doctor-patient relationship models in which it can be observed how each one of them has a different way of conceiving the patient's independence, as well as the role their values have as opposed to the professional's obligations and values.

Due to the scientific and technological advances regarding health, the changes suffered by society and the conflict between the access to the health system and the rise on the demand, some basic principles were established to guide the actions and point the correct direction for the ethical conduct, as for example, the principle of independence, charity, no malevolence and justice.

But, are these principles fulfilled nowadays? In spite of the evolution experimented by the clinical relationship, we can say that there are many problems when it comes to establish a therapeutic connection with the patient, which shows that sometimes these principles are not being really fulfilled, as health professionals often damage many of the values and rights of the patient impeding the existence of an equal relationship between doctor and patient.

KEY WORDS

Clinical relationship, profesional ethics, health professionals, nursing, nurse-patient relationship, communication, therapeutic relationship, help relationship, cares, empathy.

“LA RELACIÓN CLÍNICA”

2. INTRODUCCIÓN:

A lo largo de la historia la relación clínica que se establece entre el médico y el paciente ha ido evolucionando hacia modelos más horizontales. Ha pasado de ser una relación desigual, donde el médico era el protagonista y el paciente jugaba un papel pasivo, a otra donde lo importante es la relación de intercambio entre ambos. Esto hace que cada vez se abandonen más los modelos autoritarios o paternalistas, empleándose otros más flexibles y comunicativos basados en la deliberación.

Se pretende hacer una revisión de los diferentes modelos de relación clínica. A través de la opinión de varios autores, se expone la existencia de los cuatro modelos más relevantes: el modelo paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo, donde se puede observar como cada uno de ellos tiene una manera diferente de concebir la autonomía del paciente, así como el papel que juegan sus valores frente a las obligaciones y valores del profesional.²

Los cuatro modelos pretenden ayudar tanto a profesionales como a pacientes a guiarse en las diferentes fases de la relación terapéutica, ya que estas varían según sean las circunstancias clínicas que los rodean y por ello no podemos decir que exista un único modelo válido. Pero si parece conveniente, que establecer un modelo de referencia va a ser de gran utilidad para ambos. Mediante el estudio de cada uno de ellos se ha llegado al consenso de que el modelo más aceptado es el deliberativo, ya que este modelo centra todo su poder en la capacidad de análisis y deliberación, de los hechos y valores en juego tanto del paciente como del profesional. Esta nueva forma de relación asistencial ha generado una praxis más humana, en la que prima el intercambio de información comprensiva frente al obsoleto estilo del simple acto de informar.

Para guiar todas estas acciones y marcar la dirección correcta del obrar moral se establecieron unos principios básicos, que resultasen aceptables de forma universal, sin tener en cuenta cual sea la cultura, moral o ética del individuo. Por ello, la bioética³ considero fundamentales los principios: de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios son el fundamento o la base de la relación asistencial en cualquiera de sus modelos y en concreto en el modelo deliberativo, ya que como se ha mencionado se establece una participación activa entre ambos, donde el dialogo se convierte en el eje principal para lograr la autorrealización y satisfacción de las partes implicadas.

Un medio empleado para ello es el “consentimiento informado”^{4, 5} Este documento se encuentra recogido en 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 clínica⁶, y se define como:

“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

La finalidad de este documento legal, es informar al paciente tanto de forma oral como escrita, a cerca de los beneficios, riesgos, alternativas y medios de los que dispone el profesional en relación a una técnica o tratamiento concreto. Debiendo emplear para ello un lenguaje claro, directo, breve y preciso para que tanto el paciente como sus familiares puedan interpretar de forma correcta la información facilitada.

Se hace necesario aclarar que el modelo de consentimiento informado, es una parte del todo que abarca el deber de informar en cualquier proceso de salud.

Todos estos cambios en la evolución de la relación clínica han sido posibles gracias a los avances científico-tecnológicos, ya que han ampliado las expectativas diagnósticas y terapéuticas de los pacientes, a los cambios que la sociedad ha experimentado a lo largo de los años, los cuales nos han llevado a adoptar un modelo de pluralidad moral y al derecho de todos a la salud, que ha generado una gran demanda en un sistema donde los recursos resultan ser escasos. Estos acontecimientos han sido de gran importancia, ya que han motivado la creación de un nuevo modelo sanitario, basado en valores sociales, más dinámico y participativo. Donde el paciente es más consciente de su problema de salud, está comprometido con el proceso de mejora de su enfermedad y ha asumido nuevos roles en su relación con los profesionales y con los servicios sanitarios.

Los pacientes se han convertido en agentes activos dentro del sistema sanitario, contribuyendo a ello el aumento del nivel educativo de la población y la situación actual, en la cual se tiene más acceso a la información en materia de salud que no solo es proporcionada por profesionales, sino también por asociaciones de pacientes y los diferentes medios de comunicación.

Todo ello ha hecho que el ciudadano haya adquirido mayor nivel de formación sanitaria, aumentando así la responsabilidad en el cuidado, donde esta pasa a ser comprendida como un bien individual sobre el cual puede tomar sus propias decisiones. Podemos hablar entonces de la figura de “paciente informado”, preocupado por obtener la mejor asistencia sanitaria, donde lo prioritario es tratar de controlar la evolución de su enfermedad ya que cuentan con las habilidades y el conocimiento necesario para llevarlo a cabo.⁷

Como podremos comprobar la relación clínica ha sufrido muchos cambios en muy poco tiempo y es por eso que actualmente no se sabe muy bien cómo podríamos denominarla. Si bien es cierto que su trayectoria ha ido encaminada hacia modelos más horizontales basados en la igualdad y la deliberación, hoy en día aún puede observarse como determinados actos dentro del sistema sanitario nos hacen pensar todo lo contrario. Aún existen rasgos paternalistas que guían de algún modo la relación entre el profesional y el paciente.

En el ámbito sanitario muchos de los problemas que se originan son debidos a que se establece una mala comunicación con el paciente lo cual genera una situación de estrés, ansiedad e insatisfacción.

Veremos a través de un caso clínico en el medio hospitalario como esto afecta a la relación. A pesar de la evolución, siguen existiendo numerosos problemas que demuestran que no se están respetando los principios básicos amparados por ley acerca de los derechos y deberes del paciente. A menudo el profesional los vulnera sin darse cuenta, ya que existen conceptos erróneos muy arraigados dentro del sistema sanitario y es difícil cambiar la visión de muchos profesionales ante este problema.

2.1 JUSTIFICACIÓN Y ELECCIÓN DEL TEMA:

El principal motivo por el cual he decidido elegir este tema, ha sido la inquietud personal, que a lo largo de mi proceso formativo, me ha generado.

En lo referente a la relación clínica, durante la carrera nos han facilitado todos los conocimientos necesarios para saber identificar cómo debería de ser la relación “correcta o buena” con el paciente. Muchas de estas cosas a la hora de estudiarlas parecen obvias, pero en la práctica clínica no siempre es así. He podido vivir una experiencia personal recientemente, la cual me ha llevado a reflexionar sobre la gran importancia que tiene este tema y la escasa atención que se le presta en muchas ocasiones. He comprobado que muchas de esas cosas pasan de forma inadvertida delante de nuestros ojos sin hacer nada para remediarlo. No creo que existan motivos que lo justifiquen y es por ello que me gustaría mostrar cómo debería desarrollarse esa relación dentro del ámbito sanitario e invitar a reflexionar acerca de cuáles son esas cosas que se han de evitar como área de mejora y evitación del deterioro en la relación con el paciente.

3. OBJETIVOS:

Analizar la evolución del principio de autonomía del paciente en los diferentes modelos de relación clínica.

Reflexionar acerca de cómo se debería desarrollar la relación clínica dentro del ámbito sanitario.

Describir lo sucedido en relación a un caso clínico que tuvo lugar en el medio hospitalario durante mi proceso de formación como enfermera.

4. MODELOS DE RELACIÓN CLÍNICA A LO LARGO DE LA HISTORIA. DEL PATERNALISMO MÉDICO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La relación clínica ha ido evolucionando a lo largo de la historia, desde el antiguo modelo hipocrático paternalista hasta el reconocimiento de los derechos y libertades de las personas, y con ello la aparición del consentimiento informado ya en el siglo XX.

Se ha ido evolucionando hacia modelos más horizontales donde los pacientes se han convertido en agentes activos dentro del sistema sanitario, titulares de derechos y deberes. La relación médico-paciente ha pasado de un estado de supremacía del principio de beneficencia a otro donde la autonomía del paciente comienza a cobrar importancia.^{8, 9, 10,11}

Como vemos desde la antigua Grecia la relación médico –paciente estaba basada en un modelo paternalista. No se trataba de una relación simétrica, ya que el médico era considerado como poseedor de todo conocimiento y su deber era hacer el bien al paciente, a pesar de que esto fuera en contra de su voluntad. Se consideraba al enfermo incapaz de tomar decisiones ya que se encontraba afligido y esto no solo afectaba a su cuerpo, sino que también a su voluntad, al alma y al sentido moral. Era considerado como un niño bajo el cuidado de su padre, poseedor de todo conocimiento y experiencia, el cual desea lo mejor para su hijo. Todo ello impedía que pudiera ser escuchado como persona.

