



## EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA EN LA COMUNICACIÓN DEL LOGOFONOAUDIÓLOGO CON EL PACIENTE AFÁSICO Y SU FAMILIA

**Autores:** Elvia Rosabal Alvarez<sup>1</sup>, Mirella Leyva Rodríguez<sup>2</sup>, Ismara Zamora León<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Logofonoaudiología, Departamento Formación de Profesionales.

<sup>2</sup> Podología, Departamento de Formación de Profesionales,

<sup>3</sup> Español y Literatura, Departamento Información Científico Técnica\_ Biblioteca, Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma. Cuba.

[elviarosabal@infomed.sld.cu](mailto:elviarosabal@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** El conocimiento de los principios de la bioética médica por parte del logofonoaudiólogo garantiza el bienestar biopsicosocial de las personas bajo su atención, favorece su desarrollo y una mejor calidad de vida. **Objetivo:** Fundamentar la importancia del principio de beneficencia de la Bioética Médica en la comunicación del logofonoaudiólogo con el paciente afásico y su familia. **Materiales y Métodos:** se utilizaron diferentes métodos como el histórico-lógico, el analítico-sintético y el hermenéutico dialéctico. **Desarrollo:** se realiza una revisión documental de la evolución y desarrollo del principio de beneficencia de la Bioética Médica en la comunicación médico-paciente a través de los modelos que caracterizan los diferentes periodos del desarrollo de la medicina en el mundo y su práctica en la comunicación del logofonoaudiólogo con el paciente Afásico y su familia. **Conclusiones:** El principio de beneficencia es de vital importancia para guiar las prácticas logofonoaudiológicas en cualquiera de los contextos donde estas se desarrollen y su práctica en la comunicación con el paciente afásico y su familia garantiza la calidad del servicio que se presta y la consecuente satisfacción y bienestar del paciente y su familia.

**Palabras claves:** bioética médica, principio de beneficencia, comunicación, logofonoaudiólogo, paciente afásico y su familia.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de cambio por el que transita el mundo a mediados de siglo XX genera el interés por la reflexión y el debate acerca de los valores morales vinculados al ejercicio profesional de las ciencias de la salud, surgiendo así el término bioética, como un nuevo paradigma, creado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter en 1971. Al efecto, la Enciclopedia de Bioética la interpreta como el "estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios."<sup>1</sup>

El nacimiento de la *Bioética* conlleva a que en las actuaciones éticas se tengan en consideración los grandes principios enunciados en la Conferencia de Belmont (uno de los primeros documentos escritos sobre Bioética) construidos sobre la base de los valores morales. En este documento se acepta como principios fundamentales de la Bioética, los siguientes:

- *Principio de beneficencia*: obliga a los profesionales a hacer el bien, a actuar en beneficio del enfermo. Una aberración de este principio es el conocido paternalismo médico.<sup>2,3,4</sup>

- *Principio de autonomía*: confiere al enfermo el derecho a que se le respete como persona, a él y a sus convicciones, opiniones y elecciones. Define pues, la postura del enfermo. Su manifestación más clara es el consentimiento informado.<sup>2, 3,4</sup>

- *Principio de justicia*: hace referencia a la distribución equitativa de los recursos, de tal manera que ante casos iguales se den tratamientos iguales, sin discriminaciones. Define a la institución sanitaria.<sup>2,3,4</sup>

-*Principio de No Maleficencia*: introducido en 1979 por Beauchamp y Childress, resulta ser el cuarto principio de la bioética, reconocido universalmente. La práctica demostró que en aquellos casos en los que hacer el bien no es posible, el profesional debe preocuparse en primer lugar, de no hacer daño. Algunas situaciones relacionadas con esto, serían la seguridad del paciente y la prevención de la iatrogenia.<sup>2,3,4</sup>

La Logofonoaudiología es una profesión adscrita a las áreas de la salud y de la educación, cuyo objetivo es optimizar la capacidad del individuo para comunicarse eficientemente y realizar adecuadamente funciones orales.<sup>5</sup> La bioética está presente en la Logofonoaudiología tanto a nivel personal como

interpersonal (en la toma de decisiones, en la relación interpersonal, en la responsabilidad para con el otro).

