

I Convención Enfermería en alta mar

**Imagen profesional. Nuevas situaciones
sanitarias. Más responsabilidades.
Confianza en uno mismo**



Enfermería para el Siglo XXI

del 30 de Junio al 05 de Julio

2008



NAVIGATOR OF THE SEAS

I CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a los ponentes que nos van a acompañar en esta Convención, ya que han tenido la amabilidad de modificar sus agendas para poder compartir con nosotros unos días de reflexión y debate que nos acercarán a temas actuales y de futuro para la profesión Enfermera.

- Dr. D. Jesús Sánchez Martos
Catedrático de Educación para la Salud
Universidad Complutense de Madrid

- Dr. D. Luis Galindo Olivera
Consultor de equipos directivos de empresas de ámbito nacional e internacional

- Dr. D. Javier Sánchez Caro
Director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria
Consejería de Sanidad
Comunidad de Madrid

Asimismo, queremos agradecer a las Juntas de Gobierno de los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, su apoyo e implicación en este evento. Así como a la agencia de viajes Nuestro Pequeño Mundo y a la Royal Caribbean.

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
--------------------	---

BLOQUE I (JESÚS SÁNCHEZ MARTOS)

"LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA: UN RETO DE TODOS"	9
--	---

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA: "TRATAMIENTO" Y "TRATO"	21
--	----

BLOQUE II (LUIS GALINDO OLIVERA)

CÓMO AFRONTAR NUEVAS SITUACIONES PROFESIONALES EN EL SIGLO XXI: CONTROL DE LAS EMOCIONES Y CONSISTENCIA PROFESIONAL	43
---	----

LAS CLAVES DEL ÉXITO PROFESIONAL. LA ACTITUD COMO ELECCIÓN: "TODOS PODEMOS ALCANZARLO" ...	51
---	----

BLOQUE III (JAVIER SÁNCHEZ-CARO)

I OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	59
II INFORMACIÓN CLÍNICA Y ENFERMERA RESPONSABLE	61
III EL DERECHO A LA INTIMIDAD	64
CASOS PRÁCTICOS	73

La voluntad del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) de poner a disposición de los profesionales de Enfermería autónomos actividades profesionales con las que poder conformar una adecuada formación de postgrado ha dado un paso más allá con la organización de la *I Convención de Enfermería en alta mar*.

Se trata de una oferta distinta, una propuesta concebida para su desarrollo a bordo de un lujoso crucero, el *Navigator of the seas*, a diferencia de los formatos habituales a los que estamos acostumbrados de organización en palacios de congresos y salas de conferencias. Con esta fórmula se ha querido combinar lo profesional con lo lúdico ofreciendo la posibilidad a quienes participan en él de conocer algunos de los puertos más importantes del Mediterráneo y de disfrutar de la vida a bordo de un lujoso barco que ofrece todos los atractivos y posibilidades para vivir una experiencia inolvidable.

La *I Convención de Enfermería en alta mar* va a tener como eje central las premisas que, a juicio del CECOVA, debe tener la Enfermería del siglo XXI. Unas premisas que pasan por, entre otras, las de una buena imagen profesional, asunción de más responsabilidades en el ejercicio diario, saber hacer frente a las nuevas situaciones sanitarias y, sobre todo, tener confianza en uno mismo para afrontar estos retos.

Estamos seguros de que esta atractiva fórmula de acercar a Enfermería unos contenidos profesionales en perfecta conjunción con un apartado lúdico va a satisfacer a todos los asistentes a la *I Convención de Enfermería en alta mar* y a sus acompañantes, a quienes el crucero ofrece un sinfín de posibilidades de ocio y recreo.

Con el presente libro de ponencias recogemos el esfuerzo que hemos realizado para poner en marcha esta actividad, un esfuerzo que ha dado como resultado también el poder contar con los mejores ponentes en cada una de las materias a desarrollar para que los contenidos científicos del programa tengan correspondencia con el elevado nivel que se ha querido imprimir a esta actividad.

Estoy convencido que los temas elegidos para conformar el programa científico van a desarrollar a la perfección las premisas citadas con anterioridad y que van a dar la posibilidad a las enfermeras y enfermeros que nos acompañan en esta experiencia de profundizar en muchos campos de conocimiento que nos van a permitir afrontar los retos de la Enfermería del siglo XXI con muchas mayores garantías de éxito. Todo ello acompañado de un nuevo entorno que seguro que va a hacer que ésta sea una experiencia inolvidable tanto en lo profesional como en lo personal.

José Antonio Ávila Olivares
Presidente CECOVA

I CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

Catedrático de Educación para la Salud. Universidad Complutense de Madrid

“LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA: UN RETO DE TODOS”

*“No hay mayor error que no hacer nada,
porque sólo podemos hacer un poco”*

No cabe duda que los profesionales sanitarios en general, y los de la Enfermería en particular, nos esforzamos diariamente en ofrecer una adecuada respuesta a la demanda de la sociedad, tanto en materia de salud como de enfermedad; sin embargo la realidad nos demuestra que no disponemos de demasiadas oportunidades para preguntarnos cuál es el reflejo, y en definitiva el impacto de nuestros esfuerzos en la sociedad para y con la que trabajamos.

Desde que se unificaran, a mediados del siglo XX, las categorías profesionales de practicante, matrona y enfermera en la titulación de A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario), la profesión de Enfermería no ha hecho sino evolucionar de forma constante y progresista en todas sus áreas de competencia: asistencia, investigación, gestión y docencia. Su integración en la Universidad, que en este momento cumple 30 años, fue decisiva para conseguir un reconocimiento profesional que hoy sitúa a la Enfermería española como profesionales de referencia dentro de la Unión Europea y en la gran mayoría de los países occidentales.

Sin embargo y a pesar de este progreso, nuestra “imagen social” no ha corrido la misma suerte que el desarrollo académico y profesional. Y es este un hecho que debemos afrontar con valiente autocritica, no sólo desde el ámbito político de la Enfermería, sino desde la contribución de todos los que de uno u otro modo ejercemos esta profesión, contribuyendo a forjar nuestra identidad social como colectivo profesional.

Una primera reflexión que deberíamos realizar en este sentido, se refiere a la denominación con la que queremos ser



conocidos por la población en general. Por una parte, nuestra errónea autodenominación como D.U.E. (Diplomado Universitario en Enfermería), en lugar de Diplomado en Enfermería, que en definitiva sería más correcto, sencillamente porque en España, el título de Enfermería solo se puede conseguir desde hace 30 años en la Universidad. Siglas que por otra parte, incluso el propio sistema sanitario utiliza al diseñar nuestros uniformes oficiales. ¿Por qué ese vano afán de reivindicar con siglas lo que sabemos y debemos hacer a través de nuestro ejercicio profesional?

Y ahora con los nuevos planes de estudio, cumpliendo la normativa de la Convergencia Europea dentro del conocido como "Proceso de Bolonia", ¿cómo querremos ser conocidos? ¿Como "Graduados Universitarios de Enfermería"? Sí, seremos "Graduados en Enfermería", una carrera universitaria de cuatro años, título que ya muchos empiezan a confundir con aquella ilusión que tantos teníamos de poder acceder a la titulación de Licenciados en Enfermería. Seguiremos siendo "profesionales de Enfermería", algo que a todos nos debe dignificar ante la sociedad, como nos ha dignificado durante toda nuestra historia como profesionales.

Como sabemos, ahora las licenciaturas desaparecen en pro de las "graduaciones", único título genérico para conseguir una formación universitaria, pero eso sí, con la posibilidad de acceder a través de los estudios de Postgrado dentro de la Universidad al título de Máster y Doctorado, gracias a la realización de las tan necesarias y esperadas "tesis doctorales". Es decir, ahora ya sí es una realidad poder llegar a ser Doctor en Enfermería, algo que por otra parte nos abre las puertas al más alto nivel de la investigación y de la docencia en la Universidad. Pero... ¿el solo hecho de que a partir de ahora podamos acceder a las "Cátedras Universitarias" contribuirá a mejorar nuestra imagen social como profesionales de Enfermería? ¡Desde luego, así debería ser! Pero siempre que vaya acompañado del buen hacer profesional y del rigor científico que ha de caracterizar al grado de Doctor en Enfermería.

De todos modos, la mejora de nuestra imagen social no ha de pretenderse recordando a la sociedad nuestra procedencia universitaria con confusas y erróneas siglas, sino demostrando nuestra excelencia en la calidad de nuestro trabajo, compatibilizando la atención profesional con una asistencia humanizada, hecho que cada vez más debe caracterizar a la profesión de Enfermería.

Por otra parte también deberíamos considerar si estamos en el mejor camino cuando afirmamos que "Enfermería es una profesión de cuidados", definición

que quizá proceda de un simple problema de traducción y un afán de imitar a quienes se creen mejores que nosotros, simplemente porque gozan de una mejor imagen social y profesional. En mi modesta opinión, la Enfermería es algo más, mucho más que una “profesión de cuidados”, y éste es un punto en el que todos deberíamos reflexionar. No siempre las amplias mayorías están en poder de la razón, además de que puede haber muchas razones para invitarnos a cambiar nuestra forma de pensar.

La palabra “cuidados” y siguiendo las enseñanzas de la Real Academia de la Lengua, se refiere a la “acción de cuidar a los enfermos”, y aún siendo del todo cierta esta afirmación, nuestra profesión va mucho más allá de “cuidar” a los enfermos y por supuesto que a su familia. La prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, el hecho de “cuidar”, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, además de la investigación, la gestión sanitaria, la docencia y la asistencia, tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria y Domiciliaria, hace que se quede demasiado cojo el vocablo de “cuidado” para definir nuestra profesión de Enfermería.

Pero las nuevas promociones de profesionales de Enfermería, nuestros alumnos, continúan saliendo de la Universidad con la idea de que van a ejercer una “profesión de cuidados”, que siendo algo totalmente cierto, resulta incompleto a la hora de querer transmitir a la sociedad el despeño de nuestra labor profesional.

Otro de los aspectos que hemos de considerar cuando de “nuestra imagen social” se trata es “la consulta de Enfermería”, que constituye el adecuado espacio, tanto físico como humano, en el que potenciar la calidad asistencial de nuestra profesión, y con ello, nuestra proyección social. Sin duda la creación de las consultas de Enfermería ha supuesto un claro aldabonazo para nuestra autonomía profesional, aunque siempre desde la óptica de la interdependencia, si creemos en la atención holística que hemos de prestar a las personas, sanas o enfermas.

No obstante, si hacemos un sencillo ejercicio de observación, podemos darnos cuenta que en realidad son una réplica exacta de la tradicional consulta médica, con sus virtudes pero también con sus defectos, especialmente en cuanto a su diseño y mobiliario se refiere: un mobiliario y una decoración tan anti-



guos en su concepción, como los ancestrales y arcaicos planteamientos de los modelos teóricos de la comunicación a los que esta concepción de “consulta” nos aboca necesariamente.

Hemos hecho de la “consulta” nuestra particular trinchera, en la que la mesa de despacho y nuestro sillón, marcan claramente los distintos y jerárquicos espacios de la necesaria comunicación interhumana con la persona sana o enferma y su entorno familiar, siempre y cuando nos acordemos de la familia. Y sin duda que fueron expertos los que diseñaron la mesa de despacho con sus “cuatro esquinitas”, el sillón de quien “manda en el proceso de comunicación” y las sillas de los “confidentes”, pero desde luego que no lo hicieron con el moderno concepto de comunicación activa, participativa, dinámica y persuasiva, que sin duda contribuye a mejorar nuestra imagen social. Y esto se puede afirmar hoy gracias a “la Enfermería basada en la evidencia y sobre todo en la experiencia”.

La magia de la comunicación interpersonal radica en el hecho de que la modulamos seres humanos con sentido común que tenemos el gran lujo de poder elegir y que al hacerlo, podemos marcar grandes distancias físicas y afectivas, o minimizar éstas simplemente colocando nuestra silla “al otro lado de la mesa”, en el mismo espacio que habitualmente ocupan nuestros interlocutores. Desde luego que no es cosa de magia; simplemente es un pequeño detalle que provee a nuestra profesión de calidad y humanización y por ende, de un mayor y mejor reconocimiento e imagen social.

Otro aspecto que contribuye a perfilar nuestra proyección social, en la ya denominada “era de la comunicación” en la que todos vivimos inmersos, lo constituye nuestra presencia, pero también nuestra clamorosa ausencia en los diferentes medios de comunicación social. Un mínimo análisis de los mismos, tanto de la prensa escrita, especializada o no, como de la radio y la televisión, sin olvidar Internet, la red de redes, constituye un buen espejo en el que analizar si nuestro reflejo hace o no justicia a nuestra identidad como profesión.

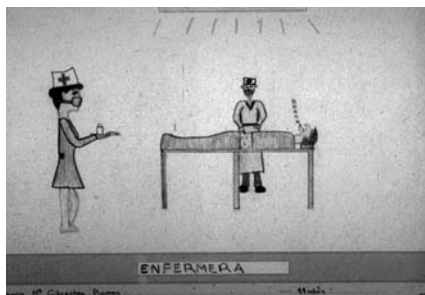
Los profesionales de Enfermería existimos, tanto para la sociedad como para el resto de colegas sanitarios, casi exclusivamente cuando reivindicamos algo (más recursos personales, mejoras en las retribuciones económicas, etc.), cuando cometemos errores, o bien cuando un “titular” bien escogido hace parecer que los hemos cometido. Sin embargo, somos los grandes ausentes en aquellos temas que preocupan a la sociedad, aún siendo en muchas ocasiones sus verdaderos protagonistas, como en el caso de las campañas anuales de vacunación frente a la Meningitis C, de la Gripe y la Hepatitis B, o de la Educación para la

Salud en temas de gran calado y preocupación social como el consumo de drogas, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la detección precoz del Cáncer de Mama o los trastornos del comportamiento alimentario, como la Anorexia, la Bulimia o la propia Obesidad, por citar solo algunos ejemplos.

En un reciente estudio realizado desde la Cátedra de Educación para la Salud de la Universidad Complutense, quisimos conocer un poco más de cerca cuál es la imagen profesional que realmente proyectamos a la sociedad en general. Participaron en el estudio más de 30.000 niños de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, quienes a través de la expresión plástica de sus dibujos plasmaron la profesión que les gustaría desarrollar en un futuro. De entre todos los dibujos realizados, seleccionamos aquellos relacionados con las profesiones sanitarias y lógicamente de entre ellos, los de Enfermería.

Los resultados hablan por sí solos. Son siempre las niñas las que quieren ser enfermeras y en ningún caso los niños. La cofia continua siendo el estigma social que caracteriza a nuestra profesión aún en nuestros días, profesión que únicamente se relaciona con actividades curativas en todos los dibujos analizados, que se desarrolla en el hospital y a través de una mesa de despacho y que siempre se da en un segundo plano, a la espera de la demanda del médico y por supuesto con la ausencia obligada de la familia, a no ser que fuera la protagonista de las salas de espera o los pasillos.

¿No es así como nos muestran las series televisivas, la publicidad, los distintos informativos, etc.? La muñeca de muñecas, Barbie, tiene una versión de enfermera y su novio, Kent, la tiene de doctor. Corporación Dermoestética



utilizó un grupo de guapas modelos vestidas de enfermeras, pero con cofia, minifalda y ligüero, algo que en modo alguno fue novedoso, porque ya se utilizaba y con mucha frecuencia en el mítico programa "Un, dos, tres".

Los informativos, cumpliendo con su función de informar, daban a conocer, cada uno con su propio estilo, el caso de las muertes en el servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, en Madrid. En este caso, como en tantos otros, quienes más perdieron fueron los propios pacientes, pero sin duda también se perjudicó la imagen de los profesionales sanitarios y del sistema sanitario en general. Pero los profesionales de Enfermería también perdimos, sencillamente porque nadie habló de nosotros, los que realmente estamos siempre al lado del enfermo terminal hasta el mismo momento de su muerte. ¿Se pueden entender los "cuidados paliativos" sin el inestimable aporte de los profesionales de Enfermería? ¿Qué oportunidad perdida por miedo a que nuestras intervenciones pudieran ser politizadas por aquellos que entre sus objetivos tienen el politizar la asistencia sanitaria!

En las series televisivas con gran éxito de audiencias como Farmacia de Guardia, Médico de Familia y Hospital Central, los profesionales de Enfermería más bien parecen figurantes que protagonistas de una historia; una patobiografía en la que la Enfermería de la realidad siempre tiene un papel relevante que olvidan con frecuencia los guionistas. Esos mismos guionistas que ahora en la serie "El Síndrome de Ulises", donde a decir verdad una enfermera es una de las protagonistas, se refieren a ella como la "ATS", demostrando de esta forma dos cosas demasiado claras: el desconocimiento y la falta de rigor al escribir un guión y la necesidad de que nuestros representantes legales trabajen codo con codo con los productores de las series televisivas.