Un hecho histórico que marcó la trayectoria de este modelo paternalista fue la publicación del código Núremberg en 1947, donde se recogen una serie de principios que rigen los ensayos clínicos con humanos a consecuencia de los actos atroces cometidos por los médicos nazis al final de la II Guerra mundial. En este código también se contempla el derecho a la información y a la libre participación de las personas en los ensayos clínicos.⁴

A este hecho se sumaron una serie de cambios sociales que tuvieron lugar a finales del siglo XIX, que permitieron crear un estado de democracia frente al absolutismo en el que estaba inmerso la sociedad. Esto provocó un cambio en cuanto a la concepción de los derechos civiles y políticos, reconociéndose también el derecho a la vida, la libertad de conciencia, la integridad física y la propiedad. En lo relativo a la salud, apareció un modelo más holístico en el que el concepto de salud y enfermedad iban a la par formando parte de un mismo proceso, el cual se veía afectado por los aspectos psíquicos, sociales y biológicos de la persona.^{9,5}

En 1973 fue aprobada la primera Carta de Derechos del Paciente, donde se reconoce el derecho a recibir toda la información disponible acerca de su situación clínica, para poder decidir cuál sería la mejor opción, lo que dio lugar al consentimiento informado. Sin embargo en España no sería hasta principios de los años 90 donde se introduciría de forma definitiva al quedar establecido en la Ley General de Sanidad de 1986.

Existen varios autores que proponen diferentes modelos para describir la evolución que ha sufrido la relación médico-paciente en el último siglo. Un ejemplo de ello son los cuatro modelos propuestos por Ezequiel y Linda Emanuel, los cuales han sido aceptados por bioeticistas con autoridad en la materia. Estos autores consideran que la concepción humana sobre la relación médico-paciente ha estado basada en experiencias subjetivas de cada uno de los roles implicados, lo cual ha generado numerosos conflictos éticos y jurídicos acerca del papel que debería desempeñar el paciente en la toma de decisiones médicas.²

Para poder solucionar estos conflictos basándose en las normas éticas y legales proponen cuatro modelos basados en los siguientes aspectos: objetivos de la interacción médico-paciente (rol del médico), obligaciones del médico, papel que juegan los valores del paciente y la concepción de la autonomía de los pacientes.

A. Modelo paternalista: “paternal” o “sacerdotal”.

Nació con Hipócrates en la edad contemporánea y aún sigue estando presente en el siglo XX aunque ha ido cediendo paso a modelos más deliberativos e igualitarios. En este modelo la relación que se establece entre el médico y el paciente es vertical, en la cual el médico posee todo el conocimiento para aliviar o curar las dolencias del paciente, que se encuentra desvalido. La obligación como médico es que el paciente reciba todos los tratamientos necesarios para que este pueda recobrar su salud, decidiendo en todo momento que es lo mejor para él sin tener en cuenta sus preferencias y limitándose a ejercer su actividad sin dar explicaciones a cerca de la enfermedad, efectos secundarios...etc.

En este modelo el principio de beneficencia es ejercido por el médico, con el fin de lograr su propósito, es capaz de vulnerar el principio de autonomía del paciente, ya que le considera incapaz de decidir y valorar las alternativas terapéuticas a su enfermedad. Es el médico quien asume la responsabilidad y reproduce la relación que existe entre un padre y un hijo, donde el padre es quien posee todo el conocimiento y la experiencia, deseando lo mejor para su hijo y este debe de comportarse como un “buen enfermo”, obediente y sumiso.^{9,12}

B. Modelo informativo: “técnico”, “científico” o del “consumidor-usuario”.

El paciente es quien decide qué estrategia terapéutica es la que más le conviene para mejorar su estado de salud, de entre toda la información diagnóstica y terapéutica facilitada por el médico. Como bien sabemos estos procesos provocan en el paciente una situación de incertidumbre, que se pretende erradicar mediante la exposición de los conocimientos y experiencias por parte del personal médico, para facilitar que el paciente tome la decisión más conveniente.

Este modelo hace una distinción entre los hechos, que son todo aquello que el paciente no conoce y sus valores personales, que están claramente identificados, por lo tanto se puede decir que los valores del médico en este modelo no tienen cabida. La autonomía del paciente se concibe como, el control total del paciente sobre la toma de decisiones médicas y en cambio la beneficencia por parte del médico no existiría, ya que solo se limitaría a informar al paciente a cerca de las opciones disponibles y las consecuencias para su salud, sin realizar sugerencias personales acerca de cuál es la mejor opción para no influir en la decisión final del paciente. Un ejemplo de este modelo sería el relacionado con la cirugía estética, donde un cliente solicita al profesional ser operado para conseguir que una parte de su cuerpo se pareciera o fuera igual a la de una persona famosa.

C. Modelo interpretativo:

Pretende conocer cuáles son los valores del paciente y así ayudarle a elegir la mejor alternativa. Para que este pueda ejercer su autonomía deberá saber que opciones son las que más se ajustan a sus expectativas de salud. El médico se limita a exponer al paciente toda la información relativa a la enfermedad, riesgos, beneficios, posibles contraindicaciones...etc., limitando su función a asesorar. Se trata de un modelo estático en el cual el médico trata de ayudar al paciente a comprender todo aquello relacionado con su enfermedad sin juzgar cuales son los valores que este posee para que tome la alternativa terapéutica más adecuada.

D. Modelo deliberativo:

Se trata de un modelo dinámico, en el cual el médico se convierte en asesor del paciente, facilitando información acerca de su situación clínica y analiza con este las diferentes alternativas, los riesgos y beneficios. El paciente expone sus valores, dudas y preferencias a cerca de las alternativas planteadas para llegar a tomar una decisión final. En este modelo, el profesional aconseja sobre cuál es la opción más acertada tras un proceso de deliberación conjunto y analizando cuales son los valores más acordes a la situación. Podemos observar como la autonomía del paciente se centra en su capacidad de deliberación y análisis teniendo en cuenta sus propios valores para afrontar con confianza la alternativa elegida. El profesional propone y el paciente dispone junto a él.

Tras este análisis no podemos decir que exista un único modelo de relación clínica bueno o malo ya que ninguna relación es igual a otras. Los cuatro modelos pueden ayudar tanto a profesionales como pacientes a guiarse en las diferentes fases de la relación terapéutica, ya que estas varían según sean las circunstancias clínicas que los rodean. Debido a esto nace la necesidad de establecer un único modelo de referencia, sin olvidar que los demás podrán seguir siendo utilizados según la situación lo requiera. De esta forma se ha llegado al consenso de que el modelo más aceptado es el deliberativo, ya que centra todo su poder en la capacidad de deliberación, basándose para ello en el análisis de los valores del propio paciente.

La autonomía requiere del paciente que tenga una actitud crítica acerca de sus propios valores, creencias y preferencias, de modo que tras una reflexión sepa cuál es la alternativa a que va a elegir, ya que será esta la que se aproxime más a su código de valores para justificar sus acciones. Esto en muchas ocasiones no es fácil, ya que según sea la situación clínica del paciente, va a permitirle o no conocer cuáles son los objetivos que quiere conseguir basándose en sus propios valores.

Otro motivo por el cual este modelo es el idóneo es porque considera al médico como una persona humanista, predispuesta al diálogo para ofrecer al paciente toda la información necesaria de acuerdo a sus valores para que elija la mejor recomendación en beneficio de su salud. Por eso es importante que no centre solo sus esfuerzos a situaciones en las cuales los pacientes puedan elegir de forma errónea o irracional una, alternativa, sino que deben abarcar todo tipo de decisiones sanitarias.

Este modelo no es una forma disfrazada de paternalismo, el médico deliberativo pretende acompañar al paciente en la toma de la mejor decisión, no trata de someterle a su voluntad como ocurría con el paternalismo. Los valores que aporte el profesional son muy importantes a la hora de establecer esta relación, ya que estos van a determinar que un paciente les elija como su proveedor de cuidados o no, un paciente escoge un determinado profesional porque se ve identificado con los valores que orientan sus decisiones clínicas. En muchas ocasiones podemos observar cómo se producen desacuerdos entre profesionales y pacientes sobre que valores deben de ser los adecuados durante la práctica clínica. Cuando las diferencias se hacen insalvables la relación se deteriora y se rompe la confianza, aparecen sentimientos de incertidumbre, desconfianza y miedo en el paciente lo cual provoca que sus cuidados sean transferidos otro médico. Como se puede observar en el modelo informativo el médico suele transferir a su paciente a otro profesional, sin embargo los pacientes cambian porque no les gusta ese médico en particular o porque sus actitudes o métodos no se ajustan a sus criterios y valores.