El principio de beneficencia de la bioética médica, en la comunicación del logofonoaudiólogo con los pacientes afásico (persona que sufre de un trastorno de la función del lenguaje que puede afectar tanto a la producción como la comprensión del mismo, luego de una lesión cerebral en el área del lenguaje; pudiendo existir un compromiso de la lectoescritura)<sup>(6)</sup> y su familia constituye un requisito indispensable, porque de él dependen las decisiones que se tomen y la calidad de la relación que se pueda lograr para garantizar el bienestar biopsicosocial de las personas bajo su atención, favorecer su desarrollo y una mejor calidad de vida.

Con estos elementos el **Objetivo** de este trabajo es fundamentar la importancia del principio de beneficencia de la Bioética Médica en la comunicación del logofonoaudiólogo con el paciente afásico y su familia.

## **DESARROLLO**

Desde los inicios de la existencia humana las personas, las familias y las comunidades en general necesitan de "alguien" que converse, conozca sus problemas y atienda sus dolencias. Desde entonces, la palabra conforma el primer y más importante medio de comunicación como vehículo del pensamiento. Se puede afirmar que desde esta época el principio de beneficencia de la Bioética Médica está presente en la comunicación médico-paciente.

Ejemplo de ello es el juramento hipocrático, pasado a la historia por su humanismo y su influencia en diversas culturas, en el que se enseña a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos, y comunicarse largamente con los pacientes. En los juramentos de las escuelas médicas de Salerno, París y Montpellier, durante la Edad Media, se recogen unido a la probidad, honestidad y respeto, los elementos que deben caracterizar la comunicación entre el médico y el paciente.

A lo largo de los siglos, mucho se ha aprendido y se ha escrito sobre esta relación comunicativa como muestra de la importancia que reviste y el condicionamiento socio-histórico que la determina; aunque no haya sido

hasta una época relativamente reciente que se abordó de modo sistemático y formal.

En el año 1969, Laín Entralgo revela sobre la relación médico- paciente,...la amistad del médico hacia el enfermo debe ser en primer término voluntad eficaz de ayuda técnica, beneficencia técnicamente concebida y realizada".<sup>(7)</sup>

Philippa Moore, Gricelda Gómez y Suzanne Kurtz, en el año 2010, publican un artículo especial de un estudio en una escuela de Medicina de Chile donde sugieren que "Todos quienes se dedican a la medicina clínica deben ser capaces de poner en práctica las habilidades comunicativas como una herramienta facilitadora de la relación con sus pacientes".<sup>(8)</sup>

Desde la posición de Rodríguez G: "Establecer y sostener una fuerte relación médico-paciente constituye una meta importante en la práctica médica...el médico debe desarrollar habilidades comunicativas, ya que a través de la comunicación con los pacientes se forja una relación...Las habilidades comunicativas ayudan a que el paciente se sienta satisfecho, facilita el resolver dilemas éticos y la toma de decisiones para el tratamiento terapéutico".<sup>(9)</sup>

El principio de beneficencia de la Bioética Médica en la comunicación médico-paciente atraviesa diferentes periodos de acuerdo con las circunstancias sociales, culturales, políticas y económicas concretas que caracterizan cada etapa del desarrollo de la medicina y que adoptan diferentes modelos.