Y ahora más recientemente, los resultados del estudio antropológico de la mujer española realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, son publicados en



Internet, pero utilizando como cabecera y reclamo de la página a un grupo de provocativas enfermeras ataviadas con moderna lencería de todo tipo. También merece la pena recordar el caso de la Clínica San Rafael de Cádiz que atentó contra la dignidad de nuestra profesión, al exigir a las enfermeras vestir una falda, una blusa y una cofia para poder desempeñar una labor asistencial de primer nivel.

¿Es una cuestión de “casualidad”? Sinceramente creo sin temor a equivocarme, que se trata realmente de una sucesión de “causalidades” y que, ni el silencio ni el anonimato son rentables cuando analizamos la realidad de nuestra imagen social, que desde luego estamos obligados a mejorar con el trabajo de todos.

Por otra parte, de igual forma que la publicidad se incluye dentro de la vida de los protagonistas de las películas y las series televisivas, hecho que se conoce como “product placement” (implementación de productos), bien podríamos incluir determinados valores de nuestra profesión con el nuevo y poco debatido concepto de lo que podría denominarse como “values placement” (implementación de valores).

El silencio y el anonimato no obstante se están rompiendo, poco a poco, a través de la asunción de la Educación para la Salud de la población como parte inherente a nuestra labor asistencial, y tanto en el ámbito de la Atención Hospitalaria como de la Atención Primaria de Salud. La puesta en marcha de programas y actividades educativos ha propiciado sin duda, que la Enfermería adquiera un campo de trabajo propio, aunque siempre interdependiente, tanto por su formación en este campo como por tradición profesional, siendo precisamente esta labor la que está propiciando nuestra proyección social. Si la sociedad no conoce para que podemos serles de utilidad, evidentemente no podemos esperar un reconocimiento social acorde con nuestra preparación. Y precisamente es la Educación para la Salud, realizada tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario, la que comienza a generar identidad de los profesionales de Enfermería para la población tanto sana como enferma.

No pretendo con esta personal y modesta aportación señalar “responsables” de nuestra realidad, sino contribuir desde la crítica más constructiva, a potenciar la reflexión en torno a la imagen social como profesionales de Enfermería, que entre todos forjamos y que entre todos debemos mejorar. Esta reflexión, que desde luego está hecha desde el rigor, la honestidad y el máximo respeto por una profesión que además de ser la nuestra, hemos elegido desde la vocación, nos

obliga a reclamar tanto la formación y el entrenamiento adecuados, como la presencia de líderes sociales, que desde la Enfermería, contribuirán sin duda a mejorar nuestra proyección y nuestra imagen social.

Pero para ello se hace cada vez más necesaria la autocrítica como colectivo profesional y la autocrítica individual y personal de cada uno de nosotros, que con mucha frecuencia confundimos términos como los de "corporativismo" y "compañerismo". En muchas ocasiones hay quien siente vergüenza por poder ayudar a un compañero de profesión o a su propia familia por miedo a que la sociedad entienda esto como un ejemplo de corporativismo, cuando en realidad se trata de compañerismo, algo que debería incluso estar institucionalizado como lo hace El Corte Inglés o Iberia, por poner solo un par de ejemplos de lo que ocurre en cualquier compañía, que desde luego sí que tienen un programa claro de "proyección de imagen social".

Corporativismo es tratar de defender lo indefendible o bien tratar de ocultar cualquier negligencia de un compañero, pero nada tiene que ver con ayudarle en un momento en el que necesita sentirse parte del Sistema Sanitario, especialmente cuando la vida nos obliga a estar "al otro lado de la mesa" como usuarios del mismo, como si de una verdadera "Compañía" se tratara. Pero como digo, hasta esto es difícil en nuestro personal concepto de imagen social de la profesión.

Cuando de "imagen" se trata, los expertos aconsejan diseñar e implementar un programa con objetivos claros y realistas a la vez que medibles. Y esto se pone en marcha siempre que se trata de la "imagen de marca" de un determinado producto o de la "imagen de una compañía". ¿Por qué no se hace con la "imagen de nuestro Sistema Sanitario" o no lo hacemos con la "imagen de nuestra profesión"?

Y en esto, todos tenemos nuestra personal e irrenunciable cuota de responsabilidad. Nosotros como profesionales sanitarios, pero también quienes nos representan de forma oficial, tanto los sindicatos como los colegios profesionales y los distintos Consejos Autonómicos y General, así como todas las autoridades sanitarias, tanto a nivel público como privado, sin olvidar las sociedades científicas siempre que sean totalmente independientes tanto de la industria farmacéutica como de los poderes públicos.

Las funciones de Enfermería, las especialidades, la carrera profesional y nuestra formación universitaria, ahora con el máximo nivel posible, son cuestiones que deberían formar la base de nuestra imagen social como profesionales de

vocación y al servicio de la sociedad. Claro que para ello, los cargos directivos en Enfermería, hecho clave en el desarrollo de nuestra carrera profesional, deberían de dejar de ser solo “administrativos”, para poder ser totalmente ejecutivos dentro de la propia gestión de la sanidad. Y es que el cargo de supervisor por ejemplo, debería ser algo mucho más importante que aquél que vela por cubrir una plantilla en un momento determinado.

Y si hemos de seguir siendo sinceros, tampoco nosotros hacemos mucho por mejorar nuestra imagen social. Todavía existen Escuelas Universitarias de Enfermería en España, que cuando llega ese momento tan deseado de la graduación, lo festejan con la “imposición de cofias” y no de becas académicas como hacemos aquellos que creemos y defendemos, tanto la Academia como la Profesión.

Y continuando con este sincero ejercicio de autorreflexión, ¿somos conscientes de que en muchas ocasiones somos vistos por la sociedad, al igual que otros profesionales sanitarios como los médicos, como “agentes represores” cuando no como “agentes castigadores”, del mismo modo que mucho de nosotros vemos con frecuencia a los “agentes de tráfico”? ¿No estamos abusando en tantas otras ocasiones del modelo de comunicación basado en el miedo, la prohibición, el reproche y el castigo y, sobre todo, en nuestra hegemonía?

Y lo hacemos a la hora de tratar de conseguir el cumplimiento terapéutico, el abandono del tabaco, que para muchos sigue siendo un vicio en lugar de una enfermedad, la disminución de peso o la regulación de la tensión arterial, la glucemia o las cifras de colesterol. Y este modelo de comunicación es el que sigue predominando en las aulas, lugar sagrado de la Universidad donde se forman las nuevas promociones de profesionales de Enfermería. Los profesores en la Universidad además de transmitir enseñanzas, hemos de ser capaces de hacer llegar a nuestros alumnos los verdaderos valores de nuestra profesión, algo que también debemos hacer cuando se trata de la formación práctica en los hospitales o en los centros de salud.

Y desde luego flaco favor les hacemos contribuyendo a las “luchas de poder” por determinadas parcelas de la atención holística del paciente como es el caso de la prescripción de medicamentos. Ahora la “batalla” entre los profesionales de Enfermería y los de Medicina, se libra en el campo de la farmacopea con el término de “prescripción enfermera”, debatiendo incluso en el terreno de la política sanitaria qué medicamentos pueden ser prescritos por unos o por otros, transmitiendo una vez más a la población general la falta de trabajo en equipo

y la confusión cuando un profesional de Enfermería recomienda un determinado medicamento, que incluso podría pertenecer a la categoría de EFP (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias), medicamento que el usuario puede utilizar sin la consulta de ningún profesional y que puede adquirir en la Oficina de Farmacia sin ninguna receta.

En otras palabras, lo que se está discutiendo es quién debe recetar, pero... ¿qué? ¿Los medicamentos que necesitan receta, los que no la necesitan o todos? ¿No será que se están confundiendo el término de "recetar" con el de "prescribir"? ¿Seguro que todos los profesionales de Enfermería e incluso los de Medicina sabrían responder a esta pregunta y todos lo harían de la misma forma? ¿En base a qué evidencia científica o experiencia clínica se puede prohibir a un profesional de Enfermería prescribir un tratamiento específico, como sucede por ejemplo en la Diabetes Mellitus, cuando a través de la Educación para la Salud tratamos de garantizar que el propio paciente o incluso su familia pueda modificar las dosis de la insulina "recetada por el Médico", con el fin de poder controlar mejor su enfermedad?

Desde hace unos años, parece que todo lo que tenga que ver con nuestra profesión debe llevar implícito el término "enfermera o enfermero" para reclamar lo que por ley nos pertenece: historia enfermera o de enfermería, cuidados enfermeros, proceso de atención en enfermería, planificación enfermera, gestión enfermera, investigación enfermera, docencia enfermera y ahora la "prescripción enfermera". ¿Seguro que la inclusión de estos términos ayudan a mejorar nuestra imagen social? Al menos yo, como posible paciente me encontraría más seguro si dispusiera de "mi historia clínica", ni médica ni enfermera, si se hablara de investigación, donde los profesionales de Enfermería tienen una labor encomiable e imprescindible, si "mi proceso de atención" fuera integral y holístico y la planificación de "mis cuidados" fueran diseñados en equipo, en esas sesiones clínicas donde la Enfermería nunca puede ni debe faltar y si los tratamientos que me prescriban, tengan un apellido u otro, "prescripción enfermera o médica", se hubieran decidido con los criterios del rigor científico y sobre todo de una forma totalmente personalizada "para mí". Y sobre todo, que el hecho de quién tiene derecho a extender y firmar una receta pertenece a un ámbito mucho más político que social en todos los sentidos.

Y mientras nosotros, los profesionales sanitarios, seguimos enfrentados luchando por nuestras "parcelas de poder", la sociedad continúa demandando un profesional que preste una atención especializada, tanto en el medio hospitalario como en los Centros de Salud de la red de Atención Primaria, con una ade-

cuada formación en Geriátría y en Gerontología, en Nutrición, Drogodependencias, etc. y en Comunicación y Educación para la Salud. Un profesional capaz de potenciar la tan necesaria “humanización” de la asistencia y la incorporación real de la familia en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de los enfermos, así como el fomento y la promoción de la salud. Y todo esto, al menos en mi opinión, justifica que Enfermería sea mucho más que “una profesión de cuidados”.

La sociedad actual, la del Siglo XXI, mucho más informada pero cada vez peor informada, demanda una atención integral e integrada. Integral, desde el punto de vista del ser humano, e integrada porque es necesario, fundamental y hasta creo que indiscutible, trabajar en equipo multi e interdisciplinar y no sólo entre los diferentes profesionales que conformamos el conocido como “equipo de salud”, sino también con los profesionales de los medios de comunicación social que nos pueden prestar una ayuda inestimable a la hora de transmitir la verdadera imagen de nuestra profesión a la sociedad, algo que sin duda alguna debe ser “el verdadero reto de todos”.

Y es ahí donde debe nacer el debate de la tecnificación frente a la humanización. Hoy con cierta frecuencia asistimos a la dependencia de los avances técnicos, olvidando la importancia que cobra la humanización en el ejercicio de nuestra profesión, que sin duda debe ser nuestro “norte” a la hora de contribuir a mejorar nuestra imagen social como profesionales sanitarios. Pero para ello se hace necesario un adecuado entrenamiento en comunicación, la gran asignatura pendiente de todos.

Y una última reflexión muy personal para terminar. Mejor nos vendría a todos, a la población general, tanto sanos como enfermos, y a todos los profesionales sanitarios, si fuéramos capaces de aceptar de que “curamos” muy pocas veces, aunque con cierta frecuencia “aliviamos”, pero que tenemos la obligación moral y profesional de tratar de “consolar” siempre. Y eso en definitiva es lo que hace grande a nuestra Profesión de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Álvarez Nebreda, C.: Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978). Colegio Oficial de Enfermería. Madrid, 2008
- Arroyo Gordo, M.P.: El cuidado de la imagen enfermera (Editorial). Metas de Enfermería, 1999; 19:3

- Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación (19 de Julio de 1999). El Espacio Europeo de Educación Superior. Bolonia, 1999. Disponible en: <http://www.ucm.es/pags.php?tp=OTROS%20DOCUMENTOS&a=directorio&d=0014989.php>
- Dictamen del Consejo de Estado sobre el desarrollo de la Disposición adicional duodécima de la Ley del Medicamento. Comisión Permanente del Consejo de Estado. 22 de Mayo de 2008
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Estudio antropométrico de la población femenina española. MSC, 2008. Disponible en: <http://www.consumo-inc.es/Novedades/docs/tallasPresentacion.pdf>
- Orden Ministerial: Directrices generales para la elaboración de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. O. Ministerial de 31 de Octubre de 1977. B.O.E. nº 283. 26 de Noviembre de 1977
- Orden Ministerial: Regulación del plan de convalidación de los estudios de A.T.S. por los de Diplomado en Enfermería. Orden Ministerial de 15 de Junio de 1980. B.O.E. de 23 de Julio de 1980
- Real Decreto: Ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia). Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre de 2007. B.O.E. nº 260. 30 de Octubre de 2007
- San Segundo, G. Fernández de Sevilla, M. De Lorenzo, R. Hospital Servero Ochoa de Leganés: ¿Mala praxis o irregularidades administrativas? Medical Economics (Ed. Española), 2005; Abril: 20-25. Disponible en: www.medecoes.com/02numerosanteriores/articulo.asp?num=28&sec=7&art=reportaje1.pdf
- Sánchez Martos, J. Gamella Pizarro, C.: Certamen de Dibujo: ¿Qué quieres ser de mayor? Cátedra de Educación Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid. 2000
- Sánchez Martos, J.: "Influencia de los medios de comunicación en la población infantil-juvenil". Adicciones, 2000. 12 (1): 45-46
- Sánchez Martos, J.: ¿Y nuestra imagen social? Revista Médica. Marzo, 2008
- Valiño Pazos, C. Pedre Seoane, M. Pita Barral, M.C.: Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. Enfª Científica, 2005; 276-277: 19-23
- Villa Vélez, N. Salinas Ruíz de Infante, A. Ruíz de Azúa Velasco, M.A. Colominas Ochoa de Retana, S. Báez Sánchez, F.: La imagen de la Enfermera para la familia de la persona mayor. Gerokomos, 2005; 16(4): 198-208

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA: “TRATAMIENTO” Y “TRATO”

“En comunicación, calidad son aquellos pequeños detalles que nos distinguen de los demás”

Si hay algo en lo que casi con toda seguridad una gran mayoría de profesionales sanitarios estaríamos de acuerdo es que mientras que en el Siglo XX formábamos en las Universidades “profesionales de la enfermedad”, hoy tenemos que dedicar todos nuestros esfuerzos en conseguir una formación de calidad como “profesionales de la salud, la calidad de vida y el bienestar”, aunque para ello deberíamos parar, reflexionar, trabajar en equipo y conseguir que los nuevos planes de estudio de todos los profesionales sanitarios, y en nuestro caso los de Enfermería, se adaptaran a las nuevas necesidades de una sociedad que afortunadamente cada vez envejece más, aunque también con mayor rapidez debido a cuestiones de política social y laboral, y que tiene una mayor información sobre la enfermedad, que no sobre salud, y en una gran mayoría una inadecuada información como consecuencia del auge de los nuevos medios de comunicación social, y a la cabeza de ellos Internet, la red de redes sin ley, donde son demasiados los desaprensivos que tratan de hacer un negocio a costa de la salud de los demás y donde los que tratamos de hacer las cosas como es debido, con demasiada frecuencia pasamos desapercibidos.

No cabe duda por tanto, que si la población cambia, que si nuestros pacientes y sus familiares cambian, y que no sólo requieren un “tratamiento adecuado”, sino también un “trato” humano y humanizado, aunque no esté incluido en el Vademécum, también deberíamos cambiar nosotros, pero al mismo ritmo; y esto es lo que precisamente, al menos en mi opinión, no está sucediendo, a tenor de lo conocido hasta ahora en los nuevos planes de estudio del Grado de Enfermería, en los que “la comunicación” sigue siendo olvidada en la mayoría

de las Universidades y en las que se atreven a incluirla como disciplina, siguen haciéndolo de una forma tímida y nada explícita.

Pero en comunicación no hay trucos ni milagros, igual que el comunicador “no nace”, sino que “se hace” gracias al entrenamiento en habilidades de comunicación social, la gran asignatura pendiente del sistema sanitario, pero porque sigue siéndolo en el sistema universitario, que es donde se tienen que formar los profesionales sanitarios del Siglo XXI, que ya empieza a ser conocido como el “siglo de la comunicación”, aunque en realidad lo es ya de la “tecnología de la comunicación”: Internet, móviles de última generación, videoconferencias, quirófanos totalmente robotizados, enseñanza “on line”, etc. Demasiada tecnología y poco entrenamiento en “comunicación humana y humanizada”... ¡y menos mal que algunas instituciones, como consecuencia de la concienciación de sus dirigentes, incluyen este tipo de entrenamiento en la formación de postgrado y en algunas especialidades!

