

LA COMUNICACIÓN COMO ETICA DE MINIMOS EN LAS RELACIONES MEDICO PACIENTE. UNA MIRADA TANGENCIAL.

Valois Nuñez, Carmen

RESUMEN

La comunicación es parte fundamental de un proceso donde un equipo de profesionales atienden a un ser enfermo, que se encuentra en una situación vital delicada. La palabra, el gesto, forman parte del lenguaje que utilizamos para comunicarnos e implica una determinada manera de hacerlo, el como adquiere una gran relevancia y, por ello, debería ser hacerse con especial esmero.

INTRODUCCION

La comunicación es algo inherente a la propia esencia del ser humano. Siempre existe un objetivo a la hora de comunicarnos con nuestros semejantes, a pesar de que la mayoría de las veces no lo tengamos presente o no seamos plenamente conscientes de ello; generalmente, actuamos de una forma programada y repetitiva en un acto que se renueva millones de veces a lo largo de nuestra existencia.

En el ámbito de las relaciones sanitarias y, en especial en el de los Cuidados Paliativos, debemos tener muy presente que la comunicación adquiere una importancia capital y debería ser cuidada al máximo; el medio sanitario dota de una especificidad, muy a tener en cuenta, a las relaciones que en él se producen. Fundamentalmente, son unas relaciones que se enmarcan ajenas al contexto habitual de una persona sana, estando en ocasiones condicionadas por situaciones de especial vulnerabilidad que afectan a procesos vitales en los que suele estar en juego algo tan preciado como es la

salud de esa persona o la de alguno de sus familiares. Por su especial importancia y relevancia, toda vivencia imbuida desde esa realidad, se realiza de una forma más intensa, con lo que las consecuencias que de ellas se puedan derivan, también van en concordancia con esa intensidad aludida.

Entendemos que dado que la comunicación la conforman, tanto aquello que se expresa con palabras, como lo que se expresa a través del lenguaje no oral, es imposible no comunicar, ya que incluso en ausencia de palabra, se puede llegar a transmitir algo a alguien, con un silencio o bien mediante un simple gesto.

Si tenemos en cuenta que la OMS define como salud *“El completo bienestar físico, psíquico y social”*¹ podemos deducir que la salud es un bien individual, subjetivo por lo tanto, al cual cada persona le confiere una relevancia y un valor, que de facto le va a situar ante esa relación sanitaria de una u otra forma, y en consecuencia, con un tipo determinado de afrontamiento respecto a la misma.

En este sentido, la comunicación es básica para que la persona enferma, su familia y/o allegados, máxime en las etapas finales de la vida; la consideramos básica y fundamental para que puedan llegar a entender, que es lo que les está pasando, a ellos pacientes y familiares, ya que únicamente mediante la misma, podrán tomar conciencia de su propia situación, así como de los medios y recursos que poseen, o a los que pueden acceder, para poder volver a restablecer la salud perdida o para afrontar una pérdida irremediable. Además, cada persona hace su propia interpretación y se sitúa ante su propia realidad en la medida que interacciona con lo que la rodea.

¹ www.oms.org

En la percepción aludida sobre el entorno van tener cabida también otras variables que tienen que ver con la propia estructura organizativa de la institución sanitaria que acoge los procesos de salud, así por ejemplo, la cultura de la organización, sus valores, su estructura, etc.; van a estar presentes de manera implícita o explícita, influyendo decisivamente sobre el tipo de atención socio-sanitaria que proporcionamos a ese ser humano, hombre o mujer, padre o madre, profesional activo o jubilado/a, directivo/a o peón, que en ese momento concreto de su proyecto vital, necesita que toda una estructura socio-sanitaria le sitúe en el centro de su sistema y, partiendo desde una perspectiva integral de atención y cuidados, le ayude a resolver su problema de salud o a afrontar su propia muerte o la de su familiar.

OBJETIVOS

Analizar la ética comunicativa existente en un hospital terciario de una ciudad de la Comunidad Autónoma Vasca.