El primer periodo (desde el siglo VI a.n.e. hasta la década de los sesenta) lo caracteriza el modelo hipocrático/paternalista, nombrado por Mark Siegler como la edad del médico.<sup>(12)</sup> Este se prolonga durante milenios: el paciente no muestra iniciativa, siempre es obediente a las indicaciones del galeno como figura sobreprotectora que dirige las acciones sin cuestionamientos porque el paciente sabe que siempre busca lo mejor para él.<sup>(10-12)</sup>

En casi todas las civilizaciones antiguas existen referencias a este tipo de relación. En el antiguo Egipto, por ejemplo, se le presta atención al relato del enfermo que expone no solo los datos subjetivos, sino incluso, las causas a las que le atribuye dicha enfermedad. En la escuela hipocrática, de la Grecia antigua, cobra importancia el medio ambiente y la relación médico-paciente y se insiste en que el hombre, además de un ente físico, es un conjunto inseparable de lo psíquico.

Entre los siglos XV y XVIII, el cuerpo humano se convierte en el laboratorio de pruebas para el conocimiento médico; aparece entonces, la necesidad por parte de los enfermos (llamada por Laín como rebelión del sujeto) <sup>(7)</sup> de ser tratados como personas y no como objetos, que sienta las bases para que entre los siglos XVIII y XIX se establezca una nueva relación médico-paciente. A comienzos del siglo XX Sigmund Freud descubre que la "palabra del paciente" y la "escucha del médico", son dos instrumentos imprescindibles en la relación médico-paciente y que, la historia clínica es el instrumento que permite articular al paciente y a su enfermedad con la historia familiar, laboral y la vida cotidiana. <sup>(7, 11)</sup>

En el segundo periodo (desde 1945 hasta la última década del siglo XX) los cambios políticos, socio-económicos y éticos que se desarrollan, como: el rápido crecimiento de los métodos diagnósticos, las nuevas tecnologías y más alternativas de procedimientos dan origen al modelo de autonomía / informativo/científico /técnico o del consumidor-usuario: el paciente, como persona capacitada, a pesar de su vulnerabilidad por la enfermedad, acepta o rechaza las opciones que el facultativo, poseedor del conocimiento ofrece, tanto relacionadas con las pruebas diagnósticas como con el aspecto terapéutico. <sup>(11-12)</sup>

Relacionados con estos hechos están la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Obligación del Consentimiento Informado de 1957, el Derecho del Paciente a la Información de 1969, la Carta de Derechos del Paciente de 1973 y los Principios de Ética Biomédica de 1994. En todos ellos, el consentimiento informado se convierte en el núcleo de este nuevo paradigma de relación médico-paciente, que pasa de un modelo paternalista a otro autonomista y contribuye a la consolidación del contrato médico-paciente-sociedad.

En el tercer periodo (a partir de las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad) producto al poder tecnológico de la biología y la medicina moderna, se confía todo a la técnica y se deja a un lado a la persona y al método clínico y ocurre una verdadera revolución en la comunicación médico-paciente que da origen a diferentes modelos.

Dentro de esos modelos se encuentra el modelo contractual/tecnológico en el que, los médicos se consideran manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente prestadores de servicios, y los pacientes, como

usuarios de esos servicios. <sup>(13)</sup> En general, los médicos están más entrenados para hacer preguntas que para escuchar al paciente.

En todos los modelos descritos anteriormente, se establece una relación unidireccional del médico con respecto al paciente (de sujeto-objeto). En ellos el principio de beneficencia de la bioética médica está apegado al paternalismo médico. Conforme con Araujo Azpeitia, de fondo no existe la conciencia de trabajar con otro ser humano; el otro queda reducido a cosa. <sup>(15)</sup>

Más adelante, aparece el modelo participativo: el médico, en este caso, discute y desarrolla valores, recomienda tratamiento, respeta al paciente y coadyuva al mismo en la selección adecuada del plan médico a seguir. La decisión la realiza el paciente, con base en la información recibida del médico e identifica a través de una discusión en colaboración con él, las mejores alternativas de tratamiento. <sup>(11,15)</sup>

Por último, se cita al modelo de responsabilidad compartida: En el se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y a la familia, lo referente a la enfermedad, al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico, así como, las posibles complicaciones. Se aclaran las dudas y se tratan de disipar los temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. En este modelo se establece una relación tipo sujeto-sujeto. <sup>(11,15)</sup>

La autora de este trabajo concuerda con Araujo Azpeitia, con que este último modelo repercute en la mejora de la atención a los pacientes. Al tener estos una mayor confianza en sus médicos, cumplen mejor los tratamientos que se acuerdan entre ambos, las decisiones son más adecuadas; los pacientes se sienten más satisfechos con la atención recibida y se obtienen mejores resultados.