En comunicación existen principios y técnicas que si se desarrollan, se entrenan y se ponen en práctica, funcionarán consiguiendo de esta forma una gran habilidad para conseguir el éxito deseado en la comunicación interpersonal y eficaz. Y la clave para conseguir estos objetivos es sin duda, el entrenamiento, la autoevaluación y la credibilidad. Pero en muchas ocasiones no consiste en cambiar lo que ya sabemos, sino en potenciar lo bueno que todos tenemos dentro de cada uno, aunque eso sí con el entrenamiento continuo de nuestras habilidades en comunicación.

Estamos cada vez mejor entrenados en el “tratamiento” de las enfermedades gracias a la “medicina basada en la evidencia”, pero ¿lo estamos en cuanto al “trato” que demanda la sociedad actual? Y cuando me refiero a “la medicina” no lo hago como disciplina profesional, sino como “arte” en el que todos los profesionales sanitarios tenemos nuestra cuota de responsabilidad y en este caso particular, la Enfermería cobra un protagonismo especial como no puede ser de otra manera. Y cuando hablo del “trato”, lo hago refiriéndome a la comunicación con el paciente y su entorno familiar; su nombre, la cercanía y el calor de la voz humana, los gestos, nuestra expresión corporal y la suya como es lógico, el tacto y en definitiva la comunicación no verbal, que constituye la primera forma en que los seres humanos nos hicimos entender entre nosotros. Y es que con frecuencia olvidamos que “somos esclavos de nuestras palabras, pero también somos dueños de nuestros pensamientos”, que sin duda se reflejan en nuestro personal modo de comunicar con el paciente y su familia.

La comunicación es un verdadero proceso dinámico mediante el que una persona establece contacto con otra o con otras, gracias al tacto, la vista, el olfato, el oído o la escritura. De la buena utilización de estos elementos dependerá el éxito de nuestra intención de comunicar y sobre todo de que sepamos sacar el máximo rendimiento a la unión de todos ellos. El buen comunicador es el que utiliza todos los elementos en uno solo que yo denomino como “la comunicación saludable interhumana”.

Para que exista un verdadero proceso de comunicación son varios los elementos que se deben dar cita en él, además de estar adecuadamente conectados entre sí: el emisor, el receptor, el mensaje, el canal, el código y lo que denominamos como “feed-back”, que no es otra cosa que la conexión continua y obligada que debe existir en todo momento entre emisor y receptor para que podamos hablar de un verdadero proceso de comunicación directo, bidireccional y sobre todo “eficaz”. Analicemos por tanto, aún sin entrar en demasiados detalles los diferentes “elementos del proceso de comunicación eficaz”.

Comenzaré por el último citado por ser el elemento imprescindible para que la comunicación resulte del todo eficaz y nos ayude a conseguir ese “trato” con el paciente y la familia. El “feed-back”, es lo que se echa de menos con frecuencia cuando un profesional hace gala de que utiliza la “comunicación” cuando en realidad se limita a dar



“información”. Y son dos conceptos totalmente diferentes y con resultados nada parecidos en la realidad del día a día de nuestro ejercicio profesional. El “feed-back”, es eso que tanto necesitamos todos cuando hablamos con otra persona, pero es también eso que sin duda sentiría a lo largo de la lectura de este capítulo al echar de menos poder contestar al autor, si realmente no pudiéramos estar en contacto, algo que no sucederá en esta ocasión porque podremos estar “cara a cara” gracias a esta I Convención de Enfermería en alta mar que organiza el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valencia, a quién aprovecho para felicitar por esta magnífica idea de invitarnos a reflexionar sobre cuestiones tan importantes para nuestra profesión como lo es la necesidad de entrenarnos en “habilidades de comunicación social”.

El feed-back o retroalimentación es el elemento que realmente establece la diferencia entre el proceso de "información" y el de la "comunicación eficaz" propiamente dicha, es decir, la "comunicación bidireccional". Cuando nos referimos a la "información" lo hacemos conscientes de que se trata de un proceso de "comunicación unidireccional" con el que tratamos de ofrecer a nuestros receptores, a quienes nos escuchan, nos ven o nos leen, una información específica, pero prácticamente eso es todo. No existe la posibilidad de interacción entre emisor y receptor. Digamos que se trata de una "comunicación pobre", porque no existe el feed-back que todos necesitamos en el proceso de la comunicación eficaz.

La existencia de esa retroalimentación o feed-back, es precisamente lo que convierte al proceso en una verdadera "comunicación bidireccional", donde el emisor y el receptor pueden estar conectados de alguna manera para intercambiar sus opiniones, sus ideas, sus argumentos o incluso las tan necesarias miradas que necesitamos las personas para poder comunicarnos entre nosotros. Y no olvidemos que ese "feed-back" se consigue gracias a la comunicación verbal, pero también con la comunicación no verbal, porque la mirada es siempre el elemento clave para desarrollarlo adecuadamente. Y aún siendo esto verdad, intentemos al menos establecer un feed-back entre usted, lector y escuchante, y yo como escritor; le propongo que cuantas dudas, ideas o razonamientos quiera hacerme llegar lo haga directamente en la conferencia, en alta mar después de un día de relax maravilloso o si lo prefiere, después a través de mi dirección de correo electrónico teniendo la seguridad que en todo momento recibirá también usted mi personal feed-back: jsanchezma@meditex.es.

Hablemos ahora de otros dos elementos claves sin los que la comunicación no podría existir: el "emisor" y el "receptor". Son los verdaderos protagonistas del proceso de comunicación interhumana. El emisor, es quién decide iniciar el proceso

Si me he comido cuatro supositorios es porque ustedes, los médicos, no hablan claro; ya hay libertad de expresión, así que en lugar de decir por vía oral o vía rectal, dígame por la boca o por el culo, y ya está.



enviando un mensaje, que ha estructurado previamente con un determinado "código", a través de un "canal" específico al receptor, que será quién recibe ese mensaje y tras "decodificarlo", trata de entenderlo y de incluirlo en sus vivencias personales, por lo que a renglón seguido convirtiéndose ahora en emisor, constatará a quién le hablaba que ahora es el receptor de su mensaje, y vuelta a empezar; eso sí, si ambos establecen el necesario e imprescindible "feed-back" para que puedan llegar a escucharse y a entenderse.

Queda claro que cuando establecemos un proceso de comunicación interhumana, todos jugamos el papel de emisor y de receptor, o al menos así debería suceder, razón por la que hemos de aprender a "codificar" y a "decodificar" el mensaje que emitimos o que recibimos.

Y es que el "mensaje" es otro de los elementos clave de la comunicación. Si no hay mensaje no hay comunicación, pero si el mensaje está mal elaborado o mal "codificado", no conseguiremos que nuestro interlocutor, nuestro receptor, entienda lo que realmente queremos decirle. Decodificar un mensaje, es decir interpretarlo adecuadamente, además de necesario, no resulta sencillo si el emisor no le ha puesto el interés y el cariño necesario.

Debemos hablar a nuestros pacientes y su familia de forma que se nos entienda, es decir, con un mensaje elaborado con un "código" sencillo y de acuerdo a la formación de quién nos está escuchando en el proceso. Se trata pues, de hacerles fácil aquello que puede resultar difícil o complejo. En esto, y de una forma especial, los profesionales sanitarios tenemos mucho que aprender, porque con demasiada frecuencia nuestros pacientes no consiguen entender ni lo que les decimos, ni lo que les escribimos. ¿Y qué podemos decir, por ejemplo, de los prospectos de los medicamentos?; son el claro ejemplo de una comunicación defectuosa en la que prácticamente ningún emisor entiende nada, aunque a decir verdad puede que ese sea ese el objetivo de quien emite los mensajes que en los prospectos se incluyen, eso sí salvando siempre sus espaldas.

Una vez elaborado convenientemente el mensaje, quien lo emite decide el "canal" que va a utilizar para transmitirlo al receptor con el fin de que le llegue sin ningún deterioro. Para entendernos mejor, el canal del proceso de comunicación viene dado por la forma en que nos ponemos en contacto con la persona que ha de recibir nuestro mensaje, nuestro receptor, el paciente y su familia. Así, podemos hacerlo a través de la comunicación verbal, la comunicación escrita y la comunicación no verbal, la de nuestros gestos y nuestra expresión corporal, que es la más rica tanto en signos como en eficacia: nuestra cara que es el espe-

jo del alma, unida a la expresión de nuestro cuerpo y a la gran posibilidad que nos ofrece el sentido del tacto, son elementos fundamentales en cualquier proceso de comunicación y de los que en la mayoría de las ocasiones no sabemos sacar el partido adecuado.

Una sonrisa agradable, una cara amable, el movimiento lento de nuestras manos y saber utilizar el tacto con “tacto”, al tiempo que un tono de voz adecuado y en el entorno preciso, pueden facilitarnos el objetivo que deseamos en el proceso de comunicación. Estos elementos que en definitiva constituyen la base de la comunicación no verbal, forman parte indiscutible de cualquier entrenamiento en comunicación eficaz a la hora de atender a nuestros pacientes y sus familiares. Templanza, paciencia, conciencia y saber escuchar son las verdaderas virtudes de un buen comunicador.

Pero a pesar de los muchos entrenamientos a que personalmente me he sometido, tratando de aprender todo lo relacionado con el emisor, el receptor, el mensaje, el código, el canal y el feed-back, las cosas no siempre me han salido como realmente me había propuesto desde el principio. Algo falla, seguro. Y ese algo se conoce como la “percepción”, lo que yo he denominado desde hace tiempo como el verdadero “virus de la comunicación”, el elemento, que de no controlarlo adecuadamente, intoxica realmente el proceso haciendo que nuestro interlocutor, el paciente y su familia en nuestro caso, haya entendido algo distinto, incluso a veces lo contrario, de lo que quisimos decir o estamos seguros que dijimos.

La percepción es la interpretación que “el otro”, nuestro interlocutor, ha dado de todo cuanto dijimos, es decir, de lo que realmente contenía nuestro mensaje. ¿Por qué ocurre esto? Pues sencillamente porque no escuchamos como debemos. Si estuviéramos más pendientes de nuestro receptor que de nosotros mismos cuando comunicamos, mejor nos iría en el proceso de comunicación y mejor sería el “trato” que ofrecemos a nuestros pacientes. Se trata de potenciar ese feed-back, ese “estar pendiente” de si realmente nos están entendiendo o no, a través de la mirada observando la comunicación no verbal de quien nos está escuchando y a través de los oídos para escuchar cuanto tenga que decirnos. Y es que no sólo se escucha con los oídos, sino también con los ojos.

Quizá sea bueno reflejar todo lo dicho en lo que yo denomino como el “abc de la comunicación eficaz”:

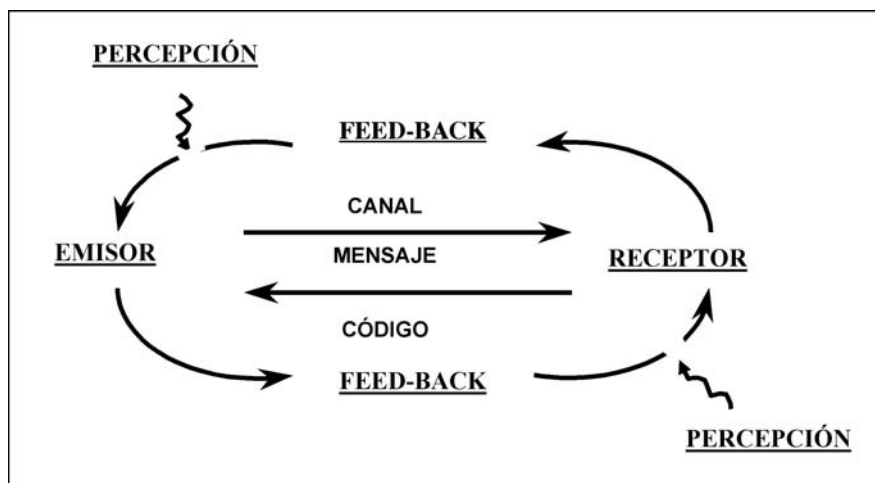
a) “El que no sabe lo que busca, no sabe lo que encuentra”: Aunque quizá sea mejor recordar a Mager porque utiliza una frase mucho más demostrativa

para ejemplarizar la importancia que cobra el hecho de tener claro nuestros objetivos en el proceso de comunicación: “Si no está seguro del lugar a donde quiere ir, puede encontrarse en otra parte y no darse cuenta de ello”. Si analizamos esta frase en profundidad nos daremos cuenta de que lo que Mager pretende con ella es que nos sensibilicemos de la importancia de saber cuál es nuestra meta, nuestros objetivos, además de la necesidad de establecer un verdadero programa de “evaluación continua” en cada momento del proceso de comunicación.

b) “Lo verdadero no es lo que dice el emisor, sino lo que haya entendido el receptor”: ¡Qué gran verdad! Seguro que como siempre me sucede a mí al recordar este, que es el primer axioma de la comunicación, le habrán venido infinidad de recuerdos tanto de su vida personal como profesional que acrediten el contenido de la misma. Es precisamente la “percepción”, tanto del emisor como del receptor en el proceso de comunicación, la que hace que una persona pueda entender las cosas de diferente forma, a veces de manera totalmente distinta, de cómo se dijeron en realidad. Pero no sólo hemos de pensar en la percepción para referirnos al contenido del mensaje, que desde luego puede llevar a errores a las personas que configuran el contexto de la comunicación, sino que también se debe aplicar a esa “primera imagen” que todos damos durante los primeros minutos del proceso y a la que todos hemos de dar la verdadera importancia que en realidad se merece.

La “percepción” es uno de los elementos claves del proceso de comunicación, que como antes decía yo defino como “el virus de la comunicación”, porque aparece prácticamente sin que seamos capaces de detectarla y es lo que precisamente intoxica el proceso, además de ser tremendamente contagiosa. Es precisamente por eso que debemos contar con la mejor vacuna para evitar su aparición: el adecuado entrenamiento en el proceso de comunicación.

c) “No sólo hablan las palabras”: Además de ser una gran verdad, esta aseveración constituye, al menos en mi experiencia, el tercer elemento de este “a, b, c de la comunicación eficaz”. Todo comunicador debe tener siempre presente que “no sólo de las palabras vive el hombre”, sino que el lenguaje corporal, su expresión corporal, es a veces, la mayoría de las veces, el elemento clave del éxito o del fracaso en cualquier proceso de comunicación.



ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN EFICAZ

Y una vez analizados todos los elementos que forman parte del “proceso de comunicación eficaz”, conviene que recordemos que existen diversos factores que como la “percepción” pueden alterar la consecución de nuestros verdaderos objetivos con el paciente y la familia. Concretamente me refiero a lo que denomino como “los ruidos de la comunicación” y es que como todos sabemos por experiencia propia, no hay nada más molesto que el ruido y sobre todo si es desagradable. El ruido siempre distrae nuestra atención y concentración e incluso en ocasiones llega a ser hasta irritable. De igual modo ocurre cuando en el proceso de comunicación se producen determinados “ruidos”, que son en definitiva los factores desencadenantes de las distracciones de quienes deberían estar atentos a nuestro mensaje.

Los “ruidos de la comunicación” en el desarrollo de la entrevista clínica, algo que forma parte esencial de nuestro ejercicio profesional pueden constituir un verdadero factor de riesgo, por lo que conviene que al menos sepa que existen y cuáles son sus efectos y si puede, que trate de controlarlos para evitar su aparición que siempre serán motivo de una situación nada agradable.

Consideremos por tanto como “ruidos de la comunicación” a todos aquellos elementos que distorsionan de algún modo la necesaria y agradable armonía del proceso de comunicación. Y me refiero sobre todo a las tan frecuentes interrupciones que se producen cuando alguien trata de comunicar con otra persona y

al enervante sonido del teléfono, pero también a los posibles comentarios que en voz baja podamos realizar entre nosotros delante del paciente o su familia, o alguno de nuestros gestos o incluso la presencia de objetos “innecesarios” en el contexto de la comunicación como por ejemplo una pizarra si borrar, un instrumento o aparato que no vamos a utilizar, unas cajas apiladas esperando a ser guardadas, etc.

Seguro que como nos ocurre a todos los que nos dedicamos a la noble tarea de la comunicación, habrá vivido la experiencia de estar en una charla o una conferencia, o quizá la estaba dando usted mismo, cuando el sonido de un teléfono móvil echó al traste la atención de los receptores y la concentración del emisor del mensaje. Piense que también puede sonar el teléfono fijo de la consulta o incluso su propio teléfono móvil, hecho que sin duda, además de constituir una clara falta de educación social, además romperá la armonía de su proceso de comunicación porque puede llegar a perder la atención y sobre todo la concentración, tanto la suya como la de sus interlocutores, su paciente, la familia o incluso en alguna ocasión su propia audiencia en una conferencia o una charla. Es lo que podríamos denominar como “el móvil del fracaso” del proceso de comunicación en nuestra entrevista clínica.

