

La comunicación dialógica como **competencia médica esencial**

Liz Hamui Sutton
Alfredo Paulo Maya
Isaías Hernández Torres



Facultad de Medicina



Manual Moderno®

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

La comunicación dialógica como competencia médica esencial

D.R. © 2018 por Universidad Nacional Autónoma de México
Avenida Universidad 3000, Col. Copilco El Bajo, Cd. Universitaria C.P.
04510, Del. Coyoacán, Ciudad de México
ISBN: 978-607-02-9894-3 versión electrónica
Fecha de edición: 15 de enero de 2018

En coedición con:

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

ISBN: 978-607-448-678-0 versión electrónica

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana,
Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto
Novedades
Distribuciones y más
www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:
Mtra. Vanessa Berenice Torres Rodríguez

Diseño de portada:
DG. José Arturo Castro García



La comunicación dialógica como competencia médica esencial

DRA. LIZ HAMUI SUTTON

Doctora en Ciencias Sociales, Secretaría de Educación Médica,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Investigadora Nacional Nivel II.
Profesora de Posgrado en las Asignaturas “Métodos de Investigación
Cualitativa en Salud” y “Narrativas del Padecer”,
y en Pregrado la Materia Optativa “Enfoque Médico Social de la Salud”.

DR. ALFREDO PAULO MAYA

Doctor en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras.
Docente Investigador en el Departamento de Historia y Filosofía de
la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional
Autónoma de México.
Profesor del Posgrado en Antropología en Salud y en Pregrado la
Materia “Antropología e Interculturalidad”.
Coordinador del Diplomado “Antropología Médica”.

MAESTRO E. M. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Licenciatura en Medicina, Especialidad en Medicina Familiar y
Maestría en Educación Médica por parte de
la Universidad Nacional Autónoma de México.
Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar y
Profesor Asociado en la Asignatura de Informática Biomédica I y II, en
el Departamento de Informática Biomédica,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Editor responsable
Dr. José Luis Morales Saavedra
Editorial El manual Moderno



Facultad de Medicina



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Colaboradores

Mtra. Martha Cruz Sánchez

Licenciada en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Maestra en Ciencias de la Salud, con Área de Concentración en Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública; Médica Adscrita a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
Capítulo 3

Dr. Pedro Dorantes

Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Ginecología y Obstetricia y en Medicina Familiar
Capítulo 3

Mtra. Claudia Fouilloux Morales

Maestra en Psiquiatría, Psicología Médica. Profesora del Curso de Especialización en Psiquiatría; Coordinadora de la asignatura “Medicina Psicológica y Comunicación” de la licenciatura de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Capítulo 4

M. en C. Jessica Margarita González Rojas

Maestra en Ciencias Sociomédicas, con Especialidad Antropología en Salud. Posgrado Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Capítulo 3

Mtra. María Guadalupe Grijalva

Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, Facultad de Medicina,
Universidad
Nacional Autónoma de México. Especialista en Atención Primaria.
Profesora
del diplomado de Cuidados Paliativos, Educación Continua, Facultad de
Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México.
Capítulo 4

Mtra. Silvia Ortiz León

Maestra en Psiquiatría, Profesora Titular del Curso de Especialización en
Psiquiatría
Infantil y de la Adolescencia, Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud
Mental Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de
México.
Capítulo 4

Dr. Ilario Rossi

Doctorado en Sociología y Antropología. Laboratorio THEMA (*Théorie
Sociale,
Enquête Critique, Médiations, Action Publique*), Facultad de Ciencias
Sociales y
Políticas, Universidad de Lausana (UNIL), Suiza. Profesor de
Antropología Médica
y de la Salud.
Capítulo 2

Prólogo

Este prólogo resulta superfluo si se lee la introducción de este libro, escrita por Silvia Ortiz León y que en realidad es un excelente prólogo, o el epílogo, puesto que ambos textos hacen una relación de los contenidos, lo que suelen contener los prólogos. Más que glosarlos o analizarlos, voy a tratar de aportar algunos comentarios que puedan orientar adicionalmente a los lectores.

Empiezo por reconocer, con los autores, que siendo la comunicación una habilidad esencial para los médicos no está debidamente cultivada ni en el currículum ni en la práctica, a pesar de que existen una teoría y una didáctica al respecto como se muestra en estas páginas. Basta observar la dificultad que tienen los colegas cuando son entrevistados en los medios de comunicación para salirse de la jerga, porque lo consideran un desdoro, y entonces nadie les entiende. Pero aún más importante que la incapacidad para comunicar es la incapacidad de escuchar; cuando el paciente quiere expresarse los médicos los acotamos para que se limiten a contestar lo que les preguntamos puesto que todo lo demás lo consideramos superfluo. El mismo título del capítulo de la historia clínica que se llama interrogatorio habla de que sólo uno es el que pregunta y el otro el que contesta, y los espacios para esta respuesta son absolutamente limitados. Hasta en la comunicación escrita como es la prescripción, se suele menospreciar la necesidad de expresar muy claramente las instrucciones, empezando por la letra que debiera ser perfectamente legible para pacientes, familiares y dependientes de farmacia. No en balde se ha dicho que la caligrafía ha matado más gente que las guerras.

Por su parte, la comunicación mediante el diálogo es ahora ponderada hasta en los ámbitos políticos como un camino para los acuerdos y un buen político es el que sabe dialogar, no diría sólo convencer sino también reconocer y admitir. El paciente tiene mucho que decir en este diálogo y no sólo enunciar sus síntomas. En él se exponen temores, prejuicios, creencias, que indudablemente gravitan en la comunicación entre médicos y pacientes. Ahora se reconoce que ese diálogo entre médicos y pacientes debiera dejar de llamarse interrogatorio y referirse como conversación.

Esta dificultad está muy relacionada con el tiempo que el médico puede dedicar a su paciente, pero sobre todo en una asimetría histórica en la relación entre ambos que ha alimentado la soberbia de los profesionales a partir del poder iatrocrático.

El sustento ancestral de la práctica médica ha sido sin duda la relación médico-paciente y su instrumento la comunicación y el diálogo. No hay duda que con la evolución social tanto el paciente como el médico han cambiado y reconocerlo para actuar en consecuencia es fundamental para ser eficaces. El modelo hipocrático de la relación médico-paciente, basado en el paternalismo ya sea bondadoso o autoritario, ha dominado el tema por siglos, y muchos colegas y pacientes se niegan a abandonarlo. La autonomía, que se ha reconocido en los años recientes como un principio bioético, tiene sus modalidades en sociedades como la mexicana, en la que muchos pacientes se niegan a ejercerla y depositan todas las decisiones en el médico, en la propia familia o se refugian en la divinidad. Pero en otros casos los pacientes han tomado conciencia de sus derechos en cuyo caso una relación paternalista ya no es la apropiada. Así han surgido modelos alternativos como el contractual (usuario-prestador), el legalista (cliente profesionalista), económico (consumidor-proveedor), ingenieril (lego-científico), el consensual y el colegial o de asociación, el que médico y paciente son colegas.