El principio de beneficencia busca que ambas personas compartan no solo el derecho de la información, sino la manera en la que se toman las decisiones. Por un lado, el médico comprende que trata con un ser humano, mientras que el paciente por el otro lado, debe hacerse responsable de las decisiones sobre su cuerpo en términos de salud.

La afasia constituye el síndrome neuropsicológico grave más frecuente en presencia de daño cerebral focal del cual ninguna persona está exenta y se presenta en cerca del 38 % de los sobrevivientes de una enfermedad

cerebrovascular. Este trastorno aparece inesperadamente y provoca cambios abruptos en la vida de quien la padece.

En la mayoría de los casos pasan de la noche a la mañana de ser una persona con capacidad para tomar decisiones, laboralmente activa e insertada socialmente, a ser una persona dependiente, limitada, incapaz de alimentarse, moverse, vestirse y hasta de mantener su higiene personal sin la ayuda de un familiar, lo que les provoca a su vez depresión, baja autoestima y desesperanza.

De acuerdo con algunos datos publicados del 21 al 38 % de las personas que adquieren una enfermedad cerebrovascular padecen afasia. En países con elevados indicadores de salud, según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cerebrovasculares afectan al 5% de la población mayor de 65 años y representan aproximadamente el 50 % de las patologías de un hospital neurológico.<sup>(16)</sup>

En Cuba, en un estudio realizado con una población adulta, en Santiago de Cuba, de 404 303 habitantes, la afasia muestra una prevalencia de 62,2 % por cada 100 000 habitante y una incidencia anual de 15,6 casos por cada 100 000 habitantes, de ellos el 52,25 % son del sexo masculino y el 47,8 % del sexo femenino, con una edad promedio comprendida entre los 15,6 y los 58,3 años, solo en Santiago de Cuba. <sup>(16)</sup>

Aunque el síntoma característico de una persona afásica es su forma de hablar (distorsionada, desordenada, fragmentada o imposible de comprender), es importante conocer que la misma no afecta a la inteligencia, lo que agrava más la situación de quien la padece, hasta el punto de llegar a rechazar a su familia, negarse a alimentarse y a tomar los medicamentos, por lo que es importante para un correcto tratamiento rehabilitador el papel que juega la familia.

Por falta de conocimiento en muchos casos, los familiares, los aíslan de la gente y de la vida social sin percibir el daño que provocan en los pacientes y en ellos mismos como familia. En otros casos, se olvida que el afásico es un adulto que ha adquirido una discapacidad, con los cambios y limitaciones lógicas de la situación que atraviesa, y tienden a sobreprotegerlo como si fuera un niño, lo que hace más larga la demora en reintegrarse a la sociedad y trae como consecuencia que se sientan abandonados y carentes de afecto.

Para la familia, en especial para su cuidador, adaptarse a este nuevo rol es un proceso psicológico largo que va desde la aparición de la aflicción y la cólera, en los familiares cercanos del paciente, luego pasan del intento de revertir el curso de la enfermedad a un periodo de caos al no lograr los avances esperados en la rehabilitación, hasta aceptar la nueva condición y retomar sus pautas para lograr un equilibrio en mayor o menor grado, según las particularidades individuales de cada familia.

En la atención al paciente afásico, el logofonoaudiólogo debe velar por generar canales comunicativos de cualquier modalidad entre él, el paciente y su familia; incluso, debe garantizar la implementación de un método comunicativo que se ajuste al contexto cultural y ambiental del paciente, que lo ayude a usar las habilidades del lenguaje que le quedan, recuperar la capacidad para hablar lo más pronto posible y/o aprender otras formas de comunicación, tales como gestos, imágenes o el uso de dispositivos electrónicos.