Nunca será demasiado, al menos en mi personal experiencia, insistir en que “la comunicación es la gran asignatura pendiente de los profesionales sanitarios”, porque cuando se consigue “aprobar” con un adecuado y personal proceso de entrenamiento en habilidades de comunicación humana y humanizada, nos damos cuenta de los

progresos de nuestros pacientes en su proceso de enfermedad o incluso como se mejoran los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población, gracias a una prevención basada en el moderno concepto de Educación para la Salud que se fundamenta en la “comunicación eficaz”. Por el contrario, cuando la comunicación en diferentes niveles, incluidos los medios de comunicación social, falla, las cosas son muy, pero que muy diferentes. Confío en que los siguientes ejemplos puedan resultar suficientemente representativos de cuanto trato de decir.



DECÁLOGO DE LA COMUNICACIÓN EFICAZ

- 1.- Entrenamiento y preparación
- 2.- Cercanía, cariño, empatía
- 3.- Sin “prisas”
- 4.- Contacto “con tacto”
- 5.- La imagen personal
- 6.- El “móvil” apagado
- 7.- Individualizar cada caso
- 8.- La escucha, siempre “activa”
- 9.- El “feed-back”, el mejor aliado
- 10.- Tratamiento y trato

Y recuerde, que no sólo hablan las palabras

Con sólo observar a nuestro alrededor y sin necesidad de desarrollar un riguroso proceso de investigación, nos podemos dar cuenta de que con la labor de todos, y no sólo de los profesionales sanitarios, estamos convirtiendo a la población general y especialmente a “nuestros mayores” en un conjunto de pacientes, en muchas ocasiones incluso hipocondríacos, al menos desde lo que podemos denominar como “salud sentida” o “enfermedad subjetivada”; aunque en realidad no padezcan ningún trastorno en su organismo, cada vez con más frecuencia se nos ofrece la “piedra filosofal del envejecimiento saludable”, en forma de medicamentos y chequeos muchas veces innecesarios.

Hoy, para llegar a vivir más y mejor, según nos lo tratan de vender a través de la publicidad en la que con frecuencia también caemos los profesionales sanitarios, es necesario tomar ácido acetil salicílico, la mayor parte de las veces en forma de Aspirina o cualquier otro antiagregante plaquetario, con el objetivo de evitar el desarrollo de una enfermedad tromboembólica o un infarto de miocardio, aunque la población general desconozca las pautas de su administración y los riesgos de su consumo diario.

Hoy además, si queremos mantener a raya nuestro colesterol (siempre se refieren al “malo” por supuesto), las propias Sociedades Científicas, que desde luego son por las que todos “debemos regirnos”, aconsejan tomar el medicamento preciso para evitar superar ese “nivel de seguridad” que con frecuencia van disminuyendo los expertos haciendo casi imposible mantenerlos con unos hábitos de vida totalmente saludables. ¡Y claro está que lo hacen por nuestro bien!, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad, consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, que como todos sabemos siguen constituyendo la primera causa de “muerte evitable” en España y en el resto de los países industrializados.

Hoy, si queremos ser más felices y evitar caer en manos de cualquier enfermedad mental como por ejemplo una depresión, lo mejor será tomar cualquier ansiolítico o incluso un antidepresivo de última generación, al menos si hacemos caso a la publicidad que nos trata de vender estos medicamentos como “los fármacos de la felicidad”. Y si de felicidad se trata, también habrá alguien que nos garantice el vigor sexual necesario para conseguirla, eso sí gracias a la famosa “píldora azul” o a sus análogos.

Hoy, momento en el que todos insistimos en que la obesidad es la verdadera epidemia del Siglo XXI, igual que lo fue en la última década del Siglo XX, todavía estamos pendientes de que las propias autoridades sanitarias la acepten como una enfermedad. Y mientras tanto, confundiendo la enfermedad con la estética,

las personas obesas confían en toda clase de dietas y pastillas milagrosas y en las clínicas que ofrecen el balón intragástrico o la cirugía bariátrica como la solución definitiva a un problema en el que resulta fundamental la modificación de hábitos de vida, siempre atendiendo a la “medicina basada en la evidencia”.

Y si quiere dormir mejor, un somnífero. Y si tiene cefalea, lo mejor un paracetamol o cualquier otro analgésico. Y si tiene alergia, o al menos el ciudadano en cuestión cree que la padece, pues un antihistamínico, eso sí, de los de última generación porque son los que menos efectos secundarios tienen. Y si padece una ligera dispepsia, pues ya no un antiácido, que también tiene sus efectos secundarios, sino el último inhibidor de la bomba de protones que, cómo es lógico, si es más caro, será mucho mejor.

Y si ha padecido cualquier golpe o un dolor lumbar, mejor que hacer un diagnóstico diferencial en la consulta del médico de cabecera, el de familia en el Centro de Salud, pues a tomar cualquier antiinflamatorio de los que libremente se publicitan en los medios de comunicación, aún a pesar de poder padecer una hemorragia digestiva, aunque eso no lo diga la publicidad como es lógico. Y ahí tenemos a un gran número de ciudadanos tomando ibuprofeno, sin saber que están poniendo en riesgo la salud de su mucosa gástrica, mientras que otros, los “más informados”, añaden a su autotratamiento un protector gástrico en forma de omeprazol o similar.

Y hoy, para colmo de males, ya no sólo parece indispensable beber una copita de vino en la comida y otra en la cena si no queremos desarrollar una enfermedad cardiovascular aunque nos declaremos abstemios, sino que la cerveza, el cava, el champagne, y como dicen algunos expertos, “todo el alcohol tomado con moderación”, nos ayudará a vivir más y mejor, pero olvidando siempre que en el 65% de los casos de violencia en todos los sentidos, y también con los mayores, el consumo de alcohol y especialmente el de vino, es el verdadero protagonista. ¿No estamos también medicalizando a la población al aconsejar el consumo de vino como un verdadero medicamento?

Bueno, y si tenemos la mala suerte de padecer un cáncer, seguro que alguien nos aconsejará, y esto desafortunadamente ya lo hacen algunos profesionales sanitarios en la práctica, que lo mejor es tomar marihuana, incluso en forma de porros, para evitar los efectos secundarios de la quimioterapia; y esto es así porque algunos expertos, aún sin llegar a demostrarlo con el rigor que exige la ciencia, siguen aconsejando esta sustancia, que desde luego no medicamento, incluso para el tratamiento de la esclerosis múltiple, olvidando que recientemente la

propia FDA, tantas veces citada por todos, especialmente cuando interesa, acaba de emitir un informe en que asegura que no existen estudios científicos que avancen el uso de esta droga como medicamento.

Hoy incluso, un gran sector de la población femenina entiende que gracias a la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, presentada por los medios de comunicación como la vacuna eficaz contra el cáncer genital femenino, no existe riesgo de contagio y que por tanto puede prescindir del uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Algo parecido a lo que está ocurriendo entre los jóvenes y los “no tan jóvenes”, que entienden que al poder disponer de la “píldora del día siguiente”, tienen libertad en sus prácticas sexuales, olvidando el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual.

Hoy, con el fin de mantener un mejor grado de salud, resulta más conveniente para un amplio sector de la población consumir alimentos enriquecidos con Omega 3, aunque en realidad no sepan en que consisten estos ácidos grasos. Pero, además de ser más caros, aspecto esencial en la teoría de consumo, la publicidad los ofrece como la solución o al menos como la alternativa a una alimentación equilibrada, base de nuestra emblemática dieta mediterránea.

Y si a todo esto añadimos que la nueva Ley del Medicamento permite el acceso a los que no necesitan receta a través de Internet, las cosas se nos ponen realmente difíciles a quién creemos firmemente en el poder que tiene la información adecuada, la comunicación eficaz y en definitiva, la educación para la salud.

Pero además de la medicalización sensu estricto, hemos de tener presente que vivimos un momento en que la mayoría de la población se siente más segura cuantas más pruebas diagnósticas se realicen, aún a costa de su coste, algo que desde luego desconocen, y de las molestias que les puedan ocasionar. Hoy, para un gran sector de la población, es mucho mejor y está mucho más capacitado el profesional que diagnostica un simple esguince con una Resonancia Magnética Nuclear, que aquél que lo hace por experiencia clínica a través de una exploración. Hoy es mejor acudir a un servicio de urgencias, donde practican todo tipo de pruebas, que acudir a la consulta del centro de salud.

Y es que no sólo estamos contribuyendo todos, cada uno con nuestro personal “granito de arena”, a convertir a los ciudadanos en un conjunto de pacientes, sino que les estamos enseñando a practicar el “autodiagnóstico” y la “automedicación”, aunque desde algunos sectores ya se han adelantado desde hace unos diez años a definir la importancia que cobra para un Sistema Sanitario avanzado como el nuestro, la “automedicación responsable”.

Y es precisamente aquí, donde debe nacer nuestro ejercicio de autorregulación como profesionales y nuestra propia responsabilidad en el noble ejercicio de la profesión sanitaria. ¿Es necesario, es correcto, es imprescindible dar información al paciente, toda la información con el fin de que pueda llegar a vivir más años y mejor?

Pues desde mi modesta opinión, un “sí” rotundo aunque con algunos matices, como sucede con la mayoría de las aseveraciones. El ciudadano tiene el derecho por Ley, a recibir toda la información que tenga que ver con el fomento de su salud y la prevención de la enfermedad. Y el paciente, que también es ciudadano, por la misma Ley que ya nace de la propia Constitución Española, tiene el mismo derecho que nosotros no podemos negarle. Cada vez es mas cierto, de acuerdo con la mayoría de los especialistas en Salud Pública, Medicina Preventiva y Educación para la Salud, que “un ciudadano bien informado es más difícil que enferme y que un paciente bien informado es más fácil que se cure o al menos que se recupere o se controle”. Pero eso no quiere decir que el ciudadano sano o el ciudadano enfermo, también denominado “paciente”, tenga que automedicarse, algo que sucede cada vez con más frecuencia en nuestra sociedad de consumo, donde parece interesar que fomentemos un exagerado culto al medicamento.

Por otra parte, también conviene recordar que las mismas leyes deben garantizar el rigor de la información que reciben los ciudadanos y sin embargo éstos en innumerables ocasiones, con mucha más frecuencia de la deseada, en lugar de consultar a su médico de cabecera o su profesional de enfermería en el Centro de Salud, asisten a la consulta del Dr. Google o la del Dr. Yahoo, que nunca tienen listas de espera y que gratuitamente ofrecen todo tipo de información a través de páginas y páginas que no cuentan con el soporte del más mínimo rigor científico.

Y no olvidemos que desde la desgraciada crisis sanitaria del “aceite de colza” de principio de los ochenta, seguida en el tiempo por la “falsa epidemia de meningitis” en 1997, el mal de las vacas locas en 2001, la peste porcina, el aceite de orujo, la neumonía asiática y ahora incluso la mortífera gripe aviar, que según muchos expertos acabará con gran parte de la humanidad, los medios de comunicación descubrieron la clave del éxito de las audiencias en radio y televisión y de las ventas en periódicos y revistas, siempre que la salud, mejor dicho la enfermedad, sea la protagonista de la historia. ¡Y la verdad, es que nadie quiere estar enfermo! Precisamente las noticias de salud y enfermedad son las

más demandadas por la sociedad en general, por encima de las políticas, en la mayoría de las encuestas de opinión.

Dicho de otro modo y como insistía al principio, hoy el profesional sanitario está asistiendo a un verdadero cambio de la población, de ciudadanos y pacientes que debe atender en la consulta de Atención Primaria o de la Atención Hospitalaria; un ciudadano mucho más informado, aunque la mayoría de las veces “mal informado” a través de Internet y los medios de comunicación social. Un paciente que al estar más informado es mucho más demandante de pruebas diagnósticas que en una gran mayoría de ocasiones no son necesarias, o al menos no imprescindibles.

Si a esto añadimos la práctica, cada vez más habitual en los países desarrollados, de lo que se viene denominando como “medicina defensiva”, que incluye también la “enfermería defensiva”, no sólo para evitar las cada vez más frecuentes agresiones, físicas o psíquicas, de algunos ciudadanos inconformistas con el Sistema, sino las continuas denuncias con las que algunas asociaciones justifican su “modus vivendi”, es lógico pensar que el profesional sanitario debe cambiar la forma de ejercer su profesión, entrenándose en materia de “comunicación eficaz, humana y humanizada”.

Seguro, o al menos es lo que postulo desde hace muchos años, que con la adecuada y necesaria información, desde el rigor y la formación por supuesto y gracias a la eficacia de nuestro proceso de comunicación, el ciudadano llegará a entender que no todo se soluciona con medicamentos, al tiempo que sabrá discernir y podrá llegar a entender por ejemplo, que la comunicación con los demás, el agua, la alimentación saludable y la práctica regular y moderada de ejercicio físico, son los verdaderos medicamentos, los más eficaces, los que menos efectos secundarios tienen y los más baratos, aún recordando siempre que no existe el “riesgo cero”. Claro, que quizá por eso, por ser los más baratos y los de mayor accesibilidad, no son tenidos en cuenta como eficaces para mejorar nuestro estado de salud y poder llegar a vivir más años y con mejor calidad de vida. Bueno, la verdad es que ¿a quién interesa promocionar y publicitar estos “medicamentos”? ¿Quién se puede beneficiar del consumo de estos “medicamentos naturales”, entre los que la “comunicación eficaz” cobra un verdadero e indiscutible protagonismo”?

Pero también esa “comunicación eficaz” es especialmente necesaria cuando una vez hayamos sucumbido a la enfermedad, estemos ingresados en un hospital. En este caso también los profesionales sanitarios deberíamos contar un ade-

cuado entrenamiento en las más sencillas técnicas y habilidades de comunicación.

Y en este sentido, y sin ánimo de ofender a nadie, me he permitido la licencia de reflejar en voz alta aunque a través de la escritura, mis sentimientos como futuro paciente de un Sistema que necesita más humanización que tecnificación. Como les digo a mis alumnos en mi última clase de curso, cuando les quedan apenas dos meses para gozar de su maravillosa profesión con total dedicación y vocación, aspectos que siempre doy por supuestos, lo más probable es que nos podamos encontrar en un hospital. Ellos, ustedes, como verdaderos profesionales, y yo, postrado en la cama de "mi habitación", como paciente. Y a buen seguro que no seré un paciente resignado y temeroso del Sistema, porque al conocer mis derechos, reclamaré que se cumplan todos, uno a uno, del mismo modo que trataré de cumplir con mis obligaciones, que en el momento en que esté ingresado serán más bien pocas, porque con certeza las habré cumplido y con creces a lo largo de toda mi vida "productiva" con mi contribución al "fisco".

Haciendo honor a la verdad no me gustaría que a nadie, y tampoco a mí, se le molestara en la intimidad de su habitación, en la que está ingresado quizá compartiendo unos pocos metros cuadrados y el cuarto de baño con un desconocido, pero que a pesar de ello sigue siendo "su habitación". Nunca entenderé que el mero hecho de vestir una bata blanca o un pijama también blanco o de otro color, pero siempre clínico, nos dé derecho a los trabajadores de un hospital a abrir la puerta sin llamar. Yo no se a usted, pero a mí jamás me han abierto la puerta de la habitación en un hotel sin que concediera el permiso necesario. ¿Y no es lo mismo? ¡Vaya que sí!

Estoy seguro de que tampoco me veré nada favorecido con esos "pijamas" o "camisones" que tienen a bien entregar en el hospital cuando ingresan a un paciente y que en algunos casos son de obligado cumplimiento aunque no de su agrado, aludiendo con frecuencia a un "lo siento, pero son normas del hospital". Pero, ¿quién ha sido capaz de poner unas normas por las que se obliga a alguien que ya ha cumplido con sus obligaciones, a vestir una prenda que no es de su agrado? ¿Es que el pijama que ha adquirido el gerente de un hospital, pero que estoy seguro no se ha probado, influye en la curación de la enfermedad? No, absolutamente, no.

Sin embargo, lo que sí es cierto es que el "pijama personal", el de cada uno, con el que el enfermo se siente a gusto porque es de su talla y del color que a él le agrada, sí que influye de una forma clara y decidida en la "curación del enfermo", más que de la propia enfermedad.

Estoy plenamente convencido de que este punto, controvertido o no, debería estar incluido en lo que denominamos ahora como “medicina basada en la evidencia”; evidencia humana, pero evidencia al fin y al cabo; y si no, que le pregunten a los enfermos.

Y para terminar y desde la reflexión que entiendo obligada como profesional sanitario, enfermero y médico que soy, ¿por qué no contar con un verdadero “código ético de la comunicación”, aceptando ni más ni menos que “la comunicación es un verdadero arte”? Un arte que se debe siempre impregnar de la ética necesaria en el ejercicio de nuestra profesión, especialmente si se trata de “nuestros mayores”.

Un código ético que recoja el principio fundamental de “*primun non nocere*”, siempre con la libertad garantizada en nuestro proceso de comunicación, defendiendo la verdad y desde el rigor científico, respetando las creencias de nuestros pacientes y su familia, dedicando el tiempo necesario a cada persona, con una comunicación individualizada, pero sin olvidar a la familia, y estableciendo ese contacto con verdadero “tacto”, para conseguir al final, hacer fácil lo difícil a los demás. Y es que además del tratamiento que ofrecemos a nuestros pacientes y a sus familias, cada vez se hace más necesario para todos, pensar en el “trato”.