Los objetivos marcados eran:

- Conseguir información de cómo se realizaba esa comunicación entre pacientes-usuarios/as y facultativos/as.
- Conocer cuál era la percepción de los pacientes y sus familias, en relación a la comunicación médico-paciente-familia.
- Conocer los derechos existentes en esa materia.

DESCRIPCION DEL TRABAJO

Se realizó de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna.

- solicitud de intervención de la asistente social hospitalaria, bien por parte de personal médico o de enfermería del propio Hospital o bien a través de servicios sociales externos o familiares.

Criterios de exclusión:

- pacientes mentalmente incapacitados y sin familia.

Se elaboró una encuesta a tal fin que constaba de nueve preguntas. Previa validación, se realizó a familiares de aquellas personas ingresadas que tenían contacto con la trabajadora social responsable de tres plantas de Medicina Interna.

La procedencia de la derivación era: de las propias familias, del personal de enfermería, del personal facultativo, del servicio de admisión hospitalario, o de los servicios sociales externos. Tras explicar al familiar el objetivo del trabajo se procedía a pedir su colaboración y a informarles del objeto del mismo, así como de que se tomaban las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos y de la personas.

Las variables utilizadas en el estudio fueron:

- Datos de demográficos: edad y sexo del paciente, del encuestado y del médico responsable.
- Motivo de ingreso.
- Percepción sobre la información, comunicación, trato e intimidad.

Se realizó, así mismo, una base de datos Access donde se fueron introduciendo los datos y que permitió proceder a su posterior explotación.

En nuestra hipótesis inicial, considerábamos que la comunicación en el ámbito hospitalario objeto de estudio era un bien escaso; decidimos centrarnos en las relaciones médico-paciente por considerarlo el estamento con más

lagunas en ese aspecto, pero nos atreveríamos a vaticinar que esa escasez no es exclusiva de la relación entre esos actores, médico-paciente-familia, sino que se puede trasladar al ámbito relacional entre profesionales del mismo hospital, cuando menos, entre los de diferentes disciplinas y categorías, conformando una cultura hospitalaria poco amable en su propia proyección interior y exterior.

En contraposición, el personal de enfermería en general, constituye un colectivo “sándwich” que juega un papel complementador en materia de comunicación con relación a la información proporcionada por los facultativos; ayuda a reinterpretar lo dicho por los mismos, para que tanto a las familias como a los propios enfermos o enfermas, les resulte comprensible lo expresado o contribuya a aclarar dudas, teniendo en ocasiones tanta importancia como la principal fuente de información, en cuanto se refiere cuando menos a su papel clarificador y, en cierta medida, tranquilizador.

RESULTADOS

Las encuestas se realizaron en dos fases, la primera de junio a septiembre de 2005 y la segunda de octubre a enero de 2006. La disponibilidad de las personas a encuestar fue excelente, hay que tener en cuenta que eran casos en los que estábamos trabajando a nivel social y esto nos hacía tener una posibilidad “privilegiada” ya que se realizaba en el marco de una relación previa de confianza y entendimiento; creemos que a veces incluso servía de desahogo para aquellas personas que estaban disconformes con la atención dispensada; no mostraban ninguna reticencia a explicarse con claridad, entendemos que porque confiaban que lo que en ellas se decía, estaba sujeto

a un principio de confidencialidad y en el contexto de una relación profesional responsable y coherente.