Los cambios en la condición de paciente no sólo implican el reconocimiento pleno de su individualidad y de su capacidad para participar en las decisiones que le conciernen. El paciente es quien decide en la mayor parte de los casos solicitar o no atención, elegir el tipo de atención que le convence, al médico que quiere que lo atienda, expresar sus deseos, temores, expectativas, creencias y aversiones; aceptar o rechazar los procedimientos y tratamientos que se le proponen, adherirse o no al tratamiento, vigilar la evolución de su enfermedad y acechar los efectos adversos de los medicamentos, hacer propuestas al sector salud y hacer una regulación social plena. De hecho, los pacientes organizados han generado grupos de autoayuda y han conformado un movimiento de emancipación saludable. Por supuesto que los propósitos de los pacientes son dejar de sufrir, mejorar su bienestar, alargar su vida, reincorporarse a la sociedad y no tanto regular la función médica, pero no cabe duda que tienen una influencia esencial en esto último.

El paciente suele acudir al médico porque percibe un malestar o tiene algún temor; es lo que Feinstein llama síntomas iatrotrópicos. Pero el

médico atiende estas demandas y tiene que identificar las necesidades y ubicarlas en la conciencia de los pacientes a modo que se vuelvan valiosas. Además, tiene que identificar las expectativas de modo que, si son razonables, por qué no cumplirlas, y si son excesivas acotarlas fundadamente.

Mucho tiempo las relaciones entre médicos y pacientes se definían como “una confianza frente a una conciencia”, lo cual no dejaba de marcar jerarquías. Pero ahora, como reflejo de las desconfianzas de la sociedad sobre todo ante la autoridad, el paciente llega a acudir al médico con suspicacia, alimentada por los modelos mercantilistas y en la perjudicial influencia de la medicina defensiva que no pone su objetivo en los valores ancestrales de la profesión sino en prepararse para eventuales demandas y reclamaciones, promovidas por quienes viven del conflicto.

Los autores, individualmente y desde un colectivo académico al que pertenecen, han reflexionado largamente en la condición de paciente y la necesidad de que el médico asuma responsablemente su papel.

Desde luego que la comunicación y el diálogo albergan la solución en la medida en que se tiene conciencia de su importancia, se ejerce competentemente, se reconoce la visión del otro, se respetan sus principios y valores y se supeditan los propios intereses. Este libro es, en efecto, un llamado de atención a la profesión médica para que cultive, desarrolle y perfeccione las habilidades fundamentales de su relación con los pacientes y sus familias.

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Agradecimientos

En el trayecto de investigación y en el proceso de elaboración del libro contamos con el apoyo de diversas personas e instituciones. Esta obra es producto del proyecto de investigación titulado “La enseñanza de la comunicación médico paciente” financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM con número de registro PE 203515, muchas gracias por la confianza en el trabajo del equipo y los recursos otorgados.

Reconocemos de manera enfática las aportaciones que de las estudiantes de maestría Eunice Sandoval Ramírez y Sandra Pérez Ponce, así como a la Mtra. Elvira Halabe Cherem por compartir con nosotros sus conocimientos sobre inteligencia emocional que fueron muy valiosos para penetrar en el campo de lo afectivo en las relaciones de los médicos y los pacientes. Además queremos hacer patente nuestro profundo agradecimiento a los Médicos Pasantes de Servicio Social de la Coordinación de Investigación Educativa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM: Verónica Daniela Durán Pérez, Sahira García Tellez, Ricardo Esqueda Núñez, Carlos Abilio Sánchez Mojica, Abraham Ortiz García, Lizbeth Cejudo Aparicio, Diana Mercedes Arcos Garrido, Senyasen Castro Ramírez, por su incansable trabajo de indagar, integrar y revisar el libro en innumerables ocasiones, su ayuda fue invaluable.

En el marco del convenio UNAM-UNIL, agradecemos al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud la posibilidad de la realización del Curso-Taller “Antropología Clínica y Salud Pública. Perspectivas interdisciplinarias e interprofesionales” a cargo del Dr. Ilario Rossi, profesor de antropología médica y de la salud, Laboratorio THEMA (*Théorie Sociale, Enquête Critique, Médiations, Action Publique*), Universidad de Lausana, Suiza. De igual forma, por el “Taller de análisis de la relación médico paciente” en el área de Antropología en Salud en la Escuela de medicina de la UNIL.

También les damos las gracias a los integrantes del Comité Editorial de la Facultad de Medicina de la UNAM y a los dictaminadores de la obra por sus valiosos comentarios que enriquecieron los textos. Una mención

especial, al Dr. Jorge Avendaño Inestrillas y a la Lic. María de la Paz Romero Ramírez por el apoyo decidido y el profesionalismo con el que realizaron su trabajo, han sido un motor fundamental en el proceso editorial del libro, gracias por su compromiso y amabilidad. Agradecemos al Dr. Germán Fajardo Dolci por el apoyo institucional otorgado a esta obra desde la Dirección de la Facultad de Medicina de la UNAM. Al equipo editorial de Editorial El Manual Moderno, muchas gracias por hacer suyo este libro y ayudarnos a difundirlo entre los estudiantes, los profesionales de la salud y el público interesado en su contenido. Esperamos que los temas incluidos en este volumen abonen a la reflexión y propicien una práctica más humana de la Medicina.

Contenido



[Preliminares](#)

[Colaboradores](#)

[Prólogo](#)

[Agradecimientos](#)

[Introducción](#)

[Capítulo 1. Principios y práctica de la comunicación médico-paciente](#)

Liz Hamui Sutton

[Capítulo 2. La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época?](#)

Ilario Rossi

[Capítulo 3. El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médicopaciente en contextos situacionales](#)

Martha Cruz Sánchez, Jessica Margarita González Rojas, Alfredo Paulo Maya, Pedro Dorantes

[Capítulo 4. Estrategias para el desarrollo de habilidades en la comunicación médico-paciente](#)

Liz Hamui Sutton, Isaías Hernández Torres, María Guadalupe Grijalva, Silvia Ortiz León, Claudia Fouilloux Morales

[Epílogo](#)

Introducción

El propósito de esta obra es ofrecer a profesores, alumnos y médicos en ejercicio de la profesión médica, el análisis de la situación actual de la comunicación médico-paciente y herramientas para mejorarla. Este trabajo se realizó con la aportación de un grupo de académicos expertos en diferentes disciplinas, con el interés común de enriquecer la enseñanza de la comunicación médico-paciente. Se trabajó incluyendo elementos para la docencia y el aprendizaje, partiendo no sólo desde una perspectiva biomédica sino exponiendo la importancia de los factores emocionales, sociales y culturales que intervienen en la consulta médica, integrándolos en un nuevo modelo de atención para una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad.