No sólo se trata de “tratar” a los pacientes y a su familia como nos gustaría ser tratados a nosotros mismos, sino de no tratarlos como no querríamos que nos “trataran”.

*“Seis honrados servidores me enseñaron cuanto sé;
Sus nombres son: cómo, cuándo, dónde, qué, quién y por qué”
(Rudyard Kipling)*

Código ético de la comunicación para los profesionales sanitarios

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1.- <i>Primun, non nocere</i> | 6.- Dedicar el tiempo necesario |
| 2.- Libertad al comunicar | 7.- Individualizar la comunicación |
| 3.- Decir siempre la verdad | 8.- No olvidar a la familia |
| 4.- El rigor científico | 9.- El contacto, “con tacto”: el “trato” |
| 5.- Respetar las creencias | 10.- Hacer fácil lo difícil a los demás |

EL "ABC" DE LA COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LOS CINCO PRIMEROS MINUTOS

- Se trata de establecer un verdadero contacto, "con tacto", con el paciente y su familia, y en su caso la población sana, los verdaderos "receptores" de nuestro "mensaje". En otras palabras: individualizar y personalizar cada caso.
- El entorno de la comunicación: es importante tener en cuenta la luz, la ventilación, la mesa, las sillas de confidente para los interlocutores, los ruidos, los olores, el teléfono etc. Y tanto en la consulta, como en la sala de espera.
- "Romper el hielo": con temas de actualidad (política, economía, salud, sanidad, sociedad, deportes, tiempo, etc.), aficiones del paciente, e incluso con temas personales y familiares, dependiendo de cada caso.
- El nombre: el mejor regalo para nuestros oídos y el de nuestros pacientes.
- El saludo inicial: cordial, cercano, cálido. Es fundamental tener en cuenta la expresión corporal (de pié, inclinado, sentado) y el saludo con las manos. También es importante la comunicación verbal, sobre todo el tono con el que se habla en esos primeros momentos del proceso de comunicación.
- El feed-back de la mirada: El receptor de nuestro mensaje tiene que sentirse escuchado y atendido. Cuidado con las gafas, el ordenador, los apuntes que tomamos, o si les hablamos mientras atendemos el teléfono o a otra persona en la consulta.
- La escucha activa: interrupciones cortas, lógicas y coherentes, tratando de conocer más detalles y que nuestro "receptor" se sienta "escuchado".
- Es conveniente que la mayoría de la preguntas sean "cerradas" sin abusar de ellas, dando paso a alguna "pregunta abierta".
- El código de la comunicación: debemos utilizar siempre el código que pueda entender quien nos escucha en cada caso, y no el que nosotros utilizamos comúnmente.
- La percepción, el verdadero "virus de la comunicación": "Lo verdaderamente importante es lo que haya entendido el receptor y no lo que haya dicho el emisor". Se trata de preguntarnos: ¿he sido capaz de hacerme entender?, en lugar de "¿me habrá entendido bien?".

- No es conveniente mirar con frecuencia el reloj, porque podemos dar a entender al paciente o a su familia que el "tiempo" se está agotando.
- El "bunker de la comunicación", la mesa de despacho en la consulta: a veces es conveniente salir de este "bunker" y ver las cosas desde "el otro lado".
- "Los ruidos de la comunicación": evitar las interrupciones tan frecuentes como consecuencia de los compañeros que abren la puerta del despacho, o el timbre del teléfono fijo o el móvil. También puede sonar el móvil del paciente o el de su familia, pero será su responsabilidad y nosotros hemos de estar preparados para ello.
- Las instrucciones que demos en cada momento, deben ser claras para que podamos conseguir su correcto entendimiento y por ende el "cumplimiento terapéutico" que tanto deseamos.
- Siempre que sea posible es conveniente dar "apuntadas" las cosas en una nota y cuidando su presentación. Deberemos huir de los post-it y similares.
- La "despedida": debe ser como el saludo inicial: cordial, cercana y cálida. Es fundamental tener en cuenta la expresión corporal (de pié, inclinado, sentado) y el saludo con las manos. También es importante la comunicación verbal, sobre todo el tono con el que se habla en esos últimos momentos de nuestra conversación.
- Y un cuidado especial en la atención que ofrecemos por teléfono, porque éste medio es en la mayoría de las veces, la mejor tarjeta de visita de nuestra empresa, el sistema sanitario, pero también de nosotros mismos.

El entrenamiento en "comunicación verbal" y en "comunicación no verbal", es esencial para que los cinco primeros minutos de cualquier proceso de comunicación sean de calidad y contribuyan a mejorar el grado de satisfacción, tanto de nuestros pacientes y sus familias como de nosotros mismos, responsables máximos del éxito del proceso de comunicación, objeto de nuestro trabajo diario.

Y una última reflexión en torno al "trato" en nuestro trabajo:

***¿ Tratamos a nuestros pacientes
como nos gustaría ser tratados ?***

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Fernández Areal, M.: *El proceso comunicativo*. Excma. Diputación de Pontevedra, 1999
- Fundación Gaspar Casal: *Los españoles frente a la salud y sus determinantes*. Forum Sanofi-Aventis, Madrid, 2007
- Gamella Pizarro, C.: *La Unidad de Información a los familiares y acompañantes en los Servicios de Urgencia Hospitalarios: su impacto en la calidad asistencial percibida*. Proyecto de Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2008. (En curso)
- Instituto de Información Sanitaria, CIS.: *Barómetro Sanitario 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n. 274 de 15 de Noviembre de 2002
- Llacuna Morera J.: *La comunicación no verbal (1): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?* FMC 2000; 7 (8): 20-35.
- Martínez Segura, P.: *Medios de Comunicación y Salud*. Informe Sespas 2002: *La salud y el sistema sanitario en España*. Sespas, 2002.
- Palomo L. y cols.: *Informe Sespas 2006: Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*. Gaceta Sanitaria, 2006; 20, Supl. 1
- Sánchez Martos, J. y Gamella Pizarro, C.: *La Educación para la Salud y los Medios de Comunicación Social*. En: Rivera M.J., Walter, A. y García, A. *Educación para la comunicación*. Televisión y multimedia. Libro interactivo. Madrid: Corporación Multimedia, 2002
- Sánchez Martos, J.: *A favor del tiempo: Como afrontar el paso de los años para gozar de una vida saludable*. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 2004
- Sánchez Martos, J.: *Marco conceptual de la Promoción y la Educación para la Salud*. En: Marqués, F., Sáez, S. y Guayta, R. eds. *Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud*. U.O.C. Barcelona 2.005: 25-61
- Sánchez Martos, J. y Gamella Pizarro, C.: *Información alimentaria y educación para la salud*. En: *El derecho a la información en salud alimentaria*, Eupharlaw, Madrid 2007: 80-106
- Vallejo Nájera J.A.: *Aprender a hablar en público*. 2ª Ed. De Bolsillo. Barcelona: Planeta, 2005

I CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

LUIS GALINDO OLIVERA

*Consultor de equipos directivos de empresas de ambito
nacional e internacional*

CÓMO AFRONTAR NUEVAS SITUACIONES PROFESIONALES EN EL SIGLO XXI: CONTROL DE LAS EMOCIONES Y CONSISTENCIA PROFESIONAL

“Uno debe ser tan dueño de sí mismo, que ni en la mayor prosperidad, ni en la mayor adversidad pierda su compostura.”

Los impulsos biológicos rigen nuestras emociones. El autocontrol, especie de conversación interior incesante, es el componente que impide que seamos prisioneros de nuestros impulsos, y de esa manera encuentra modos de controlarlos e incluso canalizarlos con fines útiles.

¿Por qué para las personas es tan importante el autocontrol?

En primer lugar, quienes controlan sus sentimientos e impulsos son capaces de crear un ambiente de confianza y honestidad.

El autocontrol tiene un efecto contagioso. Nadie quiere ser considerado un atolondrado cuando el jefe tiene fama de mantener siempre la calma. Si los responsables no tienen mal humor, por lo general, tampoco lo tendrá el resto de la estructura.

En segundo lugar, el autocontrol es importante por razones competitivas.

Todos sabemos que el mundo laboral implica convivir con la ambigüedad y el cambio. Las empresas se fusionan y deshacen sin cesar, la tecnología transforma el trabajo a un ritmo trepidante. Quienes dominan sus emociones pueden adaptarse mucho mejor al cambio. Cuando reciben la noticia de que en la empresa va a aplicarse un nuevo programa, no les entra el pánico, se reservan para sí mismos sus juicios y se van amoldando a el.

Los signos del autocontrol emocional, por lo tanto, saltan a la vista:

- Propensión a la reflexión y la meditación

- Sensación de comodidad en la ambigüedad y en el cambio
- Integridad: habilidad para decir no a los impulsos no adecuados.

Pero de forma más concreta veamos que sucede con el autocontrol, dónde se encuentra y cómo funcionan sus centros y que aspectos comportan el Autocontrol.

En situaciones estresantes y complicadas la actividad cerebral, en su aspecto emocional, reduce algunas de las funciones de los lóbulos frontales.

En los lóbulos frontales se halla la “memoria operativa” que nos permite tener capacidad para poder prestar atención y recordar la información más relevante e importante.

Cuando estamos tranquilos y sin presiones nuestra memoria operativa tiene un rendimiento óptimo. Si se produce una situación de urgencia nuestro funcionamiento cerebral se modifica centrándose en la necesidad de sobrevivir, por lo que cambiamos nuestro funcionamiento a una modalidad más autodefensiva ante las diferentes señales de alarma.

Esto comporta que nuestra actividad cerebral disminuya para ejecutar rutinas sencillas y familiares, decreciendo la actividad del pensamiento complejo, la intuición creativa y la planificación a largo plazo, por el contrario aumenta el temor, la ansiedad, la rabia, el pánico (entre otras emociones) como forma de afrontar las urgencias que tenemos que gestionar.

A veces ocurre que cuando tenemos una sobrecarga de trabajo, estamos sobreexcitados o sobrepasados, la más pequeña adversidad puede producir una respuesta extrema.

Por todo lo expuesto anteriormente sería interesante utilizar un recurso como el autocontrol emocional, con ello se trataría de evitar realizar una respuesta emocional extrema. Es interesante remarcar la diferencia existente entre la concepción de autocontrol emocional y el exceso de control. Este último puede ser entendido como la extinción de todo sentimiento espontáneo, que duda cabe que tiene un alto coste físico y mental pues las personas que apagan sus sentimientos –y en especial los que algunos autores califican como “negativos”– suelen tener más alto su ritmo cardíaco, es más, si toma un carácter crónico puede incluso obstaculizar el funcionamiento del pensamiento, trastornar las funciones intelectuales y paralizar las relaciones con otras personas de forma que no sean equilibradas. El autocontrol emocional es una competencia que nos facilita la posibilidad de elegir CÓMO comunicar nuestros sentimientos a los demás y sobre todo a nosotros mismos.

A la capacidad de controlar nuestros impulsos y sentimientos conflictivos se le denomina Autorregulación. Esta autorregulación depende de una relación entre los centros emocionales (control de los impulsos) y los centros ejecutivos (capacidad para hacer frente a las adversidades o los contratiempos con los que nos enfrentamos). Ambos centros están situados en la región prefrontal cerebral. Estas dos habilidades (control de impulsos y hacer frente a los contratiempos) componen el núcleo esencial de cinco competencias emocionales:

1. Autocontrol:

Solucionar convenientemente las emociones e impulsos conflictivos

Las personas que gestionan esta faceta

- Administran adecuadamente sus sentimientos impulsivos y sus emociones; para expresarse con más claridad utilizan la serenidad para comunicar lo que desean, en vez de elegir una forma agitada que a veces se deriva de la ansiedad
- Permanecen en equilibrio incluso en momentos difíciles o críticos; no suelen tener explosiones emocionales
- A pesar de las tensiones o presiones son capaces de pensar con claridad y consiguen estar concentrados; son capaces de distribuir adecuadamente su tiempo y no tener distracciones que les hagan perder el tiempo

Es una responsabilidad personal tener el control sobre nuestro estado mental, pues nuestro estado de ánimo influye en nuestro pensamiento, nuestra memoria y nuestra percepción de lo que sucede. Cuando nos enfadamos con alguien somos capaces de recordar situaciones que estimulan nuestro enfado actual, nuestros pensamientos se centran entonces en una especie de bucle donde su núcleo es la situación que nos provocó el enfado, incluso pudiendo cambiar la percepción o visión que tenemos del mundo. Es importante superar la dominación del bucle para poder superar estos estados de ánimo que no nos hace ser más eficaces a la hora de gestionar nuestras emociones. Existen muchas técnicas como la relajación, respiración, realizar algún ejercicio, un agradable baño, yoga... cualquier actividad que nos permita salir de ese bucle para poder recuperarnos lo antes posible, además sucede que según seamos capaces de realizarlo más veces nuestra vulnerabilidad disminuye y, la ansiedad que podemos llegar a sentir en un momento crítico, será cada vez más breve.

2. Confiabilidad e integridad

Honradez, sinceridad y responsabilidad

Las personas que desarrollan esta faceta

- Cumplen sus promesas y sus compromisos
- Son responsables de sus objetivos
- Se organizan y cuidan de su trabajo
- Proceden éticamente
- Se ganan la confianza de los demás
- Admiten sus propios errores
- Toman posturas firmes y con fundamento basadas en principios, aunque estos a veces sean impopulares

Existe una relación entre la integridad y la credibilidad, para tener esta última debe estar fundamentada en la integridad. Nos convertiremos en personas confiables en medida que permitamos que los demás conozcan nuestros valores, creencias, intenciones, sentimientos... y éstos tengan una coherencia entre lo que decimos, sentimos y actuamos, en definitiva ser sincero y auténtico; por ello podemos decir que la integridad sería la expresión clara, abierta, sincera y coherente de todos estos aspectos.

Así mismo la responsabilidad es un factor importante del autocontrol emocional. El ser puntual, preciso, autodisciplinado, cumplidor de tiempos, obligaciones y normas, cooperan y ayudan a otras personas... es propio de individuos que consiguen que las tareas se lleven a cabo, "que las cosas funcionen". La responsabilidad está considerada como un elemento fundamental del éxito por su alta relación con la eficacia. En especial la responsabilidad también toma una dimensión importante en puestos de trabajo que poseen un nivel bajo en la empresa, por ejemplo el repartidor que llega siempre a tiempo, el mensajero que no pierde ningún paquete...

A menudo ocurre que las personas con esta cualidad de responsabilidad tienen unos altos estándares de exigencia, para sí mismos y para los demás siendo poco flexibles impidiendo desarrollar las distintas facetas que puede aportar cierta creatividad. Como siempre deberíamos tender al equilibrio.

3. Adaptabilidad e Innovación

Responder a retos, cambios y desafíos con flexibilidad, a la vez que ser receptivo a nuevas ideas, información y perspectivas

Las personas que desarrollan estas facetas

- Se adaptan rápidamente a las demandas del entorno
- Gestionan con agilidad las prioridades
- Se adecuan a los cambios, adaptando sus respuestas y sus estrategias
- Formalizan una visión flexible de los hechos
- Están en permanente búsqueda de nuevas ideas
- Utilizan multitud y variadas fuentes para generar nuevas cosas
- Aportan soluciones originales a los retos, desafíos o problemas
- Adoptan nuevas perspectivas y asumen los riesgos de su planificación

Las personas que desarrollan una gran adaptabilidad y flexibilidad, por ejemplo ante una situación de estrés, consideran los obstáculos como una oportunidad para mejorar y desarrollarse en vez de considerarlo un inconveniente. Esta situación cambiante es retadora, la perciben como excitante, y lo que sucede es que soportan mejor el estrés llegando a superarlo. Esto lo logran apreciando la situación como un desafío que asumen y quieren afrontar con energía, fortaleza e incluso entusiasmo.

Es importante que predomine la capacidad para aceptar una nueva situación, nueva información... (aunque, a veces, esta sea muy desagradable), así como la facultad para reajustarse y reaccionar forma parte de las competencias emocionales que deberíamos cultivar, pues suelen ser necesarias para superar las situaciones complicadas en las que está en peligro nuestra propia estabilidad y la de la empresa.

Si de algo podemos estar seguros es que los cambios se producen constantemente en nuestras vidas. Como no podía ser de otra forma, esto también sucede en nuestro entorno laboral, la cuestión es entonces ¿por qué solemos ser, a veces, tan estrictos en nuestro modus operandi? Generalmente lo que sucede a algunas personas es que si les alteran la forma de hacer, sentir o pensar consideran que no tienen su brújula para saber a dónde van y se produce una sensación de miedo, ansiedad y malestar personal ante los cambios. Aún así, se considera hoy día, dadas las circunstancias, que si alguna competencia es necesaria es la Capacidad de Adaptación, las personas que desarrollan esta habilidad son capaces de disfrutar con los cambios y desarrollan nuevas formas de hacer las

cosas desplegando todos sus recursos para innovar. Esta competencia exige una gran fortaleza emocional para aceptar y convivir con la inseguridad, sintiéndose cómodo, y mantener la calma en situaciones inesperadas; desarrollar una confianza y seguridad en uno mismo que permitirá tomar decisiones y responder adecuadamente a los requerimientos de la situación, incluso cambiando creencias anteriores.