Si por sí sola la comunicación es un tema difícil, la comunicación médico-paciente con el paciente afásico y su familia es aún más complicada por las características propias de este trastorno. De esta manera, son diversos los conflictos que se pueden presentar asociados a una mala práctica de la dimensión comunicativa.

A decir de la Dra. María Elena de la Uz Herrera, la relación comunicativa actualmente se ve amenazada por la deshumanización provocada por la primacía de la tecnología en la atención, la gran presión asistencial que limita el tiempo de atención al paciente, el cambio frecuente de profesionales en las instituciones que disminuyen la relación a largo plazo con los pacientes y el aumento de las expectativas de estos en cuanto a información y/o participación. <sup>(17)</sup>

Con relación a la tecnología, el paciente actual (desconfiado y exigente), utiliza la información médica en la internet para solucionar su enfermedad y su tratamiento sin percibir que no está capacitado para interpretar críticamente la información a la que accede. Otro de los problemas es la conducta que adopta el profesional durante el proceso comunicativo, al informar y/o realizar preguntas al paciente que le permitan una retroalimentación acerca de lo que piensa o entiende este, sobre la información brindada.



En esta situación mantener una comunicación benéfica en la que las decisiones sean compartidas y razonables frente a alternativas muy diversas y cambiantes requiere de la formación en valores morales, en fundamentos bioéticos y en habilidades comunicativas, que Orellana Cueva define como “un conjunto de destrezas que permiten participar adecuadamente en una conversación y mejorar la interacción con las demás personas”, <sup>(19)</sup> que contribuyan a la preparación de un profesional benéfica en su comunicación con el enfermo y su familia.

El momento cumbre de la comunicación médico-paciente, para muchos autores, es la entrevista clínica. La misma cumple varias funciones dentro de las que se encuentra obtener y facilitar información, así como, modificar ciertos aspectos en la conducta de los entrevistados.

En la entrevista, además de las habilidades sociales, tales como la sinceridad y la empatía, deben estar presentes las habilidades comunicativas relacionadas con los elementos que integran este proceso, pues, en cada uno de ellos existen aspectos que si no se tienen en cuenta pueden influir en una inadecuada relación médico-paciente.

Los elementos que intervienen de manera activa y dinámica en el proceso comunicativo durante la entrevista clínica son: emisor, receptor, mensaje, código y canal. Ellos crean una secuencia organizada en la que los participantes intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia.

El emisor: es la persona que inicia la comunicación, proporciona la información, selecciona los símbolos y codifica el mensaje; esa persona sería el profesional de la salud. El receptor: es el paciente y su familia; se encargan de descifrar los signos y símbolos que se utilizan en el mensaje para poder entenderlo; comprenden el valor de la interpretación de cada símbolo empleado. Estos papeles varían durante la conversación, si bien, en varios momentos de ella, el emisor pasa a ser el receptor y viceversa.

El canal: es el medio a través del cual se emite el mensaje (auditivo-oral: la palabra; gráfico-visual: escritura; dibujos). Durante la entrevista clínica se utiliza para la comunicación con los pacientes, fundamentalmente, la palabra hablada o comunicación oral. No obstante, siempre va a estar acompañada de la comunicación no verbal (envío y recepción de mensajes sin palabras, es decir, mediante sonidos, gestos y signos a través del cuerpo).

La comunicación no verbal representa una retroalimentación constante para conocer cómo se perciben las manifestaciones y el comportamiento de los que se comunican; permite comentar, ilustrar o modificar la expresión oral. En esta misma línea García hace alusión a un estudio en el cual se comprueba que en una conversación verbal (cara a cara), el componente oral es de un 35 % y más del 65 % es comunicación no verbal. <sup>(18)</sup>.