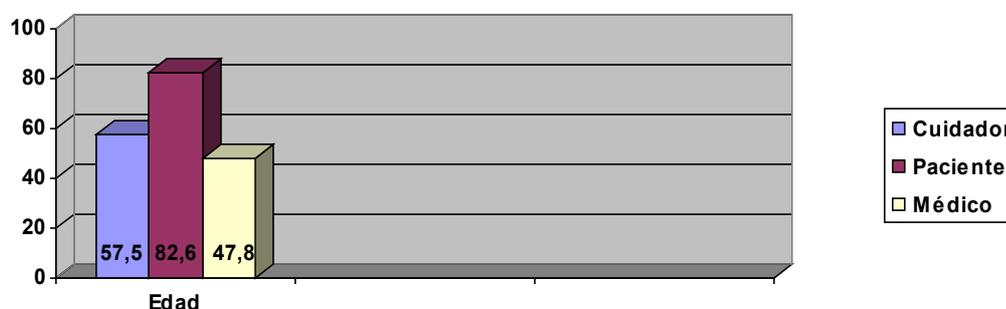
En nuestra opinión, la gente no duda en colaborar cuando cree que de alguna forma puede ayudar a un determinado profesional en un proyecto en el que se le sugiere participar cuando se parte de una relación basada en la confianza. Nadie se negó a contestarla, pero hubo situaciones especiales en las que obviamos realizarla por lo delicado de la situación como fallecimiento inminente.

La encuesta constaba de nueve preguntas.

Se realizaron 100 encuestas, 82,6% del total de encuestados potenciales.

Variables independientes

Con relación a la edad obtuvimos los siguientes resultados:

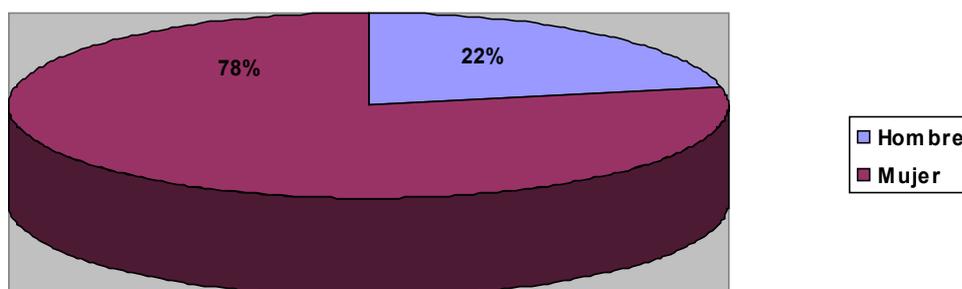


- La edad media del cuidador/a fue de 57,5 años.
- La edad media de los pacientes fue de 82,6 años.²
- La edad media del médico/a que les atendió fue de 47,8 años.
- Con relación a la convivencia el 54% vivían solos o con personas de edad similar.

² OIT. II Asamblea mundial sobre envejecimiento. Madrid 2002.

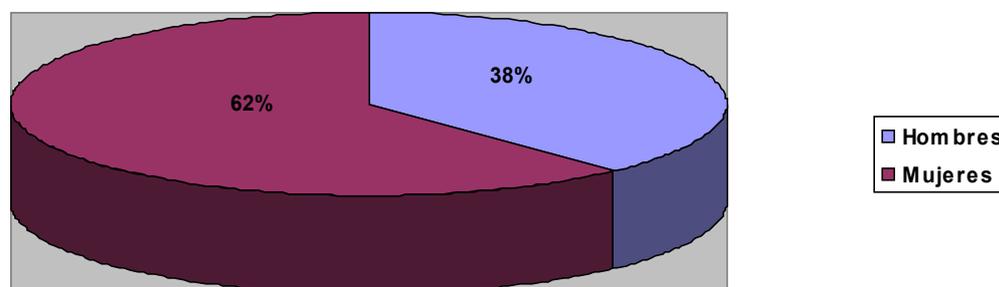
Los datos de edad de cuidadores y pacientes son muy similares a los que aparecen en diferentes estudios sobre datos de envejecimiento poblacional y tendencias en población cuidadora.³

Con relación al sexo de los cuidadores/as:



- 78 de los cuidadores fueron mujeres y 22 hombres. Se confirma que el perfil mayoritario es el correspondiente a mujer cuidadora.