Hasta el momento solo se ha hablado de que es el profesional quien debe ofrecer al paciente alternativas que se adecuen a sus valores en relación a las terapias ofrecidas pero también deben de promover valores relacionado con la salud. De esta forma en el paciente debería ocurrir lo mismo, sería conveniente ayudarlo a tener la capacidad de adecuar sus valores o creencias, tratando de adaptarlos en la medida que fuera precisa a los de su situación vital, con el fin de establecer objetivos comunes compatibles con los que promocionan la salud.

Por otra parte el modelo informativo ha provocado que se produzca una deficiencia relacionada con la especialización técnica y la tendencia por parte del personal médico a evitar hablar sobre los valores, lo cual ha provocado que muchos médicos carezcan de las habilidades y entrenamiento para defender los valores de sus actuación y convencer al paciente de que esos son los más adecuados.

Finalmente con estos argumentos podemos decir que el modelo deliberativo parece ser el más adecuado, aunque a pesar de ello se deberían de hacer ciertas modificaciones en relación a la asistencia, para que lleven a cabo una práctica más humana. Debemos dar prioridad a la comprensión de la información más que al simple acto de informar, no ajustándose solo a los criterios legales que se recogen en el consentimiento informado. El profesional debe emplear el tiempo necesario en dialogar con el paciente. Por ello es importante que el sistema sanitario tenga en consideración esta necesidad ya que es la principal base de la relación médico-paciente deliberativa.

Como hemos mencionado anteriormente la comprensión de la información es muy importante y sobre todo ha de ajustarse a los criterios legales y de posibilidad de acción o explicación razonable. Actualmente este documento se encuentra recogido en 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 clínica⁶, y se define como:

“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Esta ley reglamenta cuestiones que la “ley General de Sanidad” no recogía o que lo hacía de manera insuficiente (historia clínica, consentimiento informado, derecho a la información, limitaciones de la capacidad, derecho a la intimidad, voluntades anticipadas, autonomía del paciente, negación al tratamiento, participación en la toma de decisiones...).¹³

Desde el punto de vista legal se reconoce que la información y el consentimiento por parte del paciente pueden efectuarse de manera oral, aunque el profesional posteriormente deberá dejar constancia de dicho acuerdo de forma escrita en la historia clínica. La ley ampara ciertas excepciones en las cuales no será necesaria la firma del C.I.: cuando exista un riesgo inmediato grave que ponga en peligro la integridad física o psíquica del paciente así como si existiera riesgo para la salud pública.

Las leyes tratan de garantizar que el paciente participe en la toma de decisiones en la medida en que es informado y sea capaz de tomar la decisión más correcta a las planteadas. En todo momento se debe realizar en un clima de confianza para tratar de implicar al paciente el máximo posible. Cualquier persona debe de ser considerada libre y capaz de tomar la decisión más adecuada a su situación a pesar de estar enferma, por ello el profesional sanitario tiene que tener como deber proporcionar al paciente toda la información referente a su enfermedad, posibles complicaciones y beneficios de cada procedimiento propuesto, para que sea él mismo quien acepte o rechace lo que se le propone una vez que tenga toda la información clara y explicada con detenimiento.

El C.I no debería considerarse como un trámite o un simple papel que ha de ser firmado por el paciente, ya que en muchas ocasiones debido a su estado de incertidumbre o angustia no sabe lo que es ni lo que está firmando. Por ello siempre se debe de dar una situación de comunicación sincera entre el profesional y el paciente para que este exponga sus dudas, miedos o aclaraciones que precise en ese momento. El profesional sanitario siempre debe saber observar y analizar cuando esa conversación no se ha llevado a cabo de la mejor manera e intuir que pueden existir cuestiones sin resolver.

Por otro lado también es considerado como un instrumento de defensa utilizado por números profesionales sanitarios, los cuales pretenden mediante su firma escudarse frente a quejas o reclamaciones interpuestas por los propios pacientes o sus familiares. Esto es debido a que muchas veces el simple hecho de entregar el papel de C.I donde viene toda la información necesaria, hace que no se establezca una conversación real con el paciente, con lo cual da lugar a errores de interpretación o comprensión de esa información, sin permitir momentos para debatir y acercar opiniones.

Como podemos observar hoy en día en la mayoría de los hospitales, todos los procedimientos de actuación están regidos por protocolos, que hacen que la relación clínica con el paciente sea cada vez menor. El hecho de proporcionar un documento con toda la información necesaria para el paciente lo transforma en un simple “contrato” en el cual se le da mayor importancia a informar acerca de su proceso o procedimiento y al valor de una simple firma que a establecer un dialogo cercano con el paciente.

Por tanto el profesional debe centrar sus esfuerzos en comprender la realidad que nos rodea hoy en día respecto a este documento y tratar de acercarse más al paciente, para comprender cuáles son sus miedos, inquietudes, expectativas y deseos a través del diálogo entre iguales. El paciente necesita ejercer su autonomía, sentirse válido, escuchado, comprendido y tener en cuenta sus opiniones y el profesional debe de saber prestar la ayuda más apropiada a cada situación estableciendo una relación basada en la confianza y el respeto la cual facilitara el trabajo en equipo. Tiene que ser verbal y comprensible con un lenguaje y vocabulario adecuados a cada paciente. Se le debe de dar un tiempo para reflexionar y consultar con su familia u otros profesionales antes de tomar una decisión y una vez sepa cuál es la decisión de desea tomar deberá firmar el documento. Este será claro, legible y comprensible y recogerá la información suficiente, adecuada y relevante a la situación clínica.^{14, 15}

5. PACIENTE, CONSUMIDOR, CLIENTE Y USUARIO:

Como ya hemos visto anteriormente la relación médico-paciente ha sufrido muchos cambios a lo largo de los últimos años. Por eso hoy en día no se sabe muy bien cómo podríamos denominarla. Hemos pasado de llamarla relación médico-enfermo a relación sanitario usuario o relación sanitaria, para finalmente denominarla **“relación clínica”**. A pesar de haber mencionado con anterioridad que la relación clínica ha evolucionado hacia modelos más igualitarios u horizontales, lo cierto es que todas las personas que intervienen de esta relación actualmente, se encuentran organizadas según el clásico modelo paternalista, estableciéndose entre ellas una jerarquía bien delimitada.

Sin duda ha sido la evolución en materia de salud que ha experimentado la sanidad la que ha propiciado este cambio. Antiguamente el médico era la única persona implicada en los cuidados del paciente y hoy en día podemos observar que esa relación es más amplia, existen numerosos profesionales sanitarios que intervienen en ella, pero no siempre la persona que demanda cuidados debe encontrarse necesariamente enferma o debe de ser atendida como si lo estuviera. Actualmente en muchos hospitales se están implantando políticas sanitarias, donde dan prioridad a la prevención y promoción de la salud, y por ello numerosas personas sanas acuden para conservar su salud o prevenir cualquier enfermedad. Por ello se les ha pasado a conocer como **“pacientes”**, que en muchos casos puede ser entendido este término de manera errónea ya que nos puede indicar pasividad, a pesar de ser el paciente quien tome la iniciativa a la hora de establecer la relación clínica con el sistema sanitario.

También nos podemos encontrar con otros vocablos como es el de **“consumidor”**, este término se engloba dentro del contexto económico, en el cual los bienes se pueden clasificar en bienes producción y bienes de consumo donde estaría todo lo relativo a la salud. El término **“cliente”** referido al contexto de la relación económico liberal, concibe la profesión médica como “ejercicio liberal” y a los pacientes como “clientela”, basado en el modelo informativo que ya hemos explicado. Por otra parte el **“usuario”** es un término muy amplio, en el cual no se sabe dentro de qué tipo de bien podríamos englobar a la salud, ni tampoco si se llevaría a cabo en un contexto liberal o no la relación entre paciente-sanitario. Este término es el más utilizado ya que puede aplicarse a cualquier institución donde los usuarios tienen unos derechos y deberes, lo cuales fueron reconocidos a los pacientes gracias a un movimiento acerca de los derechos de los usuarios, cansados de ser tratados como agentes pasivos del sistema.