Esta obra abarca el tema de la comunicación en la relación médico-paciente de acuerdo con los planes y programas de estudio de los cursos de pregrado y posgrado en medicina. Hace evidente la necesidad de incorporar los contenidos de este tema en las diferentes asignaturas, señalando elementos para enseñar y aprender adecuadamente esta habilidad.

Cada capítulo ha sido escrito vertiendo conceptos de aplicación actual, ejemplificándolos de manera clara, con el fin de permitir la reflexión de lo que se debe hacer para tener una óptima comunicación médico-paciente. La comunicación es un proceso bidireccional que implica habilidades intersubjetivas. Los textos del libro se centran sobre todo en las competencias de los médicos y los estudiantes en sus interacciones con los pacientes, no obstante, considera al paciente como sujeto holístico, complejo, que tiene voluntad y juega un papel importante en el proceso de la atención a su salud. En este contexto, se analizan las formas, no siempre exitosas, del modelo biomédico y de lo que ocurre en la actualidad en las instituciones públicas.

Sin desconocer la influencia de la personalidad del médico y las características peculiares del enfermo portador de su propia realidad, esta obra presenta las condiciones idóneas de lo que debe aprender un médico para mejorar la atención en sus interacciones con los pacientes, lo que

constituye una aportación didáctica que permite visibilizar lo que ocurre en la manera convencional de aprender la comunicación médico-paciente y desde ahí plantear alternativas. Aunque las propuestas planteadas parecen difíciles de consumir se apuesta a que la enseñanza práctica y reflexiva de estrategias para aprender la relación médico-paciente tenga el potencial de transformar el ritual de la atención médica hacia un esquema más humano basado en el diálogo.

Los autores no omiten las limitaciones institucionales, como los procesos burocráticos y la mediación de la tecnología durante la consulta, donde el tiempo del paciente es del médico y el del médico de la institución, lo que distorsiona la moral del encuentro y la percepción del sufrimiento humano. Una de las ideas centrales de la obra es la revitalización de la medicina institucional para que transite de lo mecánico y burocrático a lo humano, que considere no sólo el expediente clínico biomédico sino las emociones, historias y contexto sociocultural tanto del médico como del paciente. El manejo del tiempo y del espacio, así como la organización de la atención en la actualidad busca la “eficiencia” del sistema, pero descuida la escucha y la empatía, y cuando estas últimas fallan, la insatisfacción de quienes están involucrados aumenta.

Uno de los aspectos relevantes del libro es el análisis que se hace en relación con la inadecuada comunicación, que muchos médicos tienen actualmente con sus pacientes, debido a que esta temática no es incluida en forma consistente en su formación, la desconocen y no la cuestionan. La comunicación dialógica, como se sabe, redundaría indudablemente en una mayor satisfacción en el trabajo clínico, mayor bienestar del paciente y apego al tratamiento, disminución de quejas y demandas, en pocas palabras, la promoción de una práctica médica más humana.

El contenido del texto se organizó en cuatro capítulos. En el primer capítulo se mencionan los cambios que se presentan en la atención de los pacientes, ya que la relación entre médico y paciente se establece a través de la negociación y la corresponsabilidad, y el médico debe re-aprender la forma de comunicarse pues actualmente no es suficiente sólo diagnosticar, prescribir y cumplir con las normas institucionales sino ver más allá con el fin de establecer una comunicación auténtica que descubra las ideas, las creencias, las preocupaciones y las expectativas del paciente. Se debe tener presente que los padecimientos de los pacientes están bien asociados con factores psicológicos y socioculturales. También se señala que en las escuelas de medicina se da mayor importancia al dominio de los

contenidos biomédicos y se le concede poca relevancia a los aspectos médico-psicológicos, éticos y culturales de su práctica creando un obstáculo para la comprensión de la salud y enfermedad con una visión holística, deshumanizando la relación del médico con sus pacientes. Se rescata la comunicación dialógica como una manera de humanizar la relación, la cual debe aprenderse y practicarse adecuadamente durante la formación del médico, de manera permanente.

Se analiza la importancia del profesionalismo médico en el desarrollo de habilidades interpersonales fundamentadas en principios bioéticos (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia) y profesionales que son el soporte en el acto médico como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo. Conceptos dinámicos y complejos como la agenda del médico y del paciente, así como el contexto institucional –que es el lugar en el que se establecen las relaciones entre ambos– son revisados con profundidad llevando a los lectores médicos a una reflexión sobre sus propias experiencias y vivencias, acerca de cómo están trabajando y cómo se relacionan y comunican. Se promueve la comunicación dialógica con una actitud abierta.

Se desglosan y analizan los tres niveles que deben observarse en la interacción médico-paciente: el biomédico, emocional y biográfico que incorpora las identidades socioculturales de quienes participan en el encuentro. Se concluye, que el médico requiere algo más que listas de cotejo y guías de práctica clínica, pues tiene ante sí personas vulnerables con miedos e inseguridades. El humanismo médico implica el compromiso, vocación y ética en la ayuda de otros, teniendo la comunicación dialógica, empática y corresponsable como coadyuvante.

El segundo capítulo analiza con aguda crítica desde la filosofía, la antropología médica y la perspectiva psicosociocultural, las interrelaciones que se establecen entre el médico y sus pacientes, refiriendo cómo la biomedicina legitima al médico con un enfoque científico clínico y le confiere el poder sobre el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, ponderando el determinismo como verdad axiomática con base en la evidencia científica. Se señala que esta medicina busca siempre la renovación de conocimientos para diagnosticar, explicar y curar las enfermedades del cuerpo y la mente y en la clínica se manifiesta como un saber nosográfico que antecede al tratamiento. En este contexto, emergen dicotomías entre el saber experto y el profano, entre un profesional y un sujeto con sufrimiento, en las que se observa una divergencia entre dos

perspectivas opuestas, pero complementarias entre sí, por un lado, la del cuidador que muestra una tendencia a adaptar al paciente a su enfermedad y por el otro, el paciente que trata de incluir su patología y tratamiento, a su modo de vida. En este ámbito, en el cual se propone que la comunicación ayuda a prevenir los conflictos, entre las distintas actitudes, expectativas y emociones que experimenta el binomio paciente-médico. Otro planteamiento es que el paciente puede ser presa de múltiples evaluaciones, siendo el centro de atención la clínica y específicamente, los tres registros que construyen la relación entre un médico y un paciente: el primero que corresponde a la epidemiología, al diagnóstico y la respuesta terapéutica que da el médico; el segundo se refiere a los paradigmas teóricos de la medicina y su influencia sobre la manera de comprender y de integrar en la práctica una comunicación profesionalizada; el tercero se enfoca en el reduccionismo administrativo y gerencial de la clínica. Se propone comprender simultáneamente de qué manera los sistemas culturales y los sistemas sociales dan sentido al cuerpo, a la salud y a la enfermedad y en este sentido, los conceptos y teoría de la antropología médica entran en juego en las acciones médicas y en los derechos de las personas. Con este marco de referencia la comunicación médico-paciente se elabora en un contexto social que experimenta transformaciones sociales y culturales que inciden en el campo de la salud, siendo entonces que la comunicación entre el médico y el paciente es emisora y receptora de todas las acciones de la salud para la sociedad y hacia la sociedad.