En cuanto a la innovación se puede decir que hace falta estar abierto a ideas o soluciones, aunque nos parezcan poco adecuadas o que se escapan a la línea mantenida hasta ese momento, y estar dispuesto a llevarlas a la práctica y para ello se necesitará valor.

Las personas que tienen esta competencia se encuentran bien en ambientes llenos de creatividad y originalidad, donde se utilizan o aprovechan nuevas ideas. Son capaces de identificar las cuestiones clave, simplifican los problemas complejos, descubren conexiones nuevas que hasta ahora nadie había percibido, asumen el riesgo para encontrar y trabajar sobre nuevas oportunidades.

Según Jules-Henri Poincaré, matemático del Siglo XIX pero que hoy día sigue en plena vigencia, un acto creativo está compuesto por cuatro estadios básicos:

1. Preparación: existen muchas posibilidades, se acumulan multitud de datos e información, no se desarrolla la intuición, ésta es una etapa que se percibe como un poco frustrante
2. Incubación: se tienen muchos datos e información y se comienza a soñar, se trabaja desde la asociación libre, desde el brainstorming...
3. Iluminación: es la visión en un momento especial, el proceso llega a un momento culminante, es el ¡ajá! Encontrado
4. Ejecución: las ideas son llevadas a la práctica con perseverancia, a pesar de las discusiones, dificultades, aciertos y errores que se dan en toda idea innovadora

Al final se concluye que ser innovador y creativo es un acto tanto cognitivo como emocional, pues exige comprender lo que se desea, desarrollarlo y realizarlo donde las competencias cognitivas son necesarias, y compaginarlo con habilidades emocionales como la confianza, la perseverancia, la tolerancia a la frustración, la capacidad de persuasión e influencia...

Para finalizar, uno de los ámbitos en los que existe multitud de demandas cognitivas y emocionales durante el desarrollo laboral, es el sanitario; por eso el poder regular los propios estados de ánimo, los impulsos y los recursos para recuperarse de las tensiones emocionales y controlar las emociones para ade-

cuarlas a las distintas situaciones es prioritario en todos los ámbitos de la vida, pero especialmente en este tipo de entorno laboral. Sobre todo cuando vivimos inmersos en constantes procesos de cambio, donde el autocontrol, la confiabilidad, la integridad personal, la credibilidad, la adaptabilidad y la innovación forman parte de las tácticas imprescindible para concluir con éxito todos los retos a los que nos enfrentemos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Goleman D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona. Ed. Kairós
- Goleman D. (1999). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona Ed. Kairós
- Cooper R.K, Sawaf A. (1997), *Estrategia Emocional para Ejecutivos*. Barcelona. Ed. Martínez Roca
- Csikszentmihalyi M. (1997). *Fluir*. Barcelona. Ed. Cairos
- Frank, V. *El hombre en busca de sentido*
- Los diez secretos de la abundante felicidad. Edit. Sirio
- Rodríguez, A. Llorens S., Salanova M. (2006). *Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo*. *Capital Humano* n°29 2006. 46-49

LAS CLAVES DEL ÉXITO PROFESIONAL.

LA ACTITUD COMO ELECCIÓN: "TODOS PODEMOS ALCANZARLO"

"Cuenta la leyenda que en la Edad Media, un caballero francés que hacía el Camino de Santiago se detuvo a descansar en Miranda de Duero, en Soria. Mientras reponía fuerzas contempló a tres canteros que realizaban exactamente el mismo trabajo pero con una actitud muy diferente.

Intrigado, le preguntó al primero, que parecía muy enfadado:

** Perdone, ¿qué es lo que usted está haciendo?*

El hombre, maldiciendo, contestó de mala manera:

** ¿No lo ve? Estoy picando piedras.*

Entonces, el francés se acercó al segundo, que trabajaba muy concentrado en su labor y le repitió la misma pregunta.

El cantero se volvió hacia él y con mucha parsimonia le empezó a relatar:

** Está clarísimo. Pulo las piedras con el cincel y el buril para que puedan ser trabajadas más fácilmente.*

Por último, el caballero se dirigió hacia el tercer hombre que silbaba y cantaba mientras picaba las piedras.

Al oír la pregunta, el cantero miró al forastero con una amplia sonrisa y le respondió entusiasmado:

** ¿Que qué estoy haciendo?, puliendo estas piedras con ilusión porque en unos años serán los pilares de la catedral de Burgos."*

Las diferencias entre estas tres personas radican en su actitud ante lo que estaban haciendo.

Entendemos por Actitud, según la Psicología Social (E. Ander-Egg, Técnicas de investigación social) "la tendencia a la acción, adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de las experiencias personales y de factores externos muy complejos. En concreto la Actitud es un estado de disposición psicológica, adqui-

rida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

Según los expertos nuestras actitudes nos conducen a unas acciones, y estas a su vez producen unos resultados, por lo que son capaces de concluir que quien controla sus actitudes es capaz de controlar su vida, estando la clave de esto en el control de los pensamientos y de los sentimientos.

La verdad es que las actitudes son las compañeras de nuestra vida. Dependiendo del tipo de actitud que elijamos desarrollar tendremos unos resultados u otros. Una actitud es la energía que alimenta nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Somos responsables cada uno de nosotros de la actitud que desarrollamos:

- Con nosotros mismos
- Con nuestro trabajo
- Con nuestra familia
- Con nuestras relaciones (en el trabajo, con los amigos...)
- Con el entorno y los cambios

Al final las experiencias pasadas, tanto propias como ajenas, influyen en nuestras actitudes. Las personas que desarrollan una buena actitud perfeccionan una serie de comportamientos, entre otros:

- Se preocupan por las personas
- Respetan las capacidades de los demás
- Buscan el consejo de los otros
- Saben escuchar

Pero sobre todo y lo más importante

- Tienen una actitud positiva ante la vida

Desarrollar una actitud positiva tiene mucha relación con tener una visión optimista de la vida, una visión realista optimista de la vida. A lo largo de la historia de la humanidad multitud de personajes han sido admirados y recordados, no únicamente por tener un sueño, sino por tener la valentía de realizarlo sin ceder en su empeño hasta que lo lograron; les impulsaba una energía, una fuerza especial: el optimismo.

Cultivar el optimismo inteligente es importante para incorporarlo a nuestra manera de actuar. Implica tener una energía y una fuerza determinada que nos

proporcione seguridad ante los retos, la certeza de que podemos porque es posible (aunque nos encontremos obstáculos o algunas personas que no nos apoyen o intenten “cuidarnos” desanimándonos). Si pensamos que no podemos de partida tendremos razón, pero si pensamos que podemos tendremos la oportunidad de intentar hacerlo, ya tenemos un tanto por ciento garantizado, que es el “querer hacerlo”. Cualquiera puede perder una batalla, pero la persona optimista inteligente nunca la pierde si no la ha batallado.

El optimista inteligente tiene la necesidad de ser objetivo, pero quiere mejorar las situaciones y a él mismo. Por esto, según Goleman, Covey y otros autores las características interpersonales que ayudan a la efectividad de una persona optimista inteligente serían las siguientes, entre muchas otras:

- Autoconsciencia y Autoconocimiento
- Autoconfianza
- Autocontrol
- Compromiso y responsabilidad
- Afán de logro
- Flexibilidad
- Proactividad
- Honestidad, integridad y valor

Martin Seligman, psicólogo y profesor de la Universidad de Pennsylvania, nos aporta una nueva visión para identificar y medir como se presenta el optimismo inteligente en nuestra vida diaria (presente) y sobre la percepción del futuro; incluso concluye que este tipo de visión nos facilitará mayor satisfacción con la vida, felicidad e incluso longevidad.

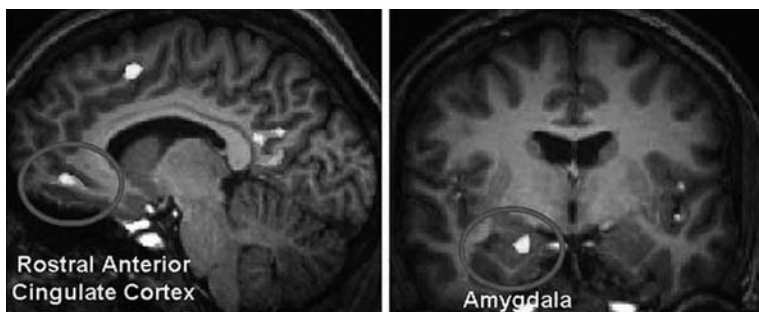
Daniel Goleman nos propone que las personas optimistas inteligentes son resistentes ante las dificultades y adversidades, asociando estas circunstancias a contratiempos más que a características personales; son personas que tienen confianza en que logran aquello que se proponen pues aprovechan todas las oportunidades que se les presentan.

Covey postula la proactividad donde la expectativa de logro es primordial para asumir el protagonismo que estas personas tienen sobre su vida. Son personas con gran autoconfianza, comprendida en un punto óptimo entre el miedo y la arrogancia, pero con seguridad y buen humor.

El optimismo estaría alineado con la seguridad, la confianza en nosotros y en los demás, con el entusiasmo y la ilusión, con la iniciativa, con el afán de logro,

con el compromiso y la voluntad... Además de esto se debería relacionar con la objetividad, la prudencia, la perseverancia y tenacidad, con la reflexión, con la perspectiva potenciadora...

Según las últimas investigaciones si nos pidiesen que pensáramos que nos ha tocado la lotería o que hemos conseguido el trabajo de nuestra vida, los pensamientos que tendríamos procederían de dos puntos del cerebro: la corteza singular anterior rostral y la amígdala. Ambas zonas tienen un cometido importante para aquellas personas que desarrollan pensamientos positivos, que tienen un papel importante a la hora de desarrollar una actitud optimista inteligente.



El estudio se desarrolló en la Universidad de Nueva York y cuyos resultados vieron la luz en el año 2007. Para la investigación se emplearon sofisticadas técnicas para fotografiar el interior cerebral de 7 hombres y 8 mujeres. Se les pidió que imaginasen situaciones futuras, tanto positivas como negativas. Cuando imaginaban situaciones positivas se comprobó que se activaban las dos zonas anteriormente mencionadas, por lo que se concluyó que éstas estaban implicadas en proyectar futuros optimistas, y lo que es más importante las personas que suelen tener este tipo de pensamientos suelen tener una tendencia a que la mayoría de estos pensamientos sean optimistas, costándoles encontrar pensamientos de carácter neutro o pesimistas para el futuro, y cuando lo conseguían los convertían rápidamente en pensamientos positivos generando, de nuevo, una propensión al optimismo. Estas mismas áreas mostraban un funcionamiento defectuoso en estados anímicos pesimistas o ante una depresión.

No debemos olvidar que sobre el pasado ya no podemos actuar, mientras que el futuro está totalmente abierto a nuestra percepción e interpretación, pudiendo elegir entre qué tipo de pensamientos elegimos: los positivos que generan mayor

optimismo y nos potencian, o pensamientos negativos que disminuyen nuestro optimismo y nos limitan.

Para mantener una actitud positiva y generar optimismo existen multitud de consejos y recetas, pondremos una lista de las más comunes entre los diferentes autores:

- Ponte metas asequibles y aumenta progresivamente los desafíos: elegir metas sin contradicciones entre ellas, que sean retadoras pero alcanzables, que se puedan medir para poder saber como progresamos, así no nos pasarán las cosas sino que elegiremos que cosas queremos que nos pasen
- Relájate y respira profundo: se ha comprobado que las técnicas de relajación facilitan la eliminación de pensamientos negativos, ayudan a controlar las emociones y restablece el equilibrio físico
- Haz lo que piensas: si no existe coherencia entre lo que piensas, dices y haces vivirás en una disonancia personal y contradictoria, que a veces tiene como consecuencia la sensación de fracaso o frustración; si no consigues lo que esperabas persevera a pesar de los obstáculos, mantén la concentración en el objetivo y recomponlo si es necesario
- Vive el presente: disfruta del aquí y el ahora, este es un momento irrepetible, esto no significa que no tengamos que tener sueños y proyectos para el futuro.
- Aprende a ver lo positivo de lo que sucede: el autocontrol como respuesta adecuada a las emociones que tenemos, la serenidad, una visión positiva... nos permitirá ante circunstancias complicadas, complejas o difíciles afrontar la situación con más recursos para poder gestionarla
- Ayuda y comparte con otras personas: el olvidarnos de nosotros mismos y tener presente a los demás para compartir y / o ayudar aumenta nuestra autoestima, autoconocimiento, satisfacción...
- Evitar las comparaciones o las idealizaciones: Eliminar los "deberías", trabajar la aceptación para cambiar aquello que podamos cambiar, tanto del entorno como de nosotros mismos
- No te fijas demasiado en los detalles: la perfección no existe, siempre se puede mejorar todo y es importante este aspecto como reto personal, pero también hay que ser conscientes que a veces si tuviéramos tiempo estaríamos mejorando constantemente una misma cosa... y esta perfección en la tarea nos impide disfrutar de ella; es importante buscar un equilibrio desechando el excesivo perfeccionismo

- Hacer ejercicio: deporte, bailar, pasear nos permite elevar nuestros niveles de adrenalina y serotonina aumentando el optimismo y rechazando los pensamientos limitadores
- Descansa: tanto cuando estás en situación de vigilia, busca tiempo para ello en un sitio adecuado, como al dormir; mejorará el estado de ánimo, el humor, sensación de energía.....

La vida es el conjunto de cosas que nos pasan y podemos, en gran parte, elegir nuestro destino. Lo que marca la tendencia en nuestra actitud es la percepción de las cosas que nos pasan. No es tan importante lo que nos pasa, sino "qué hacemos con eso que nos pasa". Las actitudes, pensamientos, sentimientos hacia las situaciones o personas que nos encontramos durante nuestra vida forjarán nuestro éxito, desde el punto de vista social o profesional, pero principalmente desde el punto de vista personal.

Epicteto (50-130 d.C.) decía que:

"No depende de nosotros el ser ricos, pero sí el ser felices. Además, las riquezas no son siempre un bien, porque suelen ser poco duraderas. En cambio, la felicidad que proviene de la sabiduría perdura siempre".

BIBLIOGRAFÍA

- Goleman D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona. Ed. Kairós
- Goleman D. (1999). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona Ed. Kairós
- Csikszentmihalyi M. (1997). *Fluir*. Barcelona. Ed. Kairós
- Csikszentmihalyi M. (1998). *Aprender a Fluir*. Barcelona. Ed. Kairós
- Goleman D. (1997). *El punto ciego*. Barcelona. Ed. Plaza y Janés
- Covey S.R. (1990). *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Barcelona. Ed. Paidós
- Epicteto. (1997). *Manual de vida*. Barcelona. Ed. Olañeta
- Séneca (2003). *Cartas a Lucilio*. Barcelona. Ed. Olañeta
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona. Ed. B
- Seligman, M. (2004). *Aprenda optimismo*. Barcelona. Ed. B
- Cubeiro J.C. (2001). *La sensación de fluidez*. Madrid. Ed. Prentice Hall
- Frank, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Ed. Herder
- Jackson A.J. (2000). *Los diez secretos de la abundante felicidad*. Málaga. Ed. Sirio
- Albom, M. (2000). *Martes con mi viejo profesor*. Madrid. Ed. Maeva
- Rojas Marcos, L. (2005). *La fuerza del Optimismo*. Madrid. Ed. Aguilar
- Trias F, Rovira A. (2004). *La Buena Suerte*. Barcelona. Ed. Empresa Activa
- Rovira, A. (2003). *La brújula interior*. Barcelona. Ed. Empresa Activa

I CONVENCION DE ENFERMERIA EN ALTA MAR

JAVIER SANCHEZ-CARO

*Director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid*

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LA ENFERMERA ¿EN QUÉ CONSISTE?¹

La objeción de conciencia consiste en la negativa de un individuo (en nuestro caso de la enfermera), por motivos de conciencia, a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible, ya provenga la obligación directamente de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa².

Por lo que se refiere a nuestro derecho interno, la norma básica es la Constitución Española de 1978 donde se proclama el derecho a la objeción de conciencia, si bien en relación con el servicio militar³. El reconocimiento de esta figura en el ámbito sanitario, sobre la base de aplicar directamente la Carta Magna, ha tenido lugar tan sólo, de momento, en el caso del aborto, donde el Tribunal Constitucional la conectó con el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa⁴. Debido a que posteriormente otro pronunciamiento del citado Tribunal se decantó por exigir una norma legal explícita para aceptar la objeción de conciencia en cada supuesto que se plantee, esto es una ley particular más allá de la propia Constitución⁵, existe actualmente una discusión doctrinal sobre si el caso del aborto debe ser considerado como una excepción singular, o si, por el contrario, podrá admitirse en el futuro una aplicación analógica para otros supuestos de objeción de conciencia que tengan también gran trascendencia ideológica o religiosa (sobre todo aquellos que conectan con el principio y final de la vida)⁶.