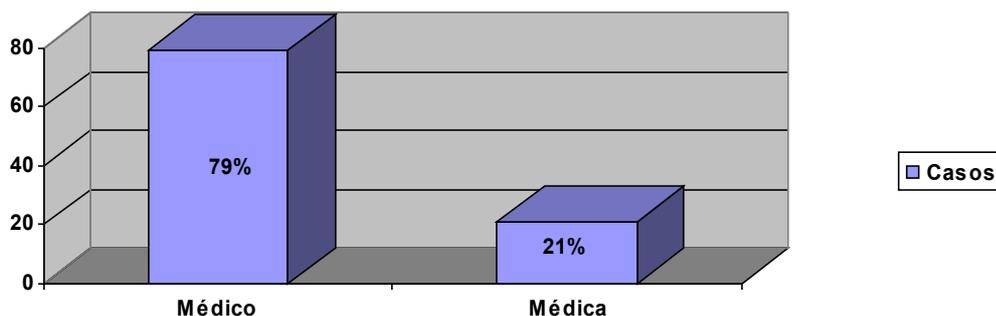
Con relación al sexo de los pacientes:



- 62 fueron mujeres y 38 hombres.

Con relación a los facultativos/as:

³ OIT. II Asamblea mundial sobre envejecimiento. Madrid 2002.



- En 79 casos los pacientes fueron atendidos por médicos hombres y en 21 por médicos mujeres.

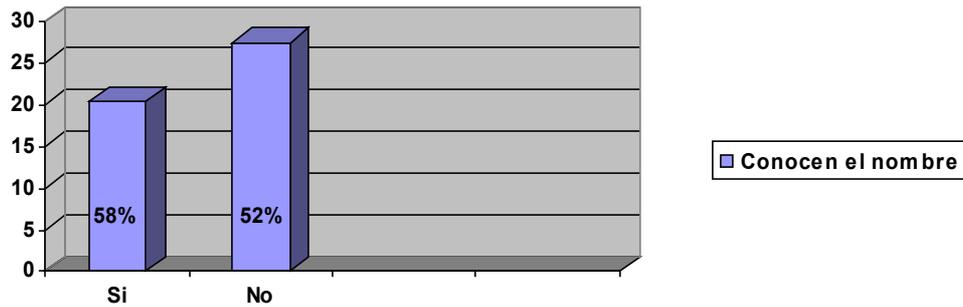
En cuanto al motivo del ingreso los grupos principales fueron:

Enfermedades respiratorias	34 casos	34%
Enfermedades cardiovasculares	23 casos	23%
Enfermedades neurológicas	15 casos	15%
Enfermedades aparato digestivo	9 casos	9%
Diabetes	6 casos	6%
Procesos hematológicos	5 casos	5%
Enfermedades infecciosas	3 casos	3%
Procesos oncológicos	2 casos	2%
Problema social	2 casos	2%
Enfermedad aparato locomotor	1 caso	1%

Variables dependientes

A la pregunta de si “Conocían el nombre del médico”:

- 58 cuidadores contestaron afirmativamente
- 52 contestaron negativamente



- Se establecieron cinco grupos de edad: entre las mujeres el grupo de edad comprendido entre los 30 y 60 años eran las que más decían conocer el nombre del médico; entre los hombres no había diferencias significativas entre los grupos de edad.

Por lo tanto, no existen diferencias significativas respecto al porcentaje de cuidadores/as que dicen conocer el nombre del médico. Como veremos en la siguiente pregunta el conocerlo no va asociado necesariamente a que él o la facultativo les haya informado del mismo, sino que lo han conocido porque han recabado esa información de otras fuentes, como del personal de enfermería o auxiliar.