En el tercer capítulo, los autores inician con los derechos de pacientes y médicos que señalan, por un lado, las relaciones que debe establecer el médico con los pacientes, así como los derechos que tienen los médicos para ejercer su profesión. Analizan aspectos socioeconómicos del profesional de la salud, como la contratación de sus servicios, los salarios y cargas de trabajo. Contemplan a la relación médico-paciente como el acto central del trabajo clínico y señalan que pacientes y médicos son sujetos activos en los procesos de salud-enfermedad-curación. Resumen los resultados de investigaciones realizadas en distintos países refiriendo que algunos ponen interés, principalmente, en los aspectos biomédicos y dan poca importancia a la narrativa del paciente. En contraparte, otros países adoptan un enfoque biopsicosocial en el que la comunicación con el paciente resulta fundamental. De igual forma abordan el tema de las barreras para establecer una relación médico-paciente eficiente, como las variables de educación, cultura y origen étnico. Conceptos como las

agendas del médico, paciente e institución son descritos y analizados enfatizando sus efectos en la relación y comunicación del médico con el paciente. Se discute sobre el papel que tienen los trámites administrativos y la implementación del expediente electrónico en la atención médica, que se torna automatizada y despersonalizada; sobre el tiempo que se dedica a la consulta médica en los distintos espacios clínicos y de cómo éste afecta la calidad de la atención y satisfacción del paciente y del médico. Al final del capítulo, los autores incluyen la guía de análisis para la reflexión de la comunicación médico-paciente, que tiene como objetivo observar a través de los distintos momentos secuenciales de una consulta médica, las actitudes y conductas del médico para examinar, evaluar y propiciar cambios en la atención.

En el último capítulo se analizan las estrategias didácticas y de evaluación que se proponen en educación médica, así como las experiencias desarrolladas en la práctica clínica para el aprendizaje de la comunicación médico-paciente y se examinan los componentes básicos que debe contener el currículo de la carrera de medicina acerca de este tema, como se muestra en el esquema de Fragstein. Se subraya que la comunicación es intrínseca a la práctica médica y que el paciente es el centro de las acciones, destacándose como un elemento esencial. También se exponen las tareas y habilidades que el médico desarrolla y pone en práctica ante situaciones críticas que debe saber manejar. En este capítulo, se aprecia la diversidad de situaciones que ocurren en la clínica y las diferentes formas de comunicación que se establecen.

Otro aspecto que se considera de gran importancia es la enseñanza de la comunicación como una competencia a desarrollar indispensable, lo que hace necesaria la formación de profesores, para lo cual se propone la modalidad de un curso-taller en el que se incluyan las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente (biomédica, emocional y sociocultural), las agendas (del paciente, del médico, de la institución de salud y la educativa) y los temas del diseño curricular antes mencionados.

Para explorar y evaluar la relación y comunicación médico-paciente se describen guías, cuestionarios, rúbricas, listas de cotejo, la realización de sociodramas y el análisis de videos. De igual forma, aparece una descripción detallada de un instrumento creado en México para analizar videograbaciones, de alumnos del curso de especialización en medicina familiar.

También se considera la elaboración, implementación y análisis

psicométrico del examen clínico objetivo estructurado (ECO), el examen en video objetivo estructurado (EVO) y la evaluación ante el paciente real (Mini-CEX), así como las propuestas del consenso de Kalamazoo II para evaluar habilidades interpersonales y de comunicación.

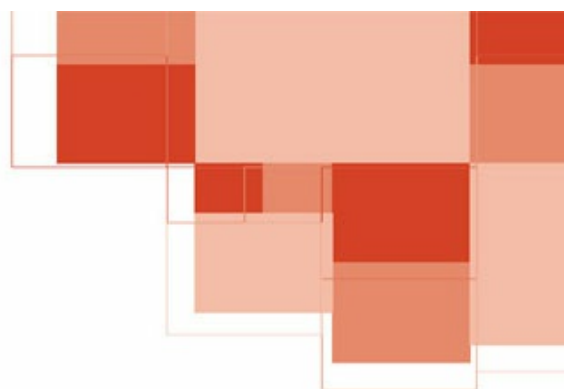
Este último capítulo revisa y describe algunos recursos pedagógicos y hace reflexionar sobre la necesidad de dar mayor importancia a la enseñanza y aprendizaje de la comunicación, para que en los planes curriculares ésta se pondere igual que los conocimientos básicos, clínicos y las destrezas procedimentales.

En resumen, esta obra abre nuevas perspectivas acerca de cómo enfocar el trabajo en la enseñanza y en la práctica clínica de la relación médico-paciente teniendo como eje principal a la comunicación dialógica. Es útil para los profesores, para los estudiantes, para las autoridades educativas y para médicos que se interesen en cómo acrecentar sus habilidades de comunicación con los pacientes. El objetivo principal del contenido del libro es buscar un cambio en la comprensión de las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente, aplicando los principios de la comunicación dialógica que considera al individuo que sufre como un ser humano íntegro, con una historia personal, emociones y conductas asociadas al contexto social y cultural en el que vive y que se manifiestan en su salud y enfermedad. También se propone un cambio en la forma de enseñar a los estudiantes cómo interactuar y comunicarse en los distintos escenarios clínicos con los pacientes, aplicando diferentes estrategias educativas y guías de cómo explorar la complejidad de la relación médico-paciente.

Silvia Ortiz León

Capítulo

1



Principios y práctica de la comunicación médico-paciente

Liz Hamui Sutton

DINÁMICA DE LA CONSULTA MÉDICA

En las últimas décadas, el ejercicio de la medicina ha cambiado de manera radical. Los avances científicos y tecnológicos, así como las formas en que se administran los procesos de salud-enfermedad-atención en las instituciones de salud pública y privada han modificado la forma en que los médicos abordan los padecimientos y los pacientes perciben sus trastornos corporales. El acceso a la información no es exclusiva del área de los expertos de la salud, la dispersión de los conocimientos médicos ha transformado el rol que las generaciones anteriores tenían del médico, y su autoridad absoluta se ha visto interpelada por diversos agentes sociales que cuestionan su modo de actuar, lo que limita su imagen de poder.