El principio de beneficencia, de la bioética médica, en el proceso de comunicación médico-paciente es de indescriptible valor para establecer una buena relación en las consultas médica y para ello el logofonoaudiólogo con el paciente afásico y su familia ha de tener presente en su actuar algunos elementos relacionados con la comunicación no verbal, por ejemplo:

- El contacto visual: las personas, predominantemente sin estar consciente de ello, examinan mutuamente los ojos en busca de signos positivos o negativos sobre el estado de ánimo. El contacto visual con una sonrisa al saludar al paciente verbalmente, y el estrecharle la mano, hace más caluroso y afectivo el acto e influye de buena manera en las emociones del paciente.
- La utilización de la sonrisa no solo cambia la expresión de la cara, sino que cuando se produce, el cerebro pone en marcha la liberación de endorfinas - hormonas segregadas por el encéfalo como reacción a dolores muy intensos - que ayudan en la recuperación del paciente y en la mejora del ambiente de trabajo.
- El presentarse al paciente por su nombre, preguntarle el suyo y expresarle el placer que siente por conocerlo, con un lenguaje correcto y un tono de voz cálido, agradable; ni muy bajo que el paciente no lo escuche, ni muy alto que le moleste y sea contraproducente es otro aspecto a considerar por el profesional para una comunicación benéfica.
- Tener cuidado con los movimientos involuntarios (gestos) que se realizan cuando se habla con el paciente y su familia, es igualmente importante. Estos suelen interpretarse, de acuerdo con el estado de ánimo o las situaciones, por las que atraviesan los interlocutores en ese momento y generan desconfianza o incomodidad.
- Adoptar una posición orientada frente a frente o inclinada hacia el paciente sin llegar a ser extrema facilita la comunicación y transmite interés hacia lo que comunica este. Cuando el acercamiento sea demasiado, por ejemplo,

para un examen físico, hay que hacerlo con respeto y explicándole el porqué, e incluso, pidiendo excusas para que el paciente no se sienta «amenazado» en su espacio íntimo.

➤ La escucha activa incrementa en gran medida la capacidad para empatizar. Implica prestar atención a las emociones que se encuentran detrás de las palabras pronunciadas; estas emociones suelen venir marcadas a través del lenguaje corporal y de la voz del emisor.

➤ No se debe olvidar tampoco, que la apariencia física (al aseo personal, ropas y adornos) es la tarjeta de presentación del profesional; a través de ella los pacientes se generan impresiones sobre inteligencia, personalidad, estilos y gustos.

La combinación de la comunicación verbal y la comunicación no verbal dan como resultado el mensaje que, en la entrevista clínica, viene siendo toda aquella información que el profesional médico (emisor), transmite al paciente y su familia sobre la enfermedad que padece y que lleva implícito su sistema de valores: ideas, sentimientos, valores morales, etcétera, a través de un sistema de señales codificadas.

Las señales codificadas o código es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etcétera, que sirven para transmitir la información o las ideas que constituyen el mensaje. Para una comunicación benéfica con el paciente y su familia se debe «hablar el mismo idioma» que ellos, ponerse en su lugar y explicarles las instrucciones en términos comprensibles de acuerdo con su edad y nivel de conocimientos. Así, una misma explicación se debe exponer, de forma diferente a cada paciente, en función de sus características psicosociales. También es necesario utilizar el lenguaje no verbal, coherente con lo que se desee expresar, de lo contrario se corre el riesgo de que los pacientes no entiendan.

Una vez que el mensaje es transmitido por el emisor, van a aparecer los ruidos. Estos dificultan que el mensaje llegue al receptor, en las mejores condiciones de calidad para la recepción adecuada. Dentro de los factores a considerar en la presencia de ruidos, se encuentra el estrés al que está sometido el enfermo y que interfiere, en muchas ocasiones, en la capacidad de escucha, atención y asimilación; independientemente de que los órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje.