A la pregunta de si “El médico les había informado de su nombre”

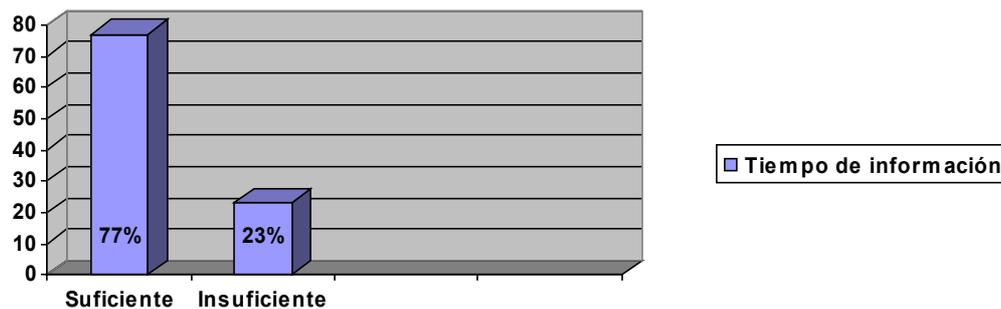


- En 15 ocasiones han informado los médicos de su nombre, en las 85 restantes no lo han hecho.

- De los 100 pacientes tratados, 82 han sido vistos por médicos hombres y 18 por médicos mujeres, no existiendo diferencias estadísticamente significativas a la hora de informar de su nombre entre hombres médicos y mujeres médicos.

Tal como hemos comentado anteriormente, los y las facultativos no acostumbran a presentarse a los pacientes al comienzo de la relación asistencial hospitalaria.

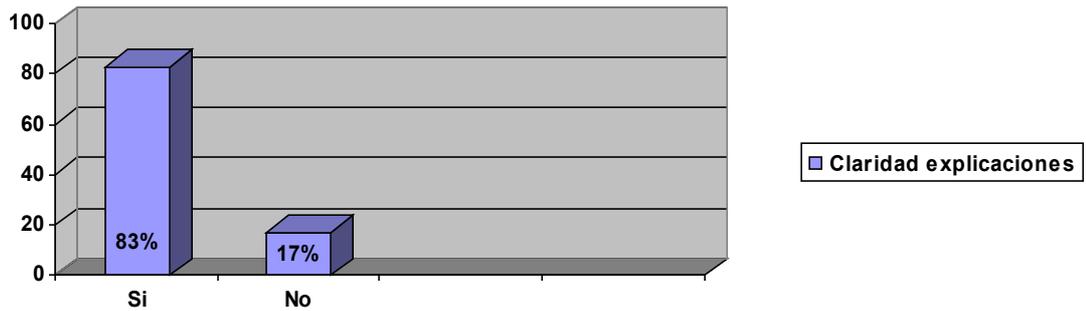
A la pregunta de si “El tiempo de información ha sido suficiente”



- A 77 de los cuidadores/as les ha parecido suficiente.
- A 60 de las mujeres cuidadoras les ha parecido suficiente el tiempo de información.
- A 17 de los hombres cuidadores el tiempo les ha parecido suficiente. No hay diferencias significativas entre ambos sexos.

Por lo tanto, los familiares mayoritariamente se muestran conformes con el tiempo dedicado por los y las facultativos a dar la información.

A la pregunta de si “Las explicaciones han sido claras”

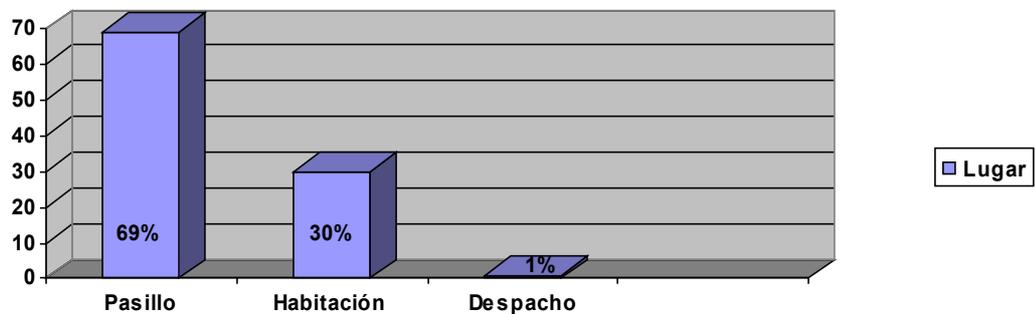


Responden afirmativamente 83 cuidadores/as y negativamente 17.