Por otro lado, la defensa de este derecho tiene un trato privilegiado con respecto a otros derechos, pues se le aplica el régimen de protección previsto para la salvaguardia de los derechos fundamentales. De esta forma, la Constitución

permite a cualquier ciudadano que sienta vulnerado su derecho a la objeción de conciencia, recabar la tutela del mismo ante los Tribunales ordinarios por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional⁷.

En cualquier caso, aunque el reconocimiento legal explícito de la objeción de conciencia del profesional de enfermería es una cuestión pendiente, no lo es su plasmación en el plano deontológico, donde hace ya tiempo que este derecho tiene su presencia en el código de deontología de la enfermería⁸. De esta manera, en el Código Deontológico de la Enfermería Española, de 1989⁹, se recoge la objeción de conciencia como un derecho propio del ejercicio de la profesión, que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. Asimismo, se establece que el Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho¹⁰.

Ahora bien, el reconocimiento de este derecho por los textos deontológicos de la profesión enfermera tiene unos efectos limitados, pues las normas deontológicas, como ya vimos anteriormente, no equivalen a las leyes. Será, por tanto, su inclusión en el futuro dentro normas legales la verdadera garantía de seguridad jurídica para los profesionales en orden a su ejercicio dentro de la actividad sanitaria.

1 Sánchez-Caro, J. y Abellán, F.: *Derechos del Médico en la relación clínica*, Fundación Salud 2000 y Ed. Comares, Granada 2006, pp. 120-125.

2 Navarro-Valls, R. y Martínez-Torrón, J.: *Las objeciones de conciencia en el Derecho Español y Comparado*, Mc. Graw-Hill, Madrid, 1997, pp. 12-15. Los autores distinguen entre objeción de conciencia *secundum legem* (cuando la ley dispensa al sujeto para la acción, o le confiere una alternativa, como son los casos del aborto y, hasta hace algún tiempo, del servicio militar), y opción de conciencia *contra legem*, que consistiría en actuaciones delictuosas o, al menos, contravenciones de la norma legal forzadas por la propia conciencia, pero sin respaldo normativo.

3 Art. 30.2 de la Constitución Española: «La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria»

4 Sentencia del Tribunal Constitucional, 54/1985. V. art. 16.1 de la Constitución Española.

5 Sentencia del Tribunal Constitucional., 161/1987, fund. Jurídico 3.º, relativa al servicio militar

6 *Derechos del Médico en la relación clínica*, ob. cit., pp. 87-92

7 Art. 53.2 de la Constitución Española

8 Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989

9 Aprobado por el Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería en España. Madrid, 14 de julio de 1989

10 Art. 22 del mencionado Código deontológico

II

INFORMACIÓN CLÍNICA Y ENFERMERA RESPONSABLE

LA OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA: «EL MÉDICO RESPONSABLE» Y «LA ENFERMERA RESPONSABLE»

Los profesionales de enfermería gozan de una situación privilegiada, por su mayor proximidad y cercanía a los pacientes ingresados y por el tiempo que pasan con ellos (habitualmente muy superior al del médico), para contribuir a paliar determinadas necesidades de estos últimos, tales como la falta de compañía, de comunicación o de apoyo emocional. De ahí también la extraordinaria labor que pueden desempeñar en materia de información clínica, por ejemplo, como colaboradores activos en el proceso de obtención del consentimiento informado¹¹.

Sobre la citada labor de información clínica, conviene empezar recordando que la ley básica de autonomía del paciente establece que «todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente»¹². Lo anterior significa que, además de en el médico, en el profesional de enfermería recaen desde luego obligaciones legales en materia de información al paciente.

Hasta tal punto es así lo que se dice que en algunas leyes autonómicas sobre derechos de los pacientes, se ha llegado a acuñar, como figura paralela al «médico responsable» o «médico interlocutor principal del paciente», la del «profesional de enfermería interlocutor del paciente», precisamente para cubrir los aspectos relativos a la información que debe dar la enfermera al paciente, previéndose incluso el deber de asignación a este último cuando sea atendido en

un centro hospitalario¹³. De esta forma, tanto en la ley castellano leonesa como en la extremeña se prevé que en todos los centros, servicios o establecimientos debe asignarse a los pacientes un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento y coordinación de su plan de cuidados que habrá de tener una especial implicación en el proceso de información al paciente¹⁴.

Así pues, desde la perspectiva enfermera, cada vez quedan más lejos respuestas estereotipadas del tipo «pregúntele al médico» o «yo de eso no le puedo informar». Muy al contrario, las enfermeras hoy día, en la mayoría de servicios sanitarios, tiene un papel más importante en la información que reciben los usuarios y pacientes que antaño¹⁵.

Bien es cierto, sin embargo, que en sentido estricto el papel del profesional de enfermería en el terreno de la información está referido fundamentalmente a sus cometidos específicos, esto es, a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados que precisa el paciente o usuario de las técnicas¹⁶. De esta manera, podría decirse que su responsabilidad legal en el campo de la información se halla circunscrita a los aspectos citados¹⁷.

La aseveración anterior quedaría reafirmada por la previsión del Código Deontológico de la Enfermería Española, donde se indica que «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»¹⁸. Lógicamente, en todo lo referente a la información sobre el diagnóstico y el tratamiento del paciente es el médico el máximo responsable y a quien el profesional de enfermería debe derivarle a estos efectos.

A modo de conclusión, podríamos decir que la responsabilidad principal de informar incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde también al médico que practica la intervención diagnóstica o terapéutica respecto de las especificaciones adecuadas sobre la técnica concreta, y la de otros profesionales sanitarios, tales como los profesionales de enfermería, que pueden y deben participar en el proceso de información clínica del paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención¹⁹.

En esta línea interpretativa, la ley básica, sin dejar de reconocer la responsabilidad de informar que recae sobre los profesionales que atienden al paciente durante cada fase del proceso asistencial o le aplican una técnica o un procedimiento concreto, constituye al médico responsable del paciente como garante de

este último respecto del cumplimiento de la obligación de información a su favor²⁰.

Es decir, se refuerza el protagonismo en esta tarea de dicho facultativo, a quien la propia ley define como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales²¹, donde destaca la participación de la enfermera de acuerdo a los términos que se establezcan por el equipo del que forma parte.

11 Feito Grande, L.: *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, PPC, 2000, p. 205

12 Art. 2.6 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

13 Las figuras del «médico interlocutor principal del paciente» y del «profesional de enfermería interlocutor del paciente» están previstas en el borrador del anteproyecto de ley por el que se regulan los derechos y deberes de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid en relación con la salud.

14 Art. 21 de la ley 8/2003, de 8 de abril, de las Cortes de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; y art. 6 de la ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de Extremadura. También hay alusiones al «enfermero responsable del enfermo» en el Decreto canario 178/2005, de 26 de julio, sobre historia clínica

15 V. Busquets, M. y Caiñs, J., capítulo «Participación de la enfermera en el proceso de informar», dentro de la obra *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*, Fundació Victor Grífols i Lucas, Vol. 13, 1999, pp. 62-64

16 Art. 7.2, a) de la mencionada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

17 Sin embargo, en alguna especialidad como la reproducción asistida, donde la información ha de comprender una gran cantidad de aspectos médicos, biológicos, psicológicos, éticos, jurídicos, económicos, etc., es habitual que las enfermeras colaboren en los aspectos generales de la información a los pacientes, para realizar aclaraciones o cubrir las posibles lagunas del responsable médico que no ha podido abarcarlo todo.

18 Art. 11 del Código Deontológico de la Enfermería Española (1989). V. Sánchez-Caro, J. y Abellán, F., *Ética y Deontología Médica*, Fundación Salud 2000, 2000, pp. 46-51

19 Información y Documentación Clínica. Documento Final del Grupo de Expertos, ob. cit., p. 19.

20 Art. 4.3 de la ley básica.

21 Art. 3 de la ley básica.

III

EL DERECHO A LA INTIMIDAD

El concepto de intimidad puede desdoblarse en diversos planos: podemos hablar de intimidad en sentido estricto, como algo individual, espiritual o psicológico, intrapersonal (nuestras convicciones, ideas, pensamientos, etc.). También de la intimidad corporal o física, que tradicionalmente hace referencia a aquellas partes del cuerpo humano de las que habitualmente se reputa pudor, recato o vergüenza, y que hoy día debe ampliarse a cualquier parte del cuerpo de la que sea posible, por ejemplo, obtener información genética de un individuo. Asimismo, podemos considerar la intimidad en sentido amplio, que equivale a la vida privada, relaciones personales, domicilio personal, etc.

El derecho a la intimidad es un derecho relativamente reciente en nuestro ordenamiento jurídico, pues no en vano la primera vez que se recoge en un texto constitucional es con motivo de nuestra Carta Magna de 1978, donde se le confiere rango de derecho fundamental dirigido a proteger a la persona frente a cualquier invasión que pueda realizarse en el ámbito de su vida personal y familiar²². La idea fundamental que preside el derecho a la intimidad personal es la del acceso limitado, exclusión o separación, y así lo viene recogiendo la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo que establece que la intimidad es el derecho a tener intacta, desconocida, incontaminada e inviolada la zona íntima, familiar o recoleta del hombre o, dicho de otra manera, que la intimidad por su naturaleza comporta un reducto individual, dotado de pleno contenido jurídico, que ha de preservar de todo tipo de intromisión extraña, cualquiera que pueda ser la legitimidad que acompaña a esta última²³.

El Tribunal Constitucional va más allá incluso al considerar el citado derecho como un «poder jurídico de imponer a terceros el deber de abstenerse de toda

intromisión en la esfera íntima de la persona y la prohibición de hacer uso de lo así conocido»²⁴.

El citado tribunal ha dicho también que el atributo más importante de la intimidad, como núcleo central de la personalidad, es la facultad de exclusión de los demás, de abstención de injerencias por parte de otro, tanto en lo que se refiere a la toma de conocimiento intrusiva, como a la divulgación ilegítima de esos datos²⁵ 347. Añade dicho tribunal que la intimidad es un ámbito o reducto en el que se veda que otros penetren y que el derecho fundamental a la intimidad tiene por objeto garantizar al individuo un ámbito reservado de su vida, vinculado con el respeto de su dignidad como persona, frente a la acción y el conocimiento de los demás, sean éstos poderes públicos o simples particulares.

En consecuencia, este derecho atribuye a su titular el poder de resguardar ese ámbito reservado, no sólo personal sino también familiar, frente a la divulgación del mismo por terceros, así como de una publicidad no querida. Ahora bien, no se garantiza una intimidad determinada, sino el derecho a poseerla, disponiendo a este fin de un poder jurídico sobre la publicidad de la información relativa al círculo reservado de su persona y su familia, con independencia del contenido de aquello que se desea mantener al abrigo del conocimiento público. Es decir, siempre según el Tribunal Constitucional, lo que se garantiza es el secreto sobre nuestra propia esfera de intimidad y, por tanto, veda que sean los terceros, particulares o poderes públicos, quienes decidan cuáles son las lindes de nuestra vida privada²⁶.

El derecho a la intimidad tiene lógicamente su proyección en el ámbito sanitario, y por ello se recoge en distintas normas jurídicas del campo de la salud, de las que destaca sobre manera la ley básica de autonomía del paciente, donde se hace una doble proclamación en esta materia. Por un lado, se invoca el derecho de los pacientes a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley; y, paralelamente y como garantía de lo anterior, se dispone que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas y establecerán las normas que se precisen para la finalidad referida²⁷. Igualmente, se indica que la persona que elabore o tenga acceso a la información sanitaria está obligada a guardar la reserva debida²⁸ de lo que se trata a continuación.

1. Reserva debida y secreto profesional

La ley general de sanidad reconoce explícitamente el derecho de los pacien-

tes a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboraran con el sistema público²⁹.

Evidentemente, el deber de confidencialidad no es exclusivo de los médicos y enfermeras, sino que obliga a todos los profesionales y trabajadores del ámbito sanitario que estén implicados en el proceso asistencial o desarrollen tareas de carácter administrativo. De acuerdo con lo manifestado, la ley básica establece que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida³⁰.

Lógicamente, en el caso de los profesionales sanitarios -médicos y enfermeras fundamentalmente- existe una obligación más estricta de reserva, de mayor intensidad que la que rige para el personal de funciones administrativas, y que se deriva de la sujeción al secreto profesional.

En España el secreto profesional tiene su reconocimiento, aunque de forma indirecta, en nuestra Constitución de 1978, cuando dice que «la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos»³¹.

Ahora bien, lo cierto es que el desarrollo legislativo que anuncia el mencionado precepto constitucional no se ha llegado a producir todavía, lo que ha originado dificultades a la hora de resolver situaciones conflictivas, pues no se sabe con certeza quiénes son, y en qué casos, las personas que se ven afectadas por el secreto profesional.

La mencionada falta de promulgación de la norma de desarrollo, y el hecho de que, en la acepción indicada en la Constitución, se trate de un derecho de los considerados «fundamentales» conduce, sin embargo, a que el citado precepto constitucional pueda ser invocado como directamente aplicable por quienes desean acogerse al mismo en las situaciones que consideran procedentes³².

Por otro lado, debe recordarse que nuestro Tribunal Constitucional ha establecido claramente una conexión entre el derecho a la intimidad personal y familiar y el secreto, en el sentido de sostener que el primero garantiza la confidencialidad sobre nuestra propia esfera de intimidad, cuyo respeto constituye también una justificación reforzada para la oponibilidad del propio secreto³³. Es decir, para el Tribunal, con el secreto se protege no sólo un ámbito de reserva exigido en el ejercicio de la actividad profesional, sino también la esfera de la personalidad garantizada por la Constitución para todos los ciudadanos³⁴.

No obstante lo anterior, conviene resaltar que todavía nuestros tribunales no han reconocido el secreto médico ni el secreto enfermero como un derecho sub-

jetivo en sentido estricto de los citados profesionales sanitarios. En concreto, el Tribunal Supremo tiene manifestado que el secreto médico es una modalidad del secreto profesional, un medio para proteger derechos fundamentales, pero no un derecho fundamental en sí mismo. Se trataría, por tanto, de un deber enderezado a evitar intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen³⁵.

En cualquier caso, algunas Comunidades Autónomas, en su tarea de desarrollo o ampliación de la regulación contenida en la ley básica, han plasmado en sus leyes sobre derechos de los pacientes, algunas concreciones de este derecho a la intimidad, de las que significamos las siguientes³⁶:

2. Intimidad corporal o física

La ley valenciana se refiere expresamente al derecho a que se preserve la intimidad corporal frente a terceras personas, estableciendo asimismo que la prestación de las atenciones sanitarias se hará respetando los rasgos básicos de la intimidad³⁷.

Por su parte, la ley de Castilla y León reconoce igualmente el derecho a la intimidad corporal del paciente, con motivo de las exploraciones, cuidados o actividades de higiene, lo que concierne especialmente a la enfermería que deberá ser respetuosa con estas cuestiones dentro de las posibilidades de actuación que se den en cada caso. Además, ordena que la presencia de profesionales, estudiantes, investigadores u otros usuarios que no colaboren directamente en la realización de las atenciones citadas habrá de ser razonable, debiendo reducirse cuando así lo solicite expresamente el afectado o la persona que corresponda, de forma que las necesidades formativas sean compatibles con las preferencias personales del paciente³⁸.

Esta misma previsión se reproduce en la ley de Extremadura, incluyéndose dentro del ámbito de este derecho a la intimidad del paciente el derecho de este último a conocer la identidad y la misión de los profesionales que intervienen en la atención sanitaria, y el de que se le garantice la posibilidad de limitar la presencia de los citados investigadores, estudiantes u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención³⁹.

3. Intimidad como vida privada. Limitaciones a las filmaciones en los centros y derecho de acompañamiento

En esta afección de la intimidad como vida privada, las leyes extremeña y castellano leonesa reconocen el derecho a que los usuarios de los centros, servi-

cios y establecimientos puedan limitar, en los términos establecidos por la normativa estatal, la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación como destinatarios de atenciones sanitarias, debiendo obtenerse para dichas actuaciones, una vez explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, la previa y expresa autorización del afectado o de su representante⁴⁰.

Las normas citadas enuncian también el deber de los centros de facilitar el acompañamiento de los pacientes por un familiar o persona de su confianza, salvo en los casos en que dicha presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria conforme a criterios médicos. Esta previsión se enfatiza en los casos de mujeres en proceso de parto (se facilitará el acceso al padre u otra persona que designe), de menores (estarán acompañados por sus padres, tutores o guardadores) e incapaces (por los responsables de su guarda y protección)⁴¹, y en los supuestos de enfermos terminales (por familiares y personas vinculadas)⁴².