En el ruido influyen además, otros factores ambientales o psicológicos que afectan de forma negativa el clima de la entrevista: interrupciones, consultas masificadas, decoración inapropiada, poco espacio físico, interferencias cognitivas (incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible), interferencias emocionales (paciente afecto de trastorno mental o con emociones extremas (agresivo...), la no responsabilización que provocan que el mensaje sea incompleto, distorsionado, incomprensible y en ocasiones hasta opuesto a aquello que se quiere comunicar.

Para una comunicación benéfica, que elimine o reduzca lo más posible los ruidos que provocan las interferencias psicológicas, el profesional también debe saber escuchar al paciente y observar su estilo comunicativo y el propio. De este estilo (agresivo, pasivo o asertivo) depende en cierta manera, una correcta interpretación (decodificación) de ese mensaje y, por consiguiente, una disminución de los ruidos.

Cuando se utiliza un estilo de comunicación inhibido o agresivo, la impresión que se genera en los demás tiende a ser negativa. En el estilo pasivo, se expresan de manera indirecta los sentimientos u opiniones; se antepone las opiniones de los demás a las propias, mientras que, en el estilo agresivo, la expresión es directa, sin respetar los sentimientos e intereses de los demás, es decir, se intenta controlar la conducta de la otra persona.

En cambio, cuando el estilo de comunicación es asertivo, esta impresión tiende a ser positiva con lo que se facilita la comunicación, ya que se expresan directamente los sentimientos u opiniones, pero sin dejar de respetar y tener en cuenta las opiniones e intereses de los demás, lo que hace a la persona socialmente competente al ser capaz de transmitir con habilidad opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos.

Frecuentemente se entiende que actuar con beneficencia es actuar con bondad o caridad, pero en realidad va un poco más allá. En la comunicación del logofonoaudiólogo con el paciente afásico y su familia, actuar con beneficencia significa que:

1. El logofonoaudiólogo otorgue una atención conforme a los estándares más altos de calidad, con apego a los conocimientos vigentes a través de un proceso de educación médica continua.
2. El logofonoaudiólogo promueva y mantenga una relación amable, de confianza mutua y con comunicación permanente en ambos sentidos.

3. El logofonoaudiólogo identifique, de entre todas las alternativas de tratamiento existente, cuál es la más recomendable para el paciente, a la luz tanto de su estado de salud, como de sus valores.
4. El logofonoaudiólogo presente al paciente y su familia los argumentos que justifiquen la elección del tratamiento y les facilite la toma de decisión.
5. El logofonoaudiólogo ofrezca al paciente y su familia todo el apoyo técnico y emocional de que se disponga para aumentar su bienestar biopsisocial.

## **CONCLUSIONES**

El principio de beneficencia de la bioética médica en la comunicación del logofonoaudiólogo con el paciente afásico y su familia permite mostrar responsabilidad, compromiso con el trabajo, respeto y afectividad con las personas bajo su atención. Pero también permite desarrollar una comunicación asertiva en cada momento, para poder evitar o solucionar todos los conflictos que se puedan presentar, con la cual, se logra en gran medida la adherencia terapéutica y la satisfacción del paciente, con su repercusión positiva en la calidad de los servicios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rodríguez MJ, García M, Rodríguez CM. Pensamiento bioético de Fidel Castro Ruz: vigencia en el modelo formativo de la salud cubana. Rev16 de abril [Internet]. 2018 [citado 28 Sept 2020]; 57(269):227-234. Disponible en <http://www.rev16deabril.sld.cu>
2. Demo OPE. Principios fundamentales de la bioética [internet]. España: Junta de Andalucía.2017-2019 [citado 26 Sept 2020] Disponible en:<https://www.stoduco.com/pe/document/Universidad-cesar-vallejo/bioética/apuntes/demo-ope2019-andalucia-3/8552736/view>
3. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Rev Veritas [internet]. 2010 [citado 6 Oct 2020];22: 121-157. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
4. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet].2017[citado 23 sept 2020];63(4):555-

564.Disponible

en

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007)

5. Mac-Kay MG, Valles-Gonzales B. Fonoaudiología y derechos humanos. Rev CASUS [Internet]. 2018[citado 23 Sep2020];3(2):117-122. Disponible en: [www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536895](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536895)
6. López Piñero L. La afasia: caracterización lingüística y tipológica. Rev. Universidad de Cádiz. [Internet]. 2015 [citado 23 Sep. 2020]; Disponible en <http://hdl.handle.net/10498/17708>
7. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. [Internet]. España: Ediciones Guadarrama;1969 [actualizado: 2012; citado 9 de abril del 2020]; Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com>
8. MJ, García M, Rodríguez CM. Pensamiento bioético de Fidel Castro Ruz: vigencia en el modelo formativo de la salud cubana. Rev 16 de abril [Internet]. 2018 [citado 28 Sept 2019]; 57(269):227-234. Disponible en <http://www.rev16deabril.sld.cu>
9. Rodríguez G. Modelos de relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. Rev. ARS MEDICA [Internet].2016 [citado 28 Sept 2019];35(1):55. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/305988942>
10. Siegler M. Las tres edades de la medicina y la RMP Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, nº 26. [internet]. Barcelona, España: Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2011 [citado: 9 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/the-three-ages-of-medicine-and-thedoctor-patient-relationship>
11. Baños Jiménez JP, Baquero Úbeda JL, Bátiz Cantera J, Borrell Carrió F, Callizo Silvestre A, Casado Blanco M, et.al. Manual de la Relación Médico-Paciente. [internet] España. Foro de la Profesión Médica. 2019 [citado: 9 Jun 2020]; Disponible en: <http://www,medicosypacientes,com/articulo/manual-de-la-relacion-medico-paciente>
12. Indacochea-Cáceda S. Reflexiones sobre la relación médico paciente. Rev. Fac. Med. Hum [internet]. 2017 [citado 28 Sept 2019] ;17(1): 84-88. Disponible en: <http://www.10.25176/RFMH.v17.n1.753>

13. Chancay Mendoza AP, Suárez Fernández JC, López Fernández R. La comunicación en la relación médico-paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. Revista Conrado [internet] 2017 [citado 28 Sept 2019]; 13(59): 261-273. Disponible en: <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
14. Kuthy P J. Bioética. Tendencias y corrientes filosóficas. Introducción a la bioética [internet]. 2a. ed. México DF. Méndez Editores. 2003 [citado 6 Oct 2020]; XIX (327): [aprox. 21 p.]. Disponible en <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=027704>
15. Araujo Azpeitia MA. Sobre el modelo de responsabilidad compartida como ideal del modelo de atención en salud. Rev. Boletín CONAMED-OPS [internet]. 2017 [citado: 23 Sept 2020]; 15(5): 19-21 Disponible en: [www.conanmed.gob/pdf/boletin15/modelo-responsabilidad.pdf](http://www.conanmed.gob/pdf/boletin15/modelo-responsabilidad.pdf)
16. Omar Martínez E, Reyes Saborit A, Turtós Carbonell. Epidemiología de las afasias en Santiago de Cuba. Rev [Internet] 2014; 6(2):77-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neurag.2013.12.002>
17. De la Uz Herrera ME. La Relación médico-paciente y su panorama actual Rev. Bioética [internet]. 2010. [citado 26 Oct 2020]; 101: 21-25 Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista7101/101-2125.pdf&ved=2ahUKEwjy5zHyPhvAhWRY98KHRm4AVoQfjABegQIAxA&usq=AOvVaw2SliSPtcmB42zdlw8pnc2x>
18. Psicología y mente. [Internet] Barcelona, España: Psicología y Mente, 2015. García J. Psicología social y relaciones interpersonales. [citado 26 Oct 2020] Disponible en: <https://psicologiymente.net/social/habilidades-comunicativas-basicas#>
19. Orellana Cueva GS. Habilidades comunicativas para mejorar las relaciones interpersonales en estudiantes del segundo año de bachillerato paralelo "B", del colegio 27 de febrero, Loja 2017-2018 [Internet] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2018 [citado 23 Sept 2020]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20930>