- Del total de mujeres, 64 contestan afirmativamente.
- Del total de hombres 19, contestan afirmativamente. No existen diferencias significativas en cuanto a sexos.

Por lo tanto, la opinión es generalizada al valorar positivamente la claridad de las explicaciones.

Con relación a la pregunta sobre el lugar donde se daba la información:



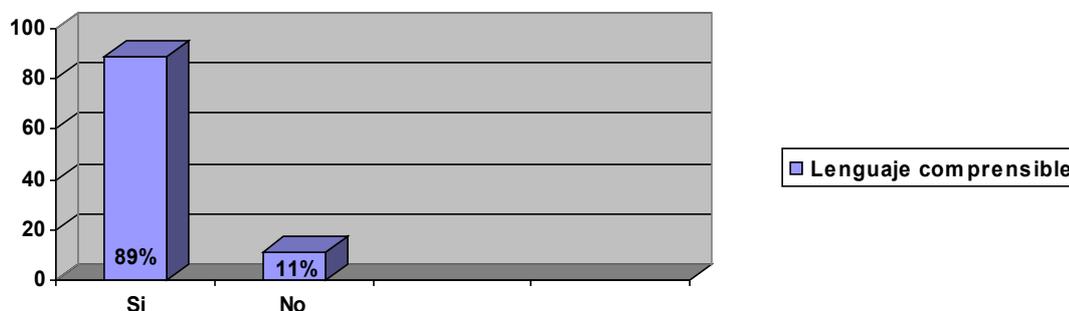
- 69 informan en el pasillo
- 30 en la habitación
- 1 en el despacho

No hay diferencias estadísticamente significativas entre médicos hombres y médicos mujeres a la hora del lugar donde dan la información.

En consecuencia, se puede decir que casi en la totalidad de los casos, la información se da en espacios abiertos, bien en el pasillo en el que puede

darse la presencia de otras personas o bien en la habitación, donde las habitaciones son de dos, tres y cuatro camas.

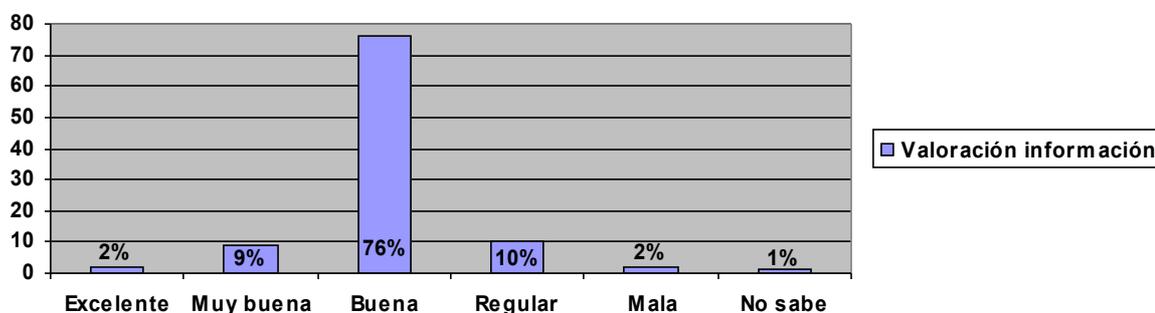
Con relación a la pregunta de si “El lenguaje ha sido comprensible”



- Respondieron afirmativamente 89 cuidadores, negativamente 11.
- De las respuestas afirmativas, 70 fueron mujeres y hombres 19.

Por lo tanto, se considera mayoritariamente que el lenguaje es comprensible.