Se puede decir que las expresiones usuario, paciente y enfermo denotan un rol particular dentro de la relación clínica, si bien el termino usuario es más global que paciente y este que enfermo pero la utilización de cualquiera de ellos no es excluyente del resto. Consideramos usuario a todas aquellas personas que establecen una relación clínica con el sistema sanitario, una vez que se realicen determinadas actuaciones para determinar su estado de salud, parte de estos usuarios serán considerados como pacientes, y de solamente si esas pruebas revelan datos objetivos de enfermedad se les considerará enfermos.¹⁶

6. ÉTICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA. BIOÉTICA:

El término bioética³ fue utilizado por primera vez en 1970 por Renssenlaer Van Potter, en un artículo titulado “Bioethics: The science of survival” (*Bioética: La ciencia de la supervivencia*) y en 1971 “Bioethics: Bridge to the future” (*Bioética: Puente hacia el futuro*). Fue un bioquímico estadounidense de gran prestigio, profesor de Oncología en el McArdle Laboratory for Cancer Research, de la Universidad de Wisconsin-Madison, durante más de 50 años. Para él la bioética representaba una unión entre dos palabras procedentes del griego: bios-vida y ethos-carácter, ética, de donde surgió un nuevo paradigma cultural e intelectual, en el cual los valores y hechos estaban confrontados. La bioética surgió como respuesta a todos los avances científico-tecnológicos en materia de salud, encargándose de todo lo relacionado con la práctica de los profesionales sanitarios. Se establecieron unos principios básicos para guiar las acciones y marcar la dirección correcta del obrar moral, donde se encontraban los derechos y deberes tanto del profesional sanitario como del propio paciente. Estos cuatro principios son el de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Estos principios surgen con la creación de la Comisión Nacional en 1974 para la protección de los sujetos humanos en las investigaciones biomédicas y de la conducta. Estaba constituida por once miembros procedentes de diferentes campos como la filosofía, medicina o justicia. El objetivo que perseguía esta comisión era el de fijar un límite entre la práctica médica habitual y la investigación, indicando para ello los riesgos y beneficios en la experimentación con personas humanas. Uno de los trabajos que llevo a cabo fue la creación del informe Belmont en 1978, donde se establecieron los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.¹⁷

Posteriormente en 1979 sería cuando T. L. Beauchamp y J. F. Childress en su obra “*Principles of Biomedical Ethics*” recogerían los cuatro principios que conocemos actualmente, anteriormente mencionados.¹⁸

Sin embargo, no será hasta 1991 en la obra “Procedimientos de decisión en ética clínica” de Diego Gracia, donde aparezca la primera jerarquización de los principios en dos niveles: nivel uno: no maleficencia, justicia, ética de mínimos; y nivel dos: autonomía, beneficencia, ética de máximos. Introduciendo la casuística en los juicios morales para ayudar en la toma de decisiones.¹⁹

Dentro del contexto de la relación clínica médico-paciente el principio de autonomía y beneficencia son los más importantes a la hora de establecer esta relación. Como ya hemos visto esta ha cambiado a lo largo de los últimos años, considerándose en la actualidad como una relación simétrica y comunicativa, en la cual el modelo paternalista se ha quedado obsoleto y las personas son capaces de gestionar sus propios proyectos de vida.²⁰ El concepto de profesionales sanitarios pasa a denominarse “equipo de salud”, englobando a todos los profesionales que participan de esa relación con el paciente.

El principio de autonomía puede ser definido como el saber respetar la capacidad que tienen las personas para poder autogobernarse, para actuar con conocimiento de causa, para dotarse de un proyecto vital sin coerción. Este principio implica la no interferencia en los derechos, deberes y valores de la persona, siempre y cuando no se dañe a otros, respetando el valor innato del individuo, pensamientos y actos.

Para T. L. Beauchamp y J. F. Childress deben cumplirse estos tres requisitos a la hora de realizar las elecciones de forma autónoma: que exista intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo.²¹

Si analizamos el principio de beneficencia nos damos cuenta de que no podemos hablar de él de forma aislada ya que está ligado al principio de autonomía.

Se entiende como beneficencia “la obligación moral de obrar para beneficiar a los demás en ciertas circunstancias, sobre todo si lo piden”. Este principio va subordinado al de autonomía, ya que no se puede buscar hacer “el bien” a costa de hacer daño. En este contexto “hacer el bien” se trata de un concepto subjetivo, el cual está directamente relacionado con los valores individuales de cada persona y es por ello que solo el enfermo puede decidir qué es lo que es bueno para él.

La beneficencia sigue siendo una obligación del profesional, aunque ya no se ejerce de modo paternalista, por ello debemos siempre contar con el paciente, respetando su autonomía y su consentimiento ante cualquier situación.³

En la práctica clínica la realidad es otra y es que los profesionales sanitarios muchas veces se encuentran con pacientes que no pueden ejercer estos principios por sí mismos, ya sea por la propia enfermedad, en la cual la capacidad de decisión está disminuida, o simplemente que no deseen ser ellos quienes ejerzan su autonomía a la hora de tomar las decisiones. Ante este hecho el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de ejercer como representante del paciente, velando por su autodeterminación, dignidad e intimidad y para ello se ha de establecer un acuerdo entre la autonomía y la beneficencia sin llegar a la soberanía del paternalismo médico.²²

Debido a esto se puede observar como el principio de autonomía es el que rige toda la relación clínica, sobre el principio de beneficencia y el de no maleficencia que se encuentran bajo el poder de decisión del paciente.

Ante este hecho se produce una contradicción moral ligada al paternalismo médico, en la cual el objetivo prioritario del profesional sanitario era tratar de prolongar la vida y ofrecer al paciente el mayor estado de salud posible, sin tener en cuenta las consecuencias derivadas de esta decisión para el paciente y su familia.

Por ello es la autonomía la que debe dejar paso de forma libre a la beneficencia, sin coaccionar al paciente ni manipular la información, enfatizando los posibles riesgos y beneficios, para hacer que reflexione a cerca de la decisión a tomar sin restar su autonomía.²

7. LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE EN EL MEDIO HOSPITALARIO:

Los seres humanos por naturaleza tienden a comunicarse, estableciendo una interacción constante de relación con la sociedad. Desde las civilizaciones antiguas la comunicación ha jugado un papel importante, ya que en cada una existía un código diferente que mediante gestos, señales o formas les diferenciaban del resto. Por ello se trata de una herramienta indispensable a través de la cual se puede transmitir cualquier tipo de información e intercambiar experiencias, opiniones y perspectivas. A pesar de ello muchas veces este proceso no se desarrolla de la mejor manera o mediante las formas más adecuadas y es por eso que el mensaje que se desea transmitir no es captado e interpretado correctamente. En la actualidad el proceso de comunicación en muchos casos está siendo deficiente, debido a numerosos cambios en la población tanto demográficos como migratorios. Por ello existen evidencias de que muchos sectores como el de la salud se están viendo afectados.²⁴

En el ámbito sanitario muchos de los problemas que se originan son debidos a que se establece una mala comunicación y por ello es una de las causas más importantes de insatisfacción entre los pacientes. Esto genera una mala adhesión al tratamiento, debido a que existe un retraso en su búsqueda, bien por falta de información o porque el paciente olvida las instrucciones a seguir facilitadas por el profesional y como consecuencia se ve perjudicada su recuperación. Por eso una adecuada interacción favorece que el paciente adopte medidas o estrategias preventivas que mejoren su proceso de curación.

Estos cambios en la población están haciendo que exista una mayor demanda de los servicios sanitarios, que el ritmo o la carga de trabajo sea mayor y por consiguiente que falte tiempo para hablar con el paciente. La comunicación en ningún caso ha de ser escasa sino más bien todo lo contrario, el profesional tiene que pasar más tiempo con el paciente a pesar de existir más responsabilidades, ya que este acudirá a nosotros ante cualquier duda. Debe de existir una buena relación de compañerismo, haciendo que todo el equipo sanitario brinde unos cuidados de calidad.²⁵

Haciendo referencia a la figura del profesional de enfermería, en muchas ocasiones la relación que este ha establecido con el paciente ha sido clasificada de "maternalista", ya que ha tratado de no proporcionar al enfermo información relevante acerca de su salud, con el objetivo de minimizar su sufrimiento y restar importancia a la situación. Este hecho ha provocado que el paciente no pueda decidir por desconocimiento de la situación y como consecuencia que tanto el como la familia acudan en busca de respuestas. Por ello es vital establecer una correcta comunicación con el enfermo y su entorno.

La comunicación es un proceso de relación social, el cual permite establecer un lazo afectivo entre las personas, de ahí la importancia que adquiere la comunicación en el medio hospitalario. Actualmente existen numerosos estudios que justifican que esta es deficiente y que es el profesional de enfermería el elegido para resolver las dudas y preguntas que el paciente tiene acerca de su salud. Existe mucha diferencia en cuanto al estado emocional que presenta un paciente al ingreso y la actitud que este toma después de intercambiar experiencias con el profesional. Se crea un ambiente de confianza el cual hace que su estado emocional se establezca. Inicialmente partíamos de unos sentimientos de inseguridad e incertidumbre y después podemos observar como la relación fluye en un ambiente tranquilo y de cooperación mutua, justamente lo contrario que se percibía al ingreso.

Por ello se debe de establecer una relación de ayuda, para que el paciente sea capaz de interpretar el mensaje que como profesional queremos transmitir y no exista ningún error de interpretación. Para fortalecer esta relación es importante que la enfermera desarrolle habilidades y actitudes específicas, relacionadas con las patologías de los pacientes y que se involucre en esta relación, tratando de mostrar que no existe indiferencia por el estado del paciente.

Actualmente la sanidad cuenta con numerosas quejas y demandas referidas a este tema en diferencia a otras épocas, ya que el nivel cultural de la población es mayor, al igual que el acceso a la información en materia de salud, ya sea a través de prensa, internet, asociaciones... Por lo que el paciente demanda mayor atención e información, además de conocer sus derechos y deberes.

El profesional de enfermería debe velar por el cumplimiento de este derecho, reflejado en el *Código Deontológico de la Enfermería Española. Resoluciones 32/1989 y 2/1998* por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio.²⁶

Capítulo II: la enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os.

Artículo 10

Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11

De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Por lo tanto debemos de informar al paciente de todas aquellas actuaciones de las cuales seamos responsables, ya que tenemos las habilidades necesarias para llevarlas a cabo y el conocimiento que hace que seamos competentes.

A lo largo de nuestra vida todos en algún momento necesitaremos de la asistencia sanitaria, lo que nos provocará seguramente cierto grado de miedo o inseguridad ante lo desconocido y por ello necesitaremos ser comprendidos y escuchados para poder satisfacer nuestras necesidades de la mejor manera posible. Estas solo podrán resolverse a través del dialogo, ya que mediante el uso de "técnicas" el profesional sanitario no podrá solventar nuestro problema. Por ello existe la necesidad de establecer una comunicación efectiva con el paciente, que potencie a su vez la relación terapéutica, para que fluya entre ambos el intercambio de información y permita afrontar de manera conjunta los problemas.

Las formas de establecer esta relación de comunicación pueden ser diferentes según la persona y la situación en la que nos encontremos, siendo estas: verbal, no verbal, a través de gestos y expresiones, visual, postura y movimiento...etc.

A pesar de que en nuestra sociedad la forma de comunicación más empleada sea la verbal, es la no verbal la que juega el papel más importante, ya que refleja lo que verdaderamente queremos comunicar, pudiéndose observar a través de, la forma en cómo comunicamos y el interés que esto genera.²⁷

El papel del profesional debe centrarse en facilitar que exista el dialogo, garantizando la libertad de expresión, el respeto a la intimidad, estableciendo una escucha activa, tener un actitud empática, no hacer juicios de valor, ser asertivo, llamar al paciente por su nombre...etc. De este modo la comunicación solo será efectiva si somos capaces de comprender al ser humano como ser activo y al cuidado como finalidad. De ahí la importancia de ser congruentes con lo que se comunica y la manera en la cual lo comunicamos, siendo esta habilidad una de las cuales tenemos que desarrollar de forma continuada a lo largo de nuestra carrera profesional.

Por otra parte la respuesta que percibimos del paciente va a condicionar mucho este proceso, a través del tono de voz o la mirada, podemos denotar confianza, emoción, entusiasmo, seguridad...Muchas veces como refleja la expresión “más vale una imagen que mil palabras”. Son elementos que pueden mejorar la relación profesional-paciente, siempre y cuando sean acordes ya que si esto no se diese perderían credibilidad para ambos.

El buen desarrollo de la relación durante la hospitalización nos va a facilitar establecer un plan de cuidados más humanizado y ético, identificando aquellas necesidades alteradas, con el objetivo de mejorar el estado de salud del paciente reduciendo la ansiedad y el miedo ante la situación. Para ello es muy importante identificar qué tipo de comunicación es más eficaz para cada paciente, según su estado pero siempre manteniendo la comunicación.

Debemos profundizar en la comunicación más allá de los signos y síntomas que presente el paciente, a través de la empatía para poder reconocer y compartir las emociones y los diferentes estados de ánimos de la otra persona.

Como hemos explicado anteriormente la comunicación es una parte muy importante dentro de la relación clínica pero también hay que detallar cual es el papel que juega en ella la relación terapéutica. Esta es trata de una negociación intersubjetiva que se establece entre el profesional y el paciente. Es un instrumento, o proceso mediante el cual las personas o grupos transmiten información acerca de sus valores o creencias en relación a una determinada situación. Para ello es necesario que la enfermera tenga conciencia acerca de sus propias habilidades, para conseguir que una relación terapéutica sea eficaz. A pesar de las falsas creencias estas habilidades no son innatas como se piensa muchas veces, sino que han de ponerse en práctica para potenciarlas y saber si estamos capacitados para entrenarlas.

Para establecer la relación terapéutica tendremos que tener en cuenta cómo y que palabras debemos utilizar, ya que marcarán la trayectoria de la relación. Cada mirada o gesto comunican algo, que puede denotar confianza, empatía e interés al igual que también nos permitirá conocer lo que piensa o como se encuentra el paciente. Las palabras de la enfermera hacia el paciente son de gran transcendencia ya que le hacen tomar conciencia y le permiten conocer la capacidad que este tiene para afrontar la enfermedad. Por ello es importante tener una actitud de escucha activa y dejar hablar ya que este hecho hará que el paciente cuente cosas que no diría a otro profesional para contribuir al proceso de curación.

Escuchar es una habilidad que solo con la práctica podremos adquirir, hay que asegurarse de incorporarla para poder establecer una relación terapéutica adecuada, ya que somos los responsables de la calidad de los cuidados que se le ofrecen al paciente.

Una de las quejas de numerosos profesionales es que no disponen del tiempo suficiente para hacer que el paciente se sienta escuchado y que a su vez se escuche a sí mismo, pero la verdad es que muchas veces un par de minutos son suficientes, siempre y cuando se le escuche de un modo tranquilo, sin interrumpirlo ni juzgarlo, con interés, mostrando respeto y atención.

Para ello debemos vernos identificados con la persona y la situación, determinando aquellas experiencias del paciente que sean semejantes a las nuestras, pero tratando de separarlas, manteniendo una distancia para evitar implicarnos y tener sentimientos de culpa. Esto es de suma importancia y por ello es necesario tener una idea clara de lo que es la comunicación y la relación terapéutica, para así evitar caer en el síndrome llamado “burnout”, al obviar la comunicación interpersonal como una de las habilidades más importantes de la profesión.

Este hecho puede desmotivar al profesional, el cual puede llegar a dedicarse a realizar puras técnicas sin tener una visión holística de la persona, la despersonalización y la deshumanización de la profesión junto a la falta de motivación o de trabajo en equipo pueden contribuir a caer este síndrome. Por este motivo la sanidad tiene que orientarse no hacia la enfermedad sino hacia el enfermo, ya que las particularidades personales de este influyen en la propia vivencia de la enfermedad.

Cuando la relación terapéutica se establece después de haber adquirido todos estos conocimientos y habilidades no provoca en el profesional un sentimiento de “estar quemado”, sino todo lo contrario, hace que cada día la profesión tenga mayor sentido.

Por ello es importante no confundir la relación de ayuda con la amistad, empatía con simpatía y no hacer que nuestras propias preocupaciones afecten al paciente, sino tratar de favorecer su autonomía sin depender del profesional.

Todo profesional sanitario debe conocer sus posibilidades para sacar lo mejor del paciente, y así hacer que la profesión tenga un sentido personal especial. Incluir procedimientos que nos capaciten para mantener y mejorar las relaciones interpersonales haría que disminuyera el estrés y mejorase la relación con el paciente y el equipo sanitario.

La base de la relación terapéutica es el trabajo en equipo, en el cual se puedan fijar unos objetivos comunes que permitan ver los resultados esperados y eso por ello que tiene mucho poder de curación para el paciente pero también para el profesional ya que le facilita el crecimiento personal y laboral.

CASO CLÍNICO

En referencia a este tema me gustaría contar una experiencia vivida en el medio hospitalario que me ha hecho reflexionar acerca de la relación que existe actualmente entre el profesional y el paciente, a la hora establecer una relación terapéutica. A lo largo de la carrera he podido observar como muchos de los valores que nos ha estado transmitiendo continuamente a la hora de la práctica se olvidan. Estos muchas veces se pueden adquirir a través de la experiencia y otros van implícitos en la propia persona. Por ello creo que el reconocimiento de la persona, su dignidad y el respeto son algunos de los valores indispensables a la hora de dedicarse a esta profesión. Todos somos personas y por ello no tenemos precio, tenemos dignidad y merecemos igual consideración y respeto

A continuación paso a detallar un caso clínico ocurrido en un hospital cercano, ya que creo que refleja gran parte de la realidad vivida.

Se trata de una mujer 84 años de edad que llega al servicio de urgencias procedente de su domicilio, donde ha sido valorada por su médico de cabecera. Este le informa de que su estado es bastante grave y ante la imposibilidad de ser tratada en su domicilio decide junto con su familia el traslado al hospital.

Hasta el momento siempre había sido atendida allí ya que su situación era delicada, pero a pesar de ello no se contemplaba la posibilidad de ingreso. Una vez tomada la decisión, llega al servicio de urgencias en ambulancia, consciente, orientada y acompañada por un familiar, el cual es su cuidador principal.

Tras realizar los procedimientos administrativos oportunos, se le ubica en un pasillo de este servicio, en el cual deberá esperar en la camilla que llegó durante al menos una hora hasta ser atendido.

Una vez transcurrido ese tiempo, es llevada a un box donde es valorada por el médico de urgencias, que tras realizarle las pruebas oportunas decide dejarle en un box vigilado hasta que pueda disponer de una cama en el servicio de medicina interna para ser ingresado. A continuación, este procede a informar al familiar de que el paciente presenta un posible diagnóstico de neumonía, acompañado de un fallo renal de carácter grave. Además de esto cabe añadir que se trata de una persona diabética, la cual presenta una anasarca generalizada, polimedicada, en tratamiento con diuréticos y anticoagulantes, con deterioro de la deambulación (encamado), lo cual hace que exista un riesgo muy elevado de úlceras por presión y necesita ayuda para la alimentación, baño e higiene, uso del WC y vestido. Ante todos estos acontecimientos la paciente apenas habla, se muestra angustiada y refiere tener miedo ya que dice preferir estar en su casa.

A la espera de ser ingresada en planta, pasan tres días en el mismo box desde que llegó al hospital. Tanto la paciente como el familiar comprenden que no exista cama en esa unidad, ya que muchas veces el servicio se encuentra desbordado por la gran demanda de pacientes, pero las circunstancias en las que se encuentran desde hace tres días no son compartidas ni aceptadas debido a la gravedad del caso, del que fueron informadas por el médico del servicio de urgencias.

Las características de este box no eran las más adecuadas para su estado, ya que este no dispone de ventanas, con lo cual la luz natural no llegaba y era necesario estar con luz artificial las veinticuatro horas del día, apenas existía intimidad más que la que le podían proporcionar unas cortinas, rodeado de ruido constantemente que impedía un correcto descanso y sobre todo en la misma camilla con la que fue trasladado en la ambulancia, estrecha, sin poder cambiar de posición, fría y sin un colchón apropiado a pesar de existir un riesgo elevado de úlceras por presión. Con lo cual a pesar de los cambios posturales que en muchos casos eran insuficientes debido a la falta de personal y la carga de trabajo, es normal esperar que el estado general de la paciente se viese deteriorado. A todo esto añadir que se trata de una sala con más boxes donde ingresan pacientes con diversas patologías importantes e incluso otros que no revierten tanta gravedad, como por ejemplo un intoxicado etílico, el cual no paro cantar y gritar en toda la noche. Además al ser fin de semana el equipo médico no volvió a pasar por el box hasta el segundo día para ver cómo se encontraba la paciente y decirle que seguían a la espera de que encontrara una cama. Por su parte la enfermera de esa unidad solicitó al familiar que trajese la medicación de su casa ya que el hospital no contaba con esos medicamentos, debido a que había habido un problema con la farmacia y tardarían en suministrarlos un día.

Una vez transcurridos esos tres días deciden trasladarle a planta, pero eso si en otro hospital diferente, por lo que el paciente tiene que ser trasladado de nuevo en ambulancia. Todo este acumulo de situaciones hacen que el paciente y su familia experimente una situación de estrés, nerviosismo y ansiedad que van en aumento.

Una vez en planta, fue recibida por el personal de enfermería y a continuación por el médico quien procedió a realizarle la correspondiente exploración. Mientras este valoraba su situación actual, los familiares pudieron estar presentes para corroborar los datos aportados, ya que debido a todo el proceso su estado había empeorado y se encontraba bastante desorientada. Una vez el médico salió de la habitación habló con el familiar y le informó de iban a iniciar un tratamiento para tratar de mejorar su situación, con el fin para que pudiese

volver a casa en los próximos días. A pesar de informarle de que el fallo renal era ya irreversible.

En cuanto a la habitación, era una habitación compartida con otro paciente, al cual duplicaba en edad y cuya patología era completamente opuesta y no revertía gravedad. Ante esta situación el profesional de enfermería decidió, sin consultar previamente con ambos pacientes dejar la cortina echada durante la semana que compartieron habitación. Por lo tanto otra vez la paciente se encontró en una habitación en la cual la luz natural que llegaba era escasa y con apenas ventilación ya que la ventana se encontraba en el extremo opuesto.

Los días siguientes trascurrieron de forma tranquila, la familia veía que la situación no mejoraba, la paciente apenas habla e incluso había dejado de comer, pero las pocas explicaciones que recibían de los profesionales eran que “debían esperar”.

A lo largo del ingreso se le practicaron numerosas técnicas y cuidados por parte de los profesionales, durante los cuales el cuidador no podía estar presente. También interrumpían de forma brusca en la habitación, sin llamar a la puerta y con un tono más elevado de lo habitual, debido a que se trataba de una persona mayor.

Por su parte la familia en repetidas ocasiones demandó información a los profesionales sobre cuál era la situación real de la paciente ya que veían que a medida que pasaba el tiempo no observaban ninguna mejoría, sino todo lo contrario, y siempre obtenían la misma respuesta, un mensaje tranquilizador de que había que esperar. Nadie les explico la situación real.

Hubo un hecho el cual llamó especialmente la atención de la familia, ante las repetidas quejas por parte del paciente de que padecía un fuerte dolor de cabeza le fue administrado morfina para tratar de remitir ese dolor. Fue entonces cuando la familia preguntó a la enfermera que lo administró ya que médico había dejado orden de poner un analgésico común si el paciente lo precisaba. La respuesta ante esa pregunta fue que el médico que lo pautó anteriormente era diferente al que en ese momento estaba viendo al paciente, con lo cual este había considerado más beneficioso el uso de esta droga.

La familia en ese momento estaba de acuerdo con la decisión tomada por el medico ya que no querían ver sufrir a su familiar pero entendieron que ese hecho implicaba algo más, y era que la muerte estaba más próxima ya que habían pasado por una situación semejante con otros familiares. Ante la confusión del momento la familia no supo a quién debían dirigirse, ya que consideraron que esa era una decisión que debían de haber tomado de forma conjunta con el equipo médico y así debatir acerca de los valores y deseos tanto del propio paciente como de la familia ya que esta decisión no les permitió poderse despedir de su familiar.

Pasadas doce horas el paciente falleció. Fue entonces cuando los profesionales de la planta indicaron a la familia que disponían del tiempo necesario para despedirse de él, así como para recoger las pertenencias de la habitación y cuando estarían listos podrían avisarles para llevarse el cadáver del fallecido.

En ese momento nadie se había percatado de que detrás de la cortina había otro paciente que estaba sufriendo la angustia de esa situación y transcurrido un tiempo cuando se dieron cuenta este atravesó la cortina y abandonó la habitación. Este hecho marcó mucho a la familia del fallecido la cual se sintió incomoda por lo sucedido ya que este tuvo que esperar en el pasillo hasta que trasladaron el cuerpo.

DELIBERACIÓN

Como vemos en este caso se dan una serie de circunstancias que hacen que los derechos del paciente sean vulnerados. Desde el momento en el cual el paciente ingresa en el servicio de urgencias hasta que es trasladado a planta y posteriormente falleciera, existe una clara falta de información por parte del equipo médico. Al igual que por parte de la enfermera. En ningún momento se establece un acuerdo con el paciente acerca de cuáles son sus expectativas, miedos, valores, creencias... Existe una vulneración a su intimidad, falta de sensibilidad con la situación, comprensión y empatía.

No encontramos en un caso en el cual el médico ejerce un papel paternalista suprimiendo en todo momento la autonomía del paciente. También podemos observar como las capacidades del paciente están disminuidas y por ello la familia pide ser informada de los cambios para tomar una decisión, sin obtener más respuesta que "hay que esperar".

El simple hecho de entrar a la habitación de un paciente es un acto en el cual el profesional está vulnerando la intimidad del paciente, por ello es oportuno llamar a la puerta antes de entrar, cosa que en esta situación no se cumplió por gran parte del equipo sanitario. Antes de ser practicada cualquier técnica como: extracción de sangre, administración de medicación, aspiración de secreciones, aseos, o cambios posturales se repetía la misma situación. Existía una falta de información más que evidente, además de que "mandaban" salir a todos los familiares de la habitación. Muchas veces este acto podría ser justificado debido al impacto que esto pudiera ocasionar en los familiares, pero existen formas de decirlo ya que bajo expresa petición del paciente la familia tiene el derecho de estar presente ante cualquier técnica o procedimiento. El profesional debe limitarse a informar a la persona de que esa técnica puede que no sea de su agrado y que lo más conveniente sería salir de la habitación. Como podemos ver en la mayoría de los casos el profesional no da esa opción, vulnerando ese derecho, ya que a través de una "imposición" ordena a los familiares que la abandonen. Esta es una "costumbre" arraigada desde hace mucho tiempo, ya que en muchos casos es usada como mecanismo de defensa frente al miedo de realizar una técnica o procedimiento de forma incorrecta, para así evitar ser denunciados por el propio paciente o sus familiares.