Esta realidad demanda nuevas formas de comunicación en la relación médico-paciente donde la negociación y la corresponsabilidad estén presentes. Esta modificación en el núcleo fundamental del quehacer médico, es decir, en la consulta, implica reaprender a comunicarse con el paciente, visualizar elementos que antes se daban por hechos y no se cuestionaban; obliga a la reflexión del propio desempeño y a la valoración de la relevancia e influencia que el encuentro puede tener en la salud del paciente. En la actualidad, no es suficiente sólo recetar y cumplir con las normas institucionales, es necesario ir más allá, con el fin de establecer una comunicación auténtica, que descubra las ideas, creencias, preocupaciones y expectativas del paciente. La protocolización de los síntomas biológicos en el marco del modelo biomédico son parte importante de la consulta y constituyen un componente ineludible del médico. No obstante, con frecuencia, los mayores determinantes de la salud no son orgánicos sino emocionales y socioculturales.

En las escuelas de medicina y en los entornos clínicos se enfatiza el dominio de los contenidos biomédicos basados en el paradigma científico y se le concede poca relevancia a los aspectos éticos y culturales de la práctica médica. Este desequilibrio afecta las interacciones sociales en el ámbito de la clínica y sus consecuencias pueden ser graves en la salud de los pacientes. No es extraño que entre las primeras causas de quejas de los médicos que se registran en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED; Hamui, 2015:5-13) se encuentren los problemas en la comunicación médico-paciente. La medicina es una ciencia social y no sólo biológica, la posibilidad de humanizarla se encuentra en la comunicación de diálogo que incida en el estado de salud de las personas y eso se aprende, no es una cuestión intuitiva.

PROFESIONALISMO MÉDICO COMO BASE DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

En la actualidad, la apertura, honestidad y transparencia se agregan a los valores tradicionales del profesionalismo médico, con la finalidad de propiciar la participación activa y la autonomía del paciente, que busca ser tratado como persona íntegra y no sólo en función de su enfermedad. En la consulta, el médico requiere habilidades interpersonales basadas en principios bioéticos (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia) y profesionales que subyacen en el acto médico como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo. La mirada médica (Foucault, 2001) en el ámbito biomédico, se acompaña de códigos emocionales, morales y sociales que en conjunto forman la manera peculiar de lo que se co-construye (Hamui, 2015, 5-13). Las condiciones básicas del encuentro entre médico y paciente suponen los principios de asociación que rigen la práctica médica ética y que se expresan en las habilidades interpersonales más específicas como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo.

En el encuentro, el médico opera tres tipos de reconocimiento: el de sí mismo, el de los demás y el del cambio. El reconocimiento consiste en la capacidad de los médicos para participar en una relación genuina persona a persona, cualquiera que sea, independientemente de la asimetría de conocimientos y funciones, incluso renunciando al interés propio a favor del prójimo. En segunda instancia, el médico muestra un verdadero interés en ayudar a su paciente a solucionar sus problemas y colaborar con él franca y abiertamente, transmitiendo el mensaje “yo estoy aquí para ti”. A pesar del tiempo limitado del encuentro, el médico confía en su propia disposición a cooperar de buena fe con sus pacientes.

Diversos estudios refieren que los pacientes buscan una relación humana con su médico, de compromiso, con calidez, que se interesen en sus problemas personales. Cuando los pacientes se sienten comprendidos por sus médicos están más satisfechos y cómodos, lo que se refleja en efectos positivos en la actividad diagnóstica, terapéutica y consejería. Esperan que su médico los trate como personas, no como un objeto de tratamiento, que los tome en serio y los acepte tal como son. Esta asociación significativa supone que el médico es capaz de planificar la colaboración con el paciente que necesita para resolver sus problemas y sus preocupaciones.

Desde el principio del encuentro, el médico le pregunta al paciente acerca de sus expectativas y, en la medida de lo posible, sus preferencias por ciertos métodos diagnósticos y terapéuticos, y, si es posible, le permite tomar decisiones de acuerdo con sus ideas y experiencias con respecto al tratamiento, para llevarlas a la práctica.

Desde la perspectiva ética existe una deontología médica basada en principios universales vinculados al profesionalismo. En su formación, el estudiante de medicina aprende observando en sus profesores o tutores, valores, actitudes y comportamientos que se expresan en las modalidades de interacción con los pacientes en contextos clínicos o comunitarios. El profesionalismo médico se transmite, aprende e integra de modo dinámico en la práctica cotidiana, a veces sin reflexionar sobre ello, e implica la incorporación de un *ethos* entendido como el conjunto de creencias, valores, normas y modelos que orientan el pensamiento y el comportamiento (d'Epinay L, 1990). El *ethos* es el núcleo cultural que caracteriza a una sociedad, grupo o institución y se relaciona con las identidades sociales, con los sistemas de representaciones compartidas, la conciencia profesional colectiva, las visiones de mundo y otros hábitos. En la comunicación médico-paciente el *ethos* de la profesión médica está presente y se actualiza de forma constante.

Los principios que se refrendan en la relación médico-paciente aluden a la tensión entre el deber del médico hipocrático de hacer el bien (beneficencia) y la libertad del paciente a decidir por sí mismo (principio de autonomía). Otros tres principios que también influyen en la gestión del encuentro médico son: el de la justicia, la responsabilidad y el deber de la confidencialidad. El principio de beneficencia (y como corolario de no maleficencia) se basa en el objetivo de trabajar por el bien del paciente y se presenta a menudo de modo paternalista: “es por su bien” o “una medida de este tipo sugiere un cambio de este tipo”. Por su parte el principio de autonomía tiene dos aspectos distintos: la capacidad de gestionar la vida individual y la ausencia de influencias externas al decidir. En el profesionalismo médico, el principio de autonomía implica, en particular, el requisito de obtener el consentimiento informado de estudios y tratamientos ofrecidos al paciente. La autodeterminación, que implica el respeto al paciente como persona, con una identidad moral propia, no libera al médico de sus responsabilidades ante el paciente (Rossi, 2014).

El principio de justicia requiere que todos sean tratados con equidad, en particular, los médicos deben garantizar la misma atención a los ricos y

pobres, creyentes y ateos, nacionales y extranjeros. El principio de justicia incluye el manejo cuidadoso de los recursos económicos asignados a la salud. El paciente cree que tiene derecho a ser atendido con todos los recursos disponibles, independientemente de la necesidad de una distribución equitativa de éstos, por lo que espera que su médico haga todo por él. El médico se enfrenta a que el sufrimiento de un paciente pueda alterar su capacidad para atender las necesidades de otros por la finitud de los recursos en juego. El médico es responsable de hacer cualquier esfuerzo para curar a su paciente (beneficencia) respetando la necesidad del manejo de los recursos del sistema de salud (justicia).

Las responsabilidades del médico son tres:

- 1.** Epistemológicas: conocer los fundamentos y límites de las teorías científicas, así como de los conocimientos a los que recurren.
- 2.** Técnicas (saber hacer).
- 3.** Relacionales (definidas por orientaciones éticas).