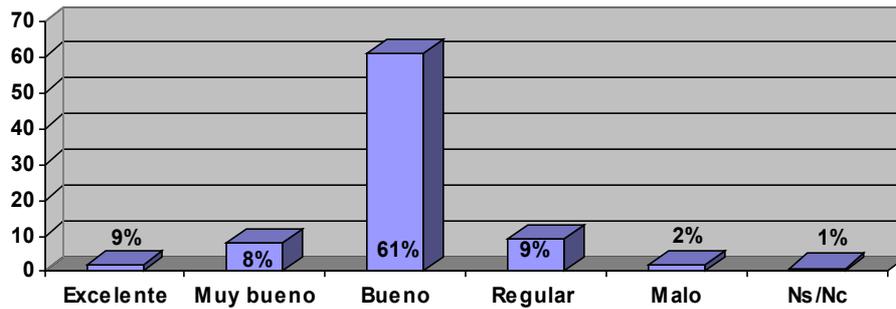
La respuesta sobre la valoración sobre la información recibida fue:



- Fue buena para 76 de los cuidadores, de ellos 61 eran mujeres y 15 hombres.

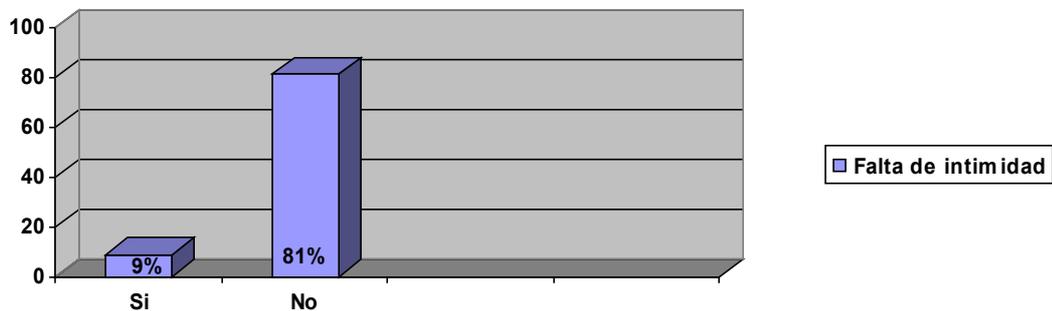
Por lo tanto, en un amplio porcentaje se valora como buena la información ofrecida.

La valoración sobre el trato recibido dio los siguientes resultados:



Por lo tanto la valoración sobre el trato arroja una opinión favorable para las personas entrevistadas. No hay diferencias significativas entre la opinión que tienen hombres y mujeres sobre ello.

Con relación a la pregunta de si sienten falta de intimidad a la hora de recibir la información:



- 9 de los cuidadores/as respondieron que se sentían falta de intimidad, 81 respondieron negativamente.

Mayoritariamente los familiares no perciben falta de intimidad, a pesar de que como hemos visto anteriormente la información sobre el proceso de salud, no se da en lugares que puedan garantizar plenamente la intimidad.

CONCLUSIONES

- La edad y perfil del paciente nos acerca a una persona mayor con problemas de salud y probablemente de dependencia; partiendo de que su situación puede ser poco favorable, una ética de mínimos en comunicación se convierte en obligación hacia ellas y ellos como forma de abordar las dificultades de un colectivo de por si ya vulnerable y que se encuentra en los que puede ser los años finales de sus vidas.
- En base a la legislación estudiada, podemos decir que la misma es abundante; hace referencia tanto a la obligación de informar como de asegurarse de alguna forma sobre la comprensión de la información facilitada, que debe ser adecuada en función de la capacidad de discernimiento de los pacientes y de sus familiares.

Además, se puede decir que la legislación en materia de derechos ha sido progresiva y acumulativa, por cuanto se ha ido legislando en la medida que la sociedad lo ha ido demandando y los poderes públicos lo han podido ir regulando. Por otro lado, a la vista de los resultados obtenidos se evidencia que los y las facultativos no tienen en cuenta los derechos existentes en materia de comunicación e información y, por lo tanto, incumplen con los deberes que la legislación y los códigos deontológicos recogen a tal efecto.

- Los médicos/as no se presentan al inicio de la relación asistencial; consideramos que esto debería ser un elemento esencial para una buena comunicación y un elemento básico para una ética de mínimos ya que conlleva implícitamente un reconocimiento hacia “ese otro” sujeto de nuestra acción y contribuye positivamente a mejorar la relación médico familia paciente, evitando tensiones, posicionamientos radicales y de poder, contribuyendo a generar un clima de confianza del que todos se

benefician. A pesar de que no se presenten, se dan cifras casi similares en los resultados entre aquellos que conocen y los que no el nombre del médico, ya que los pacientes y/o familiares que pueden hacerlo se interesan por conocerlo por sus propios medios.

- Las condiciones físicas estructurales existentes en la actualidad son poco facilitadoras para que la relación médico paciente se desarrolle un marco que garantice la intimidad y confidencialidad, ya que mayoritariamente la información se da en un lugar poco adecuado, teniendo en cuenta que muchas veces se da información muy delicada que puede plantear dudas y dilemas morales a pacientes y familias. Paradójicamente, los resultados nos hablan de que no sienten, en general, falta de intimidad.
- Los resultados arrojan una valoración positiva sobre la suficiencia de la información, la claridad de las explicaciones, la comprensibilidad del lenguaje y la corrección en el trato. En nuestra opinión, pacientes y familias tienen sus propios objetivos respecto al proceso asistencial, priorizan la atención médica sobre el trato recibido y aspectos como conocer el nombre del o de la facultativo que les atiende, que por otro lado lo pueden llegar a saber con facilidad preguntando a otras/os profesionales; influyen también una serie de factores de tipo cultural y social, que llevan a una aceptación encubierta, incluso a adoptar posiciones de sumisión o subordinación respecto a la figura del facultativo/a que les atiende, fundamentalmente por estar en juego algo tan importante como es la salud y por darse además una clara asimetría, en parte por factores culturales que se mantienen, que son consecuencia directa de un modelo funcionamiento de tipo paternalista, a pesar de la importancia que está

adquiriendo el modelo autonomista que otorga a ambos actores posiciones más igualitarias o menos asimétricas, y del protagonismo, que están adquiriendo familias y pacientes.

Finalmente, queremos proponer el siguiente decálogo como punto de partida hacia una ética comunicativa de mínimos que sirva para mejorar las relaciones sanitarias hospitalarias.

DECALOGO PARA UNA ETICA COMUNICATIVA DE MÍNIMOS

- Derecho a conocer el nombre del médico que le atiende.
- Derecho a que se respete su intimidad
- Derecho a ser atendido/a con comprensión y tolerancia
- Derecho a ser atendido/a como un ser integral
- Derecho a atendido/a con respeto a su singularidad
- Derecho a que se respeten sus decisiones
- Derecho a ser informado/a veraz y adecuadamente con su situación
- Derecho a ser tratado/a justamente
- Derecho a ser tratado/a con coherencia
- Derecho a no ser discriminado/a

Palabras clave: paciente, comunicación, ética de mínimos, relación sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Astudillo,W. Mendinueta, C. La comunicación en la terminalidad. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián 2000.
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. Los Fines de la Medicina. Nº11 2004.
- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Octubre 2005.
- La Bioética, mosaico de valores. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. VI Congreso Nacional. Madrid 2005.
- Moro Gutiérrez, L. El enfermo de cáncer y su entorno.. Editorial. Fundación La Caixa. Barcelona 1993.
- Novellas, A. Trabajo social en Cuidados Paliativos. Aran Ediciones. Barcelona 2000.
- Tadora Soria, S. Libertad de conciencia y derechos del usuario de los Servicios sanitarios. Servicio editorial EHU/UPV 2005.