En el momento en que tomamos contacto con el enfermo debemos implicarnos en conocer cuáles son sus valores, haciendo un esfuerzo por comprender las circunstancias personales tanto físicas como emocionales de la persona al igual que la situación familiar o social que lo rodea. Ante la imposibilidad de que sea muchas veces el paciente quien manifieste determinados valores, el profesional tiene que asegurarse que se lleven a cabo de la mejor manera posible, debemos asegurarnos de que en ningún momento se discrimine a ningún paciente por cuestiones de sexo, raza, creencias o situación social, debe respetarse su intimidad, la confidencialidad y el derecho a la información y participación en las decisiones médicas.

Muchas veces debido a la clínica que presenta, el valorar su dignidad puede resultarnos más dificultoso, como ocurre en este caso, ya que puede tener sus capacidades disminuidas o muy deterioradas y es cuando el profesional debe poner especial atención. El hecho de que la persona se encuentre inconsciente y no pueda manifestar sus deseos no nos da derecho a incumplir estos valores. Hay que tratar de comprender las circunstancias que rodean tanto al paciente como a su cuidador y superar todas las desconfianzas, estados de ánimo y cansancio por parte de ambos.

Durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad la comunicación entre el profesional-paciente y su familia resultan de gran importancia. Por ello a la hora de transmitir la información es primordial tratar de comprender al paciente, y tratarle como a nosotros nos gustaría ser tratados.

No se puede ver al paciente como “una enfermedad” sino que hay que mirarle bajo la perspectiva de que es un conjunto, un ser unitario en el cual debemos de incluir a su familia y su entorno. También es posible que en muchas ocasiones nos encontremos con que la familia no se encuentra implicada en el proceso, pero no por ello debemos excluirla.

Por eso debemos de actuar con efectividad, de forma emotiva a través del respeto mutuo y la confianza, pero sin implicarnos demasiado ya que podría afectar de forma negativa a la relación.

Una vez conocida la situación del paciente, el profesional debe ser el encargado de transmitir toda la información de la que dispone y esta debe de ser rigurosa y personalizada para tratar de orientar al paciente de la forma más adecuada.

En cuanto al tratamiento, el profesional deberá ser consciente de cuando este podría resultar desproporcionado a la situación y es aquí cuando aparece el “enseñamiento terapéutico”. Este dilema se presenta en este caso, la familia sabe que su familiar tiene una edad avanzada y posee una enfermedad grave ya incurable, a pesar de ello no quiere que este sufra pero no es tenida en cuenta a la hora de tomar la decisión de cuál sería la mejor solución para evitarlo. Puede que el hecho de administrarle morfina se considere ensañamiento ya que con un simple analgésico hubiera bastado.

Por otra parte la familia también es consciente de la gravedad de la situación y tras la deliberación con el médico de cabecera en su domicilio deciden acudir al hospital en busca de una esperanza, ya que no pueden afrontar la situación desde su casa. Siempre surge el dilema de si será este su final o si por el contrario se debería intentar cualquier cosa para evitar el desenlace. Cuesta hacerse a la idea y cualquier esperanza por pequeña que sea hace que no se deje nada por intentar.

Cuando nos encontramos ante una enfermedad grave cuyo pronóstico es malo y existe riesgo de muerte, la comunicación debe de ser más cuidadosa ya que el grado de incertidumbre del paciente suele ser muy alto. El paciente y su familia pueden experimentar diferentes reacciones ante la comunicación de las malas noticias como son: la fase de shock/negación, enfado/ira, negociación, depresión, resignación/aceptación. Por eso el profesional será el encargado de proporcionar al paciente bajo su criterio y el de su familia en muchas ocasiones, la “verdad tolerable” o asumible que es capaz de soportar en ese momento. Para ello hay que conocer muy bien su situación, tener la experiencia suficiente y sobretodo la sensibilidad adecuada para determinar qué cantidad de información es la que necesita en cada momento. En este caso la transmisión de información a lo largo del proceso resulta escasa, haciendo que el paciente y la familia de algún modo se preparen para las malas noticias, ya que ven como día a día la situación no mejora a pesar de obtener la misma respuesta por parte del profesional.

Pese a todo tanto el paciente como su familia tienen el derecho a conocer toda la verdad acerca de su salud, aunque esto suponga un gran sufrimiento. Si el final está próximo, nadie puede negarles este derecho ya que cada uno decide como quiere prepararse ante la muerte. Ocultar información en este momento no va a ayudar a disminuir el miedo o la angustia ya que es en este preciso momento cuando el enfermo necesita ser arropado por toda su familia y entorno cercano para no sentirse solo ante la muerte.

Por otra parte muchas veces este hecho provoca que las personas fallezcan en los pasillos, salas de espera o cualquier habitación fría de un hospital, sin dolor pero con un sufrimiento interno probablemente mayor ya que el final no es el esperado para ese momento.

Volviendo a hacer referencia al caso, tanto la paciente como su familia hubiesen deseado que este final no hubiera sido en la habitación de ese hospital, sino que hubiese sido en su casa, de disponer de los medios adecuados o en otro sitio donde pudieran sentirse más cómodos, de ahí que a pesar de su estado siempre trataran de posponer el ingreso.

Por eso es necesario que exista un cambio de mentalidad en esta cuestión. Se deberían de facilitar cuidados paliativos para estos casos, en los que se proporcionaría ayuda al cuidador y a su familia, para saber aceptar la muerte y cómo afrontar la situación, tanto si deciden que desean morir en casa como si acuden a un hospital. Donde en este sería necesario habilitar espacios que proporcionen la intimidad y tranquilidad que la situación requiere tanto para el paciente como para la familia, ya que como hemos mencionado anteriormente, no solo la familia del fallecido tuvo que pasar por esa situación, sino que había otro paciente presente.^{28, 29, 30,31, 32}

7.1 FACTORES QUE HAN DETERIORADO LA RELACIÓN CLÍNICA

Como hemos podido observar la relación clínica ha cambiado a lo largo de la historia debido a los números acontecimientos anteriormente citados. Pero a pesar de ello existen otros muchos factores que han contribuido a que esta relación no sea la esperada en muchos de los casos, a pesar de no depender estos factores solo del profesional.

Uno de los acontecimientos más importantes por los cuales hemos observado esta evolución han sido los avances científico-tecnológicos que ha experimentado la medicina, como hemos visto el impacto que ha generado en este campo ha sido muy positivo, ya que ha ampliado las expectativas diagnósticas y terapéuticas de los pacientes, pero por otra parte también se puede decir que ha provocado una masiva interposición de máquinas en el medio sanitario, haciendo que la relación sufra un proceso de deshumanización, donde el profesional queda relevado de muchas de sus funciones asistenciales.

El hecho de tener a disposición toda esta tecnología tan sofisticada ha provocado que exista un mal uso o abuso de ella para el diagnóstico ya que en muchas situaciones resultaría innecesaria su utilización. Se han perdido muchas de las habilidades de escucha activa, así como el diálogo, la empatía...etc. Quedando relegadas a un segundo plano frente al uso de "una máquina". Esto muchas veces no asegura que el diagnóstico o tratamiento sea el más adecuado ya que una de las maneras de poder resolver el problema es a través de la comunicación con el paciente.

Por otra parte muchas veces este abuso tecnológico se ve justificado por numerosos profesionales como único modo de verse respaldados frente a posibles demandas de mala praxis, lo que ha provocado que se ejerza una medicina más defensiva.

Todo esto se debe a un conjunto de causas que afectan tanto a profesionales como a pacientes, ya que probablemente el número de negligencias o errores no sea tan diferente al de años anteriores. La sociedad ha evolucionado en materia sanitaria y demanda una mayor implicación en todos los procesos de salud exigiendo eficacia, donde existe una tendencia al materialismo que hace que en muchos casos se busque únicamente una compensación económica, mala información y también abusos por parte de algunos profesionales. Todo ello hace que se pierdan valores como la lealtad, el sentido de justicia, la honradez, compasión...

El paciente es consciente de que puede denunciar si no está contento con el procedimiento o con los resultados obtenidos ya que hoy en día conocen bien sus derechos y deberes como usuarios del sistema sanitario. Por eso la medicina defensiva lejos de beneficiar al paciente, está haciendo que la relación clínica se deshumanice y el profesional vea al paciente como un “enemigo”. Todo ello también está repercutiendo en el sistema sanitario ya que en el revierten numerosos costes asociados a los seguimientos innecesarios o estudios complementarios no justificados que se le practican al paciente, con el fin de evitar posibles demandas futuras.

Otro factor que ha deteriorado la relación clínica es el basado en la subespecialización, la cual supone que exista un mayor número de profesionales especializados cada uno en una materia o campo. Esto puede generar numerosos problemas a la hora de establecer la relación con el paciente, ya que muchos de estos profesionales tienden a concentrar su atención única y exclusivamente en lo referido a su especialidad. Por lo tanto la relación se ve deteriorada debido a que existe una múltiple dependencia, ya que son muchos los especialistas implicados en el cuidado de un mismo paciente, pudiéndose este sentir como objeto de mero estudio. El profesional no llega a conocer en profundidad a su paciente y en muchas ocasiones se desarrolla una relación “entre extraños”.³³

8. CONCLUSIÓN:

Como hemos podido observar, la comunicación entre el profesional y el paciente es el eje más importante en cualquier relación clínica. Su evolución ha estado centrada a lo largo de la historia en los dos extremos: el paternalismo y la autonomía. Con el paso del tiempo poco a poco se ha ido enfocado hacia modelos más horizontales, flexibles y comunicativos, donde el paciente se ha convertido en un agente activo, con capacidad para tomar decisiones basadas en la deliberación.

Este modelo deliberativo no pretende ser una forma disfrazada de paternalismo, ya que la labor del profesional está centrada en el acompañamiento al paciente, para que este tome la mejor decisión sin someterle a su voluntad. El profesional es considerado como una persona humanista, predispuesta al diálogo, con capacidad para ofrecer al paciente toda la información relevante sobre su salud, haciendo que este elija aquella alternativa que se ajuste más a sus valores.

Pero ¿Hasta qué punto podemos decir que ese modelo sigue siendo la base de toda relación clínica hoy en día? Pues bien, tras realizar este trabajo y bajo mi punto de vista considero que hoy en día no es así. La relación que se establece entre el profesional y el paciente sigue estando bajo las influencias del modelo paternalista, donde el profesional de algún modo sigue ejerciendo su papel dentro de la relación sin contar en muchos casos con la opinión del paciente. A pesar de ser considerado este modelo como el más adecuado se deberían de hacer ciertas modificaciones en relación a la asistencia, para que lleven a cabo una práctica más humana.

La comunicación es imprescindible en cualquier relación y debe de considerarse como un proceso que requiere de una visión holística del paciente, para que exista un enriquecimiento mutuo. El profesional debe tener las habilidades y conocimientos suficientes para así poder desarrollar una relación de ayuda, donde a través del entrenamiento y la aplicación de estas (empatía, respeto, escucha activa, observación, asertividad, autoconocimiento), se irá dejando el modelo paternalista atrás, estableciendo una relación terapéutica basada en el diálogo, la escucha activa y la interacción por parte de ambos.

El profesional debe adaptarse al paciente en todos los aspectos y no solo en los conceptos biológicos de la enfermedad sino también en los principios éticos y morales que hacen que todos seamos reconocidos como seres humanos.

Haciendo referencia al caso clínico, es de vital importancia proporcionar en todo momento al paciente y su familia el apoyo tanto físico como emocional que necesiten. El profesional debería de haber mostrado un trato más cálido, amable y cordial a la hora de haber facilitado la información, así como las explicaciones necesarias a cerca de los procedimientos que le iban a realizar al paciente, teniendo en cuenta para ello el confort del paciente y estableciendo un clima basado en la confianza, para que este se sintiera más seguro y pudiera hacer frente a la situación.

A lo largo de todo el proceso, desde que el paciente ingresa en el hospital hasta que tiene lugar el desenlace, la labor principal del profesional debía haberse centrado en el dialogo, priorizando este frente a cualquier técnica e intervención en muchas ocasiones. Se debería de haber puesto especial cuidado en respetar su intimidad y su libertad de decisión, trabajar con sencillez y humildad en equipo y ponerse en su lugar.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es el mal manejo que se realizó en la atención al dolor, teniendo en cuenta su subjetividad, se debería haber permitido al paciente expresar sus deseos, sentimiento o emociones. ¿Se mataron pulgas a cañonazos? O el equipo inició un proceso de supuesta sedación sin comunicar en ningún momento este hecho y su probable desenlace, decisión tomada de forma unilateral que lejos de beneficiar a la paciente, pues su deseo era morir en su domicilio, le produjo un perjuicio.

Finalmente, a pesar de que la relación estaba marcada desde su inicio por la falta de comunicación tanto con la paciente como con la familia, creo que muchos de los “errores” que se fueron sucediendo a lo largo de esos días no hubiesen tenido la importancia que adquirieron. Si hubieran “llegado a tiempo” unas palabras de calma, la paciente podría haber llegado a comprender mejor la situación, ya que en esos momentos de incertidumbre los sentimientos se magnificaron e hicieron que existiera una predisposición por parte de ambos a desarrollar una relación terapéutica defectuosa.

9. BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Jovell A J. El silencio de los pacientes. Revista rol de enfermería.1999; 22,87:507-510.
- (2) Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999:109-126.
- (3) Gómez Sánchez PI. Principios Básicos de Bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [fecha de consulta 20 de Mayo de 2014]; 55:230-233. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428194003.pdf>
- (4) Núñez MÁ. Historia del consentimiento informado. 2010.
- (5) Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica.2002; 119(5): 175-179.
- (6) Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15 de noviembre 2002; p. 40126-32.
- (7) Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Atención primaria [Internet]. 2006 [fecha de consulta 27 de Mayo de 2014]; 38(4): 234-237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13092347>.
- (8) Navarro Rubio MD, Gabriele Muñiz G, Jovell Fernández AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. Atención primaria. 2008; 40(7): 367-369.
- (9) Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [fecha de consulta 27 de Mayo de 2014] 29, (3): 7-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000600002>
- (10) Gracia D. Como arqueros al blanco: estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
- (11) Seoane JA. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Derecho y Salud.2008; 16:1-28.
- (12) Beauchamp TL, McCullough LB. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
- (13) Ley 14/1986 de 25 de abril. 1986. Ley General de Sanidad.
- (14) Núñez González G, Chongo Almerall DM. El consentimiento informado como vía de comunicación en la relación médico paciente. Bioética. Septiembre-Diciembre 2007.
- (15) Lorda PS. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial.1999; 14: 100-109.
- (16) Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Dic [fecha de consulta 27 de Mayo de 2014] ; 32(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es.

- (17) Atienza M. Juridificar la bioética. En: Vázquez R (comp.). Bioética y derecho: fundamentos y problemas actuales. México: ITAM-FCE; 1999.p.64.
- (18) Beauchamp T L, Childress J F. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.
- (19) Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA; 1991:pp.22.
- (20) Zabala Blanco J. Autonomía e instrucciones previas: un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español. [Tesis doctoral]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2007.
- (21) Antón almenara P. Principios Bioéticos. En: Antón Almenara P. Ética y legislación en enfermería. Series de manuales de enfermería Barcelona: Masson; 1999.p.41-50.
- (22) León Correa F J. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. Biomedicina. 2006; 2 (3): 257-260.
- (23) Antón almenara P. Autonomía. En: Antón almenara P. Ética y legislación en enfermería. Series de manuales de enfermería Barcelona: Masson; 1999.p.137-140.
- (24) Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, López ET, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol*. 2012; 11(3):138-141.
- (25) García Marco MI, López Ibort MN, Vicente Edo MJ. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? . *Index Enferm* [Internet]. 2004 Mar [fecha de consulta 26 de Mayo de 2014]; 13(47): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000300010>.
- (26) Código deontológico de enfermería.1989.
- (27) López Marure LE, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Rev Enferm IMSS*. 2002; 10(2):93-102
- (28) Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [fecha de consulta 31 de Mayo de 2014] ; (17):. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300021>.
- (29) Díaz Cortés Mm. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal*. 2011; 2(1): 55-61.
- (30) Naranjo Bermúdez I C, Ricaurte García G P. La comunicación con los pacientes. Investigación y educación en enfermería [Internet]. 2006 [fecha de consulta 25 de Mayo de 2014]; 24 (1):94-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215400009>.

- (31) Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index de Enfermería [Internet]. 2006 [fecha de consulta 31 de Mayo de 2014]; 54:48-52. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/6137.php>.
- (32) Balaguer Santamaría A. La relación clínica. Documento de lectura fundamental. Diplomado Bioética de la Pontificia Chile: Universidad Católica de Chile. 2005
- (33) Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [fecha de consulta 26 de Mayo de 2014]; 29(3):85-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000600009>.