El profesionalismo subyace en la distinción entre lo correcto y lo incorrecto, entre las “buenas” y “malas” acciones. Ante la enfermedad y el sufrimiento, el médico con frecuencia tiende a enfatizar la autonomía radical del paciente, que parte del supuesto de que los sujetos (pacientes) son libres de seguir sus propios intereses, sin tener en cuenta el alcance de sus decisiones en los demás. Muchas veces, los médicos sólo consideran las necesidades específicas del individuo, sin reflexionar en su relación fundamental con la comunidad y su responsabilidad en el ámbito sociocultural. El papel de los médicos es, sin duda, aliviar el sufrimiento de la persona o grupo, pero no a costa de la injusticia o el sufrimiento de los demás.

El principio de confidencialidad se refiere a la obligación del médico de no revelar a terceros las confidencias reveladas en su desempeño clínico ni exponer aspectos críticos observados del carácter y comportamiento del paciente, excepto cuando esté obligado a hacerlo por ley o para salvaguardar el bienestar de otros individuos o la comunidad. Si bien el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, 2015) considera que existe la necesidad de mantener el secreto absoluto de la información obtenida por el médico, también toma en cuenta que hay diferentes situaciones en las que el mantener la confidencialidad es

problemático. Sin embargo, el médico está obligado a asegurar el más estricto respeto a la privacidad del paciente que confía en él. En particular, no puede divulgar información médica, incluso a otro médico, sin el consentimiento de su paciente.

Entre las habilidades interpersonales del médico una de las más relevantes es el respeto. En la práctica médica, el paciente es visto como un conjunto de problemas al que hay que encontrarles solución. Sin embargo, el abordaje del paciente requiere que se tenga en cuenta su cualidad básica de persona, de sujeto que piensa, ama, sufre y busca consuelo. Tratar al paciente con respeto significa no juzgar a la persona, evaluar su comportamiento, considerar sus síntomas emocionales, reconocer sus valores personales y, explícitamente, apreciar el esfuerzo demostrado en la solución de sus problemas. El médico muestra respeto cuando ve al paciente como una persona, no como un caso, cuando es capaz de entender su sufrimiento singular y muestra comprensión empática, cuando está convencido de que el paciente es capaz de tomar su destino en sus manos, cuando lo ayuda a reconocer sus puntos fuertes y a desarrollarlos, cuando establece una relación con el paciente basada en la reciprocidad.

La sinceridad es una actitud ética que hace posible el establecimiento de una relación de confianza. Para el médico, la sinceridad puede manifestarse como la obligación de la beneficencia “como médico, es mi deber ayudarlo”, lo que implica el respeto a la autonomía del paciente “para ayudar, tengo que preguntar con sinceridad acerca de sus puntos de vista y su voluntad”. Esta actitud ética es incompatible con el ejercicio de control o manipulación del paciente, la sinceridad significa que en la consulta, cuando el médico reconoce que el paciente tiene buenas razones para manifestar su dolencia. La comunicación es más fácil si se supone de inicio que el paciente es sincero en lo que dijo, sin este “postulado de sinceridad” no hay relación posible. El médico también debe ser sincero en la relación cuando reconoce los límites de su conocimiento, reconoce las limitaciones del otro para comprender la información y por lo tanto traduce a un lenguaje accesible su razonamiento clínico, así como cuando reconoce sus propias experiencias emocionales en la consulta. Los médicos y pacientes pueden sentir emociones intensas —incluso negativas— que merecen ser abordadas con sinceridad.

Uno de los aspectos más sensibles de la relación médico-paciente, es la dimensión ética con el principio de equidad, reciprocidad y justicia, es

esencial para la relación en la atención médica. La equidad se refiere a la idea de proporcionalidad entre lo que se da y se recibe en el intercambio; la reciprocidad, alude a la circularidad del intercambio entre los involucrados; el respeto de las diferentes necesidades de los individuos. De esta manera el profesionalismo como código moral forma parte de la práctica médica e involucra valores y principios éticos que se ponen a prueba a cada momento y en cada situación de interacción. La reflexión de lo que está en juego durante la consulta permite aprender a enfocar los aspectos relevantes de la comunicación entre el médico y el paciente, con el objetivo de lograr el contacto real que transforma a los involucrados, e interviene en el mejoramiento del estado de salud de las personas. Para los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio, el acto de introversión relativo a la forma en que se acercan e influyen en la realidad de sus pacientes está articulado al modo en que se comunican con éstos.

AGENDA DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE

La intención de guiar a los médicos para que logren comunicarse con sus pacientes se centra en la posibilidad de dialogar, comprender la perspectiva del paciente y compartir su situación para coadyuvar en el mejoramiento de su estado de salud. Este apartado se basa en la revisión de la literatura sobre el tema, en lo que debería ser la comunicación médico-paciente. Más adelante se analizan videos que reflejan lo que sucede en la realidad de la consulta externa, en clínicas de primer nivel de atención dentro de instituciones de salud pública en México.

Un punto de partida para aprender y repensar la comunicación en la consulta suele ser cuando el médico se pone en el lugar de lo que piensa y siente el paciente, lo que de una u otra manera se llega a experimentar cuando se está presente en el consultorio del médico. Cuando las personas se enferman les surgen muchas preguntas, ¿qué me está pasando?, ¿por qué me está pasando esto?, ¿por qué ahora?, ¿qué debo hacer?, ¿tengo que buscar al médico?, ¿será serio?, ¿se podrá tratar? Los sujetos que enferman se asustan y tienen que afrontar no sólo su trastorno corporal, sino el esfuerzo de ir a la clínica (institución médica) e interactuar con personas poco conocidas, incluyendo al médico y al resto del equipo de salud. Saben también que les será difícil entender lo que les diga el médico y tal vez no sea del todo resuelto el problema.

Los signos biológicos tienen además significados en la historia de vida del paciente y se relacionan con sus conocimientos, deseos, memorias y experiencias pasadas. Para conocerlos, la historia clínica no es suficiente y si se desea entablar una comunicación dialógica habrá que considerarlos. El entendimiento de los pensamientos y sentimientos del paciente genera preguntas en el médico que van, de la estandarización protocolaria biomédica, a la consideración de la situación particular de cada persona; por ejemplo, después de escuchar su relato podría preguntarse: ¿podrá pagar los estudios que le voy a indicar?, ¿qué dirá su pareja sobre lo que le voy a recomendar?, ¿regresará para continuar con el tratamiento? Las preguntas y sus respuestas pueden traducirse en tres aspectos:

1. Ideas.
2. Preocupaciones y expectativas sobre los síntomas.
3. Tratamiento (Tate P, 2014).

Una de las maneras que permiten visualizar la forma en que se comunican los médicos es considerar su agenda del médico, como la del paciente. En la figura 1-1 se muestra el espectro del comportamiento del médico con los pacientes.

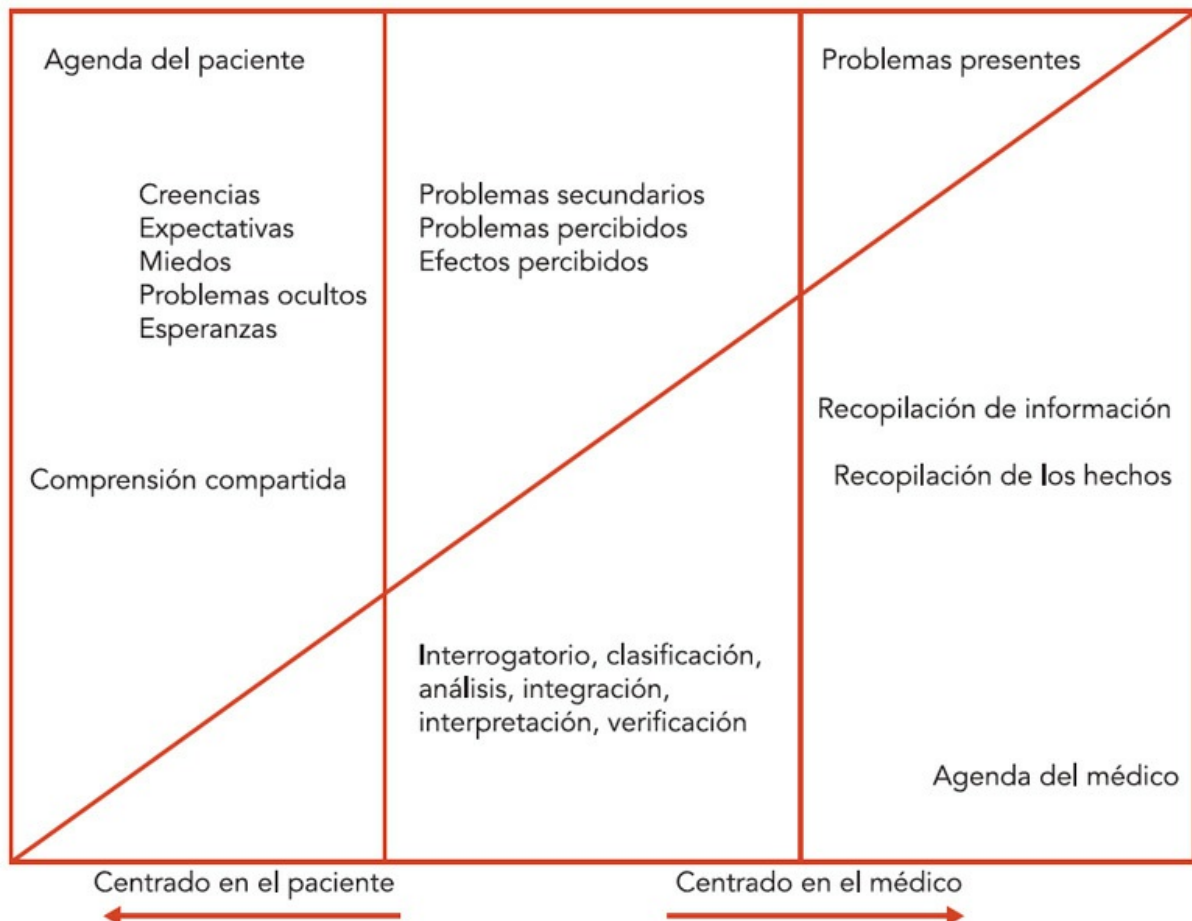


Figura 1-1. Modelo de distribución de poder en los estilos de consulta.
Fuente: Tate P, Tate L: The Doctors Communication Handbook. 7th ed.
London: Radcliffe Publishing; 2014.

En el lado derecho de la figura se toma en cuenta casi toda la agenda del médico considerando sólo los síntomas del paciente, a medida que el médico se desplaza a la izquierda, más elementos de la agenda del paciente son incluidos hasta cubrirla por completo. Tanto en contextos hospitalarios, como en la consulta ambulatoria, el modelo centrado en el médico continúa como el más frecuente, lo que no resulta extraño considerando la manera en que se enseña a los médicos. Por ejemplo, elaborar la historia clínica es una actividad centrada en el médico, lo que no está mal en sí mismo, pero limitarse a las preguntas cerradas del

interrogatorio tiende a inhibir la participación del paciente. El llenado de los expedientes clínicos estructurados, impresos o electrónicos requeridos por las instituciones, en la mayoría de las ocasiones va en contra de la comunicación dialógica, pues el médico se preocupa más por completar el formulario, que por escuchar, dialogar y concertar el tratamiento con el paciente. Lo deseable es buscar un equilibrio entre ambas agendas y lograr que, por un lado, el médico obtenga la información necesaria para integrar el caso usando el razonamiento clínico y, por otro, dejar que las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente sean expresadas y se atiendan en la interacción.

El médico podría ubicarse en el centro del espectro y cambiar su comportamiento hacia un lado o el otro dependiendo la situación. El problema es que la mayoría de los médicos no cambian, adoptan un estilo y lo mantienen de manera consistente, ya sea con un adolescente de 16 años o con un adulto mayor de 80. Para que la comunicación sea dialógica necesita ser flexible según las necesidades del paciente y para ello, lo más básico es saber por qué acudió a consulta. Esto que parece obvio, no lo es tanto, en ocasiones el paciente habla de una cosa y el médico de otra, por lo tanto sus agendas no se cruzan. Los médicos son buenos diagnosticando (descubren la causa y la evolución del problema biomédico), pero no son muy hábiles para buscar las creencias y expectativas de los pacientes.

En la figura 1-1, el médico tiene el control cuando se posiciona al lado derecho y su poder se esfuma a medida que se acerca a la agenda del paciente y el médico se torna menos autoritario. Lo cierto es que un alto porcentaje de los pacientes busca un médico que los ayude a disminuir su ansiedad con su sabiduría, autoridad moral y carisma. La autoridad del médico tiene que ver con el conocimiento y trayectoria profesional; sin embargo, la información biomédica es cada vez más accesible por internet, lo que disminuye este tipo de autoridad. El control de la información incrementa el poder del médico, pero restringe el involucramiento del paciente. La autoridad moral le da derecho al médico a orientar al paciente en lo que considera su bienestar basado en lo que la sociedad espera de ellos. Sin embargo, éste, en la actualidad, cuida no ser demasiado intrusivo al presionar a los pacientes a cambiar sus comportamientos y reduce sus expectativas de gobernar sobre la vida del otro. La autoridad carismática del médico es más difícil de definir, ya que se relaciona con el halo místico que tiene al lidiar con la vida, la enfermedad y la muerte. Gran parte de los médicos tienen miedo de perder el control al permitir que los pacientes

expresen su dolor, temores, emociones que los hacen sentirse abrumados por los problemas de los pacientes, por lo que prefieren buscar una salida que no resulte amenazante. El problema es que este comportamiento se instala en el estilo que éste tenga y persiste durante toda su carrera.

A la autoridad del médico le acompañan símbolos que refuerzan su poder como la bata blanca, los títulos enmarcados que cuelga en la pared del consultorio, un escritorio con una gran silla del otro lado del paciente y computadoras con información ininteligible para el paciente en las pantallas. Esto aunado a rituales como interrogar, explorar y prescribir, aumenta la autoridad carismática del médico ante la ausencia de explicaciones adecuadas. Lo malo de este tipo de pautas interaccionales es que la consulta es poco útil, pues no incrementa el entendimiento del paciente ni la adherencia al tratamiento. Tate (2014) se refiere a la regla de un tercio: un tercio de los pacientes lleva a cabo las indicaciones del médico y actúa en consecuencia, lo que hace que ésta sea apreciada. Otro tercio toma parte de la recomendación, pero no tanto para apegarse a ella. El último tercio simplemente no sigue las recomendaciones. Los términos cumplimiento, conformidad (*compliance*) o adherencia han sido propasados por el de concordancia, este último se deriva de un proceso de negociación y acuerdos compartidos entre el médico y el paciente con respecto al tratamiento. El rol del médico ha cambiado pues ya no es el portador de saberes ocultos, ahora es el intérprete de la salud de sus pacientes, en este sentido las estrategias de comunicación del pasado ya no son viables, las decisiones compartidas y las reglas de concordancia son competencias que el médico habrá de adquirir para lograr incurrir en el bienestar de las personas.

Existen diferentes tipos de pacientes y las mismas palabras pueden significar cosas diferentes para cada persona. El lenguaje médico puede ser confuso y provocar temor, de ahí la importancia de descubrir lo que le inquieta al paciente. Según el modelo de las creencias en salud (Becker, 1974), la motivación para cambiar las conductas relativas al estado de salud varía enormemente. Al considerar los problemas de salud específicos las personas perciben la vulnerabilidad y el riesgo de manera distinta, es decir, la manera en que se verán afectadas. Si un paciente tiene un problema de salud, la percepción de vulnerabilidad se refiere al grado de creencia en el diagnóstico y sus posibles consecuencias, lo que afecta su adherencia al tratamiento. Las representaciones sociales de ciertos padecimientos y las experiencias de otros también influyen en las

creencias, actitudes y comportamientos. Los pacientes valoran las ventajas y desventajas al tomar decisiones y no siempre tienen en cuenta elementos que otros, como el médico, consideran relevantes. Para el médico es importante entender la lógica de pensamiento del paciente, conocer los miedos, ansiedades y estados de ánimo y lidiar con ellos. Las creencias de los pacientes no siempre son congruentes, pues se relacionan con ciertos estímulos, memorias, experiencias sensoriales pasadas, información que circula en los medios de comunicación, cosmovisiones culturales, etc. En suma, el modelo de las creencias de la salud se enfoca en el esfuerzo de las personas por entender y explicar lo que les pasa y les pasará, y las personas tratarán de resolver el dilema de diferentes maneras. Aunque cada sistema de creencias es único, está influido por la cultura, religión, historia comunitaria y sociedad circundante.

Para explicar lo que las personas piensan sobre lo que puede pasar con su salud se ha propuesto el concepto de *locus* de control. Están los controladores internos que creen que tienen el futuro de su salud porque depende de sus propias acciones. Este tipo de individuos hace todo lo que esté a su alcance por mantenerse saludable, dietas, ejercicios, ingesta de vitaminas y se abstiene de lo que pueda dañar su cuerpo (alcohol, grasa, tabaco, etc.). A estas personas les gustan las explicaciones, el diálogo y las discusiones, se involucran en las decisiones sobre su salud y creen saber lo que puede pasar. Se muestran entusiasmadas sobre las alternativas médicas y no médicas, aunque no siempre sean claras. En contraste el controlador externo es fatalista, piensa que no tiene ningún control sobre su salud y lo que tenga que pasar pasará, no hace nada por evitar consumos nocivos o situaciones riesgosas. A este tipo de personas no les gusta dialogar sobre su salud, prefiere que le digan lo que hay que hacer y después decidir si sigue o no el consejo. No se involucran y muestran poco interés en los temas relacionados con la salud. La forma de comunicación que funciona con el controlador interno, no es la más adecuada con el controlador externo que prefiere mensajes de salud pública simples, directos y contundentes. Además están aquellos que no creen tener el control de su propia salud, pero tampoco son fatalistas, piensan que el médico es quien está a cargo de su salud. Los médicos encuentran dificultad para desarrollar estrategias que les den mayor responsabilidad sobre su salud, pero los pacientes de este tipo se resisten a asumirla. Es difícil involucrarlos en las decisiones y los procedimientos, pues ellos se sienten más cómodos con médicos autoritarios que les quitan la responsabilidad de

su salud. No es fácil educarlos y si su agenda de salud no coincide con la del médico no siguen las recomendaciones médicas.

El *locus* de control puede ser influenciado, pues se trata de una tendencia no de aspectos fijos de la personalidad. Los seres humanos no siempre somos consistentes, de ahí que las estrategias de comunicación sugieren que los pacientes que asumen la responsabilidad de su salud puedan lograr persuadir a los dos últimos tipos de pacientes. Cuando el médico reconoce el *locus* de control del paciente puede flexibilizar su estilo de comunicación, explorar su agenda y dialogar sobre las cosas que les interesan a ambos. La comunicación entonces se adapta al individuo y se vuelve más auténtica y eficaz.

Cuando la comunicación tiene lugar en el encuentro médico-paciente, la comprensión se transforma y tiene efectos en las creencias y los comportamientos del paciente ante la salud y la enfermedad. Lo que el médico busca en el encuentro con el paciente por medio de la comunicación dialógica es:

1. Descubrir las razones por las que acude el paciente a la consulta por lo que tiene que comprender a la persona y explorar los problemas que plantea.
2. Compartir la explicación de los hallazgos (diagnóstico y tratamiento) según las necesidades del paciente considerando sus ideas, preocupaciones y expectativas.
3. Involucrar al paciente en las decisiones y la responsabilidad del plan de manejo.
4. Lograr que el encuentro sea práctico en cuanto al uso de los recursos (tiempo, solicitud de estudios diagnósticos, prescripción de medicamentos, etc.), es decir, a la estabilidad de la relación (respeto, honestidad y confianza), que permita dar seguimiento a los problemas de salud del paciente y, en cuanto al uso de las redes sociales del mismo para favorecer su seguridad, apego al tratamiento e integridad biopsicosocial.

Los pacientes suelen ser pasivos, porque se sienten cohibidos o temerosos