La norma castellano leonesa llega a afirmar que «se garantizará la disponibilidad de habitaciones individuales cuando las especiales circunstancias del paciente lo precisen» (por ejemplo, enfermos terminales), conforme a lo que reglamentariamente se establezca. Y, al mismo tiempo y como límite de lo anterior, que «el ejercicio de este derecho no podrá suponer un menoscabo del derecho a la asistencia sanitaria de otros usuarios del Sistema»⁴³. En términos similares se pronuncia también la ley valenciana al incluir entre los derechos de los pacientes, el de obtener, dentro de las posibilidades presupuestarias de la Consejería de Sanidad, una habitación individual para garantizar la mejora del servicio y el derecho a la intimidad y confidencialidad de cada usuario⁴⁴.

4. Intimidad cultural, ideológica, religiosa y sexual

La Ley extremeña se ocupa de esta faceta de la intimidad cuando prescribe que deberán ser respetados los valores morales y culturales del paciente, así como sus convicciones religiosas y filosóficas, siempre dentro del respeto al ordenamiento jurídico y a las normas de funcionamiento del centro⁴⁵.

A su vez, las leyes extremeña y castellano leonesa obligan a las Administraciones sanitarias de dichas Comunidades a velar porque todos los centros, servicios y establecimientos sometidos a las mismas guarden la debida confidencialidad de los datos referidos a las creencias de sus usuarios, a su filiación, a su opción sexual, al hecho de haber sido objeto de malos tratos y, en

general, de cuantos datos o informaciones puedan tener especial relevancia para la salvaguardia de la intimidad personal y familiar⁴⁶.

5. Intimidad genética

La intimidad genética es una variante del derecho general a la intimidad corporal o física, de configuración doctrinal reciente, motivada fundamentalmente por el extraordinario desarrollo que vienen experimentando en los últimos tiempos la medicina e investigación genética.

En este sentido, la posibilidad de conocer, a través del estudio del ADN de un individuo, una predisposición a padecer determinada enfermedad, habla por sí solo de la vulnerabilidad de cualquier persona frente a compañías empleadoras, de seguros de vida, etc., que pudieran disponer de dicha información. Por este motivo, son necesarios esfuerzos legislativos encaminados a la adopción de medidas concretas en este campo.

En esta línea que estamos comentando, conviene significar que las reiteradas leyes extremeña y castellano leonesa dedican un apartado específico a la intimidad genética, cuando manifiestan que los poderes públicos velarán por el respeto a la confidencialidad de la información referida al patrimonio genético y por que dicha información no sea utilizada para ningún tipo de discriminación individual o colectiva⁴⁷.

6. Intimidad informática

La intimidad informática, derivada del derecho fundamental a la protección de datos recogido en nuestra Constitución Española⁴⁸, constituye un derecho necesario para que se preserve la confidencialidad de los datos personales de los usuarios y pacientes recogidos en sistemas informáticos, y para que estos últimos puedan controlarlos debidamente, autorizando los accesos oportunos y disponiendo las medidas de rectificación, cancelación u oposición que deseen.

Por este motivo, tanto en la ley básica como en las leyes autonómicas de derechos de los pacientes se realizan alusiones y remisiones reiteradas a la normativa sobre protección de datos⁴⁹, con especial referencia a la configuración del derecho de acceso por el propio paciente, por los profesionales sanitarios, y por terceros legitimados para ello.

A modo de ejemplo, la ley extremeña establece el derecho de los pacientes a acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria y a conocer la información existente en registros o ficheros⁵⁰.

7. Límites al derecho a la intimidad

Como ocurre con el resto de derechos integrantes de nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la intimidad no es tampoco un derecho absoluto y tiene sus límites.

Entre ellos, ha de hallarse lógicamente el supuesto de que proceda, con arreglo a la normativa aplicable, comunicar o denunciar casos de abusos, maltratos y vejaciones que afecten a niños, personas mayores, mujeres, personas con enfermedades mentales y personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, que sean atendidas en centros o servicios sanitarios⁵¹. En estos supuestos se entiende que ha de primar la persecución del delito y la colaboración con la Justicia, por encima del derecho a la intimidad de los pacientes⁵².

8. La trascendencia de la vulneración del derecho a la intimidad en el campo penal y civil

Los efectos de la vulneración de este derecho en el campo de la medicina son especialmente importantes, en la medida en que dicha vulneración implica la revelación de datos que pertenecen a la esfera más íntima de la persona, como es el estado de salud de su cuerpo⁵³.

Por el motivo anterior, hemos de detenernos brevemente aquí en la responsabilidad penal que puede originarse como consecuencia de la violación del derecho a la intimidad, toda vez que en el Código Penal vigente se contemplan dos delitos concretos relacionados con esta cuestión.

El primero de ellos concierne directamente a los profesionales sanitarios, y castiga la vulneración de la intimidad del paciente y el paralelo quebrantamiento del deber profesional de sigilo o reserva, con prisión por tiempo de hasta cuatro años e inhabilitación especial por hasta seis años⁵⁴.

Para algún autor, cuando el médico es, al mismo tiempo, funcionario público, dedicado como tal al ejercicio de su profesión en el ámbito público, por ejemplo, un médico de un Servicio de Salud de cualquier Comunidad Autónoma, la revelación del secreto médico supone un injusto que no se agota en el ataque a la intimidad del paciente, sino que abarca también la infracción de un deber especial que se tiene por razón del oficio o cargo que se desempeña, y por ello debe ser castigada con arreglo a un delito específico, distinto al referido en el párrafo anterior, pero previsto igualmente en el Código Penal⁵⁵.

El segundo supuesto es más genérico en cuanto castiga a cualquier persona que revelare secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, previendo una pena de prisión por hasta tres años⁵⁶.

Respecto de este delito ha de significarse el posible encuadramiento de aquellas conductas de personas que, sin tener la condición de profesionales sanitarios, realicen labores de tipo administrativo, de apoyo técnico u otras, y vulneraran la intimidad de los pacientes revelando informaciones secretas de estos últimos.

Por último, debe recordarse que para las conductas que supongan una agresión a la intimidad menos grave, de carácter no delictual, los afectados pueden recurrir al ejercicio de las acciones que prevé la ley orgánica sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, donde se proclama que los citados derechos serán protegidos civilmente frente a todo género de intromisiones ilegítimas, entre las que se encuentran descritas «la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela» y «la captación, reproducción o publicación por fotografía, filme o cualquier otro procedimiento, de la imagen de una persona en lugares o momentos de su vida privada o fuera de ellos»⁵⁷.

No debe olvidarse, sin embargo, que la norma recoge como exclusiones de la ilegitimidad de las intromisiones que contempla, la autorización expresa de la ley y el consentimiento expreso del titular del derecho, que podrá ser revocado⁵⁸.

22 El art. 18.1 de la Constitución Española dice lo siguiente: «Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen»

23 Sentencias del Tribunal Supremo, de 23 de diciembre de 1974 y de 29 de julio de 1989 (Sala 4.ª)

24 Sentencias del Tribunal Constitucional núms. 73/1982, de 2 de diciembre; 110/1984, de 26 de noviembre; 89/1987, de 3 de junio; 231/1988, de 2 de diciembre; 197/1991, de 17 de octubre; 134/1999, de 15 de julio; 144/1999, de 22 de julio; y 115/2000, de 10 de mayo

25 Sentencia del Tribunal Constitucional de 22 de abril de 1993

26 Sentencias del Tribunal Constitucional 73/1982, de 2 de diciembre y 115/2000, de 10 de mayo

27 Art. 7 de la ley 41/2002, básica de autonomía del paciente

28 Art. 2 de la misma ley

29 Art. 10.3 de la Ley General de Sanidad

30 Art. 2.7 de la ley básica

31 Art. 24.2 de la Constitución Española

32 Álvarez-Cienfuegos Suárez, J. M.º. y López Domínguez, O.: «Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios», Plan de Formación de Responsabilidad Legal Profesional, unidad didáctica 4, Asociación Española de Derecho Sanitario, 1998.

33 Sánchez-Caro, Jesús y Javier: *El Médico y la Intimidad*, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2001 (p. 112).

34 Sentencia Tribunal Constitucional 115/2000, de 10 de mayo (Sala 2.ª) y Auto Tribunal Constitucional 600/1989, de 11 de diciembre

35 Sentencia Tribunal Supremo, Sala 3.ª, de 22 de julio de 1991

- 36 Abellán, F.: «Unidad Didáctica IV. Las normas autonómicas en materia de autonomía del paciente, del derecho de información y documentación clínica. El desarrollo de la ley 41/2002 en las normas autonómicas: la práctica clínica y las normas autonómicas», II Edición del Curso Aspectos Jurídicos de la Relación Médico-Paciente, Organización Médica Colegial, Diario Médico y Fundación Aventis, enero 2006
- 37 Art. 26 de la ley 1/2003 de la Comunidad Valenciana
- 38 Art. 13 de la ley 8/2003 de Castilla y León
- 39 Art. 10.2,a, de la ley 3/2005 de Extremadura
- 40 Art 10.2, e, de la ley de Extremadura y art. 15 de la ley de Castilla y León
- 41 Art. 13 de la ley de Extremadura y art. 14 de la ley de Castilla y León
- 42 Art. 8, apartados c) y d) de la ley citada de Castilla y León
- 43 Disposición adicional primera de la ley 8/2003, de Castilla y León
- 44 Art. 3.9, de la mencionada ley 1/2003, de la Comunidad valenciana
- 45 Art. 10.2, c, de la ley de Extremadura
- 46 Art. 11 de la ley de Castilla y León y art. 12.1 de la ley de Extremadura
- 47 Art. 10 de la ley de Castilla y León y art. 11 de la ley de Extremadura
- 48 Art. 18.4 de la Constitución Española de 1978
- 49 Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal
- 50 Art. 10.2, d, de la ley de Extremadura
- 51 Art. 12 de la ley de Castilla y León
- 52 Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, donde se indica que: «los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante». De esta obligación de denuncia se excluye en el artículo siguiente a los abogados y a los procuradores respecto de las explicaciones de sus clientes, y a los eclesiásticos y ministros de culto en cuanto a las noticias conocidas en el ejercicio de sus funciones. No están excluidos, por el contrario, los profesionales sanitarios.
- 53 López, P., Moya, F., Marimón, S. y Planas, I.: Protección de datos de salud-Criterios y Plan de Seguridad. Ed. Díaz de Santos, 2001, p. 5
- 54 Art. 199.2 del Código Penal de 1995 que prevé, además de pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para ejercer la profesión de 2 a 6 años. Este precepto se refiere expresamente al «profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona».
- 55 Otero González, M.^a. P.: Justicia y Secreto Profesional, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., Madrid, 2001, p. 26. La citada autora se refiere al art. 417.2 del Código Penal que castiga la revelación por una autoridad o funcionario público de secretos e informaciones de un particular, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo, con las penas de prisión de 2 a 4 años, multa de 12 a 18 meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de 1 a 3 años.
- 56 El citado artículo 199 del Código Penal, en su apartado 1, contempla este delito estableciendo la pena de prisión de 1 a 3 años y la de multa de 6 a 12 meses. En concreto el tipo es el siguiente: «El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales»
- 57 V. arts. 1 y 7.4º y 5º, de la Ley Orgánica 1/82, de 5 de mayo.
- 58 Art. 2.2 de la ley citada

CASOS PRÁCTICOS

NÚMERO 1

Solicitud de un hijo de ocultar información a su padre: discusión entre un médico, una enfermera y un trabajador social

El Señor Johnson, un hombre que ha sobrepasado los sesenta años, es llevado al médico por su hijo, que está preocupado a causa de los problemas que su padre manifiesta para entender lo que solían ser actividades diarias normales y enfrentarse con ellas. Le preocupa que su padre pueda tener la enfermedad de Alzheimer, pero pide a la doctora que no se lo diga al paciente, si se confirma el diagnóstico de esta dolencia.

Después de las pruebas adecuadas, la doctora cree tener un diagnóstico firme de enfermedad de Alzheimer y discute con una enfermera y con un trabajador social la “apasionada súplica” del hijo de no comunicar el diagnóstico al padre. La enfermera observa que se ha desarrollado un gran consenso a lo largo de los últimos veinticinco años sobre la revelación del diagnóstico a los pacientes con cáncer y se pregunta si se aplica el mismo razonamiento cuando se trata de la revelación a los pacientes con Alzheimer.

La doctora responde que muchos de los argumentos que apoyan la comunicación del diagnóstico al paciente con cáncer suponen la relativa precisión del diagnóstico, una serie de opciones terapéuticas, una historia natural predecible y un paciente plenamente capaz. No está segura, por tanto, de que estos argumentos se apliquen a los pacientes con enfermedad de Alzheimer, porque el diagnóstico se realiza sobre la base de criterios clínicos y algoritmos, el pronóstico es insólitamente impreciso, la expectativa de vida varía enormemente, las opciones terapéuticas son limitadas y los pacientes con enfermedad de Alzheimer, inevitablemente, presentan una erosión de la capacidad para tomar

decisiones y pueden también tener mecanismos limitados para enfrentarse con la realidad.

El trabajador social añade que, aunque hay pruebas empíricas de que la mayoría de los pacientes ahora quieren saber si tienen cáncer, existen menos indicios sobre las preferencias de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. No obstante, la enfermera responde que es importante asegurar al máximo la autonomía individual siempre que sea posible. Entiende que se puede ser veraz con los pacientes sobre lo que creemos que les está pasando y sobre nuestro grado de certidumbre, sea el que sea. Además, el Sr. Johnson puede ser capaz de decidir de antemano si quiere someterse al tratamiento o no o, como mínimo, podrá ser capaz de expresar sus sentimientos y sus temores.

Contraargumenta la doctora diciendo que el Sr. Johnson será incapaz de cambiar de opinión una vez que pierda su capacidad de tomar decisiones. Insiste la enfermera en que, aunque eso sea verdad, la mejor indicación que se puede tener acerca de lo que el Sr. Johnson querría en esas circunstancias sería la manifestación anticipada de su voluntad.

La doctora, la enfermera y el trabajador social están de acuerdo en discutir el caso en la mañana siguiente antes de decidir lo que deben hacer.

¿Cuál sería la solución correcta?

NÚMERO 2

María, que acaba de dar a luz, quiere tener a su niño durante la noche: una enfermera frente a un dilema.

En un hospital, en la sección de obstetricia, concretamente en las habitaciones de las mujeres que acaban de dar a luz, trabajan varias enfermeras en el turno de noche. Una de ellas, Isabel, hace una ronda por las habitaciones hacia las diez de la noche, para desear a las mujeres un buen descanso y preguntarles si necesitan algo antes de dormir. Isabel sabe que las reacciones de cada una de ellas son distintas ante sus hijos recién nacidos: las hay muy angustiadas, otras están ilusionadas, algunas cansadas, etc.

En la última ronda antes de la noche, Isabel se encuentra en la habitación número tres a María, una mujer de treinta y cuatro años que acaba de tener su primer hijo. María le comenta a Isabel que le gustaría mucho tener a su niño con ella durante la noche. Isabel le explica que las normas del hospital no permiten que los niños estén en las habitaciones con sus madres, salvo en las horas previstas para ello. María le pide con insistencia que haga una excepción. Isabel reitera su negativa, ante lo que María rompe a llorar muy desconsolada y angustiada. Isabel no comprende por qué le concede tanta importancia a esta cuestión e intenta tranquilizarla. María entonces le comenta que una amiga suya muy cercana tuvo una experiencia muy desagradable y trágica, porque mientras ella dormía, tranquilamente, su hijo recién nacido tuvo una crisis repentina y murió rápidamente. Desde entonces su amiga vive aterrorizada por las noches y se pasa el tiempo en la habitación de sus otros dos hijos, vigilando para que no ocurra nada. María, ahora, recordando la experiencia de su amiga, quiere estar el mayor tiempo posible con su hijo, especialmente durante la noche.

Isabel se siente un tanto abrumada por la historia que le ha narrado. De hecho, María está expresando una petición que Isabel comparte, hasta el punto de que nunca ha podido entender por qué no pueden estar los bebés sanos con

sus madres. María insiste y sigue llorando, pero Isabel no se decide porque sabe que eso significa transgredir las normas del hospital. De hecho, las otras enfermeras comentan muchas veces que no pueden estar pendientes de todas las peticiones caprichosas de las mujeres, pues entonces el hospital sería un caos.

Isabel no sabe qué hacer. Si atiende la petición de María, sabe que le producirá una gran alegría y, en el fondo, estará respondiendo a sus propias convicciones. Sin embargo estará rompiendo la norma del hospital que, por otra parte, no es arbitraria sino que responde a una decisión para solventar una serie de problemas. Además, María recibirá una amonestación –o algún tipo de sanción más grave– por parte de sus superiores, y no puede arriesgarse a perder su trabajo.

Por el contrario, si Isabel no hace caso de la petición de María estará cumpliendo la norma y tendrá menos problemas, pero su conciencia no la dejará tranquila y además estará produciendo una gran infelicidad que podría evitarse.

¿Cómo ha de analizarse este dilema? ¿Debe Isabel acceder a la petición de María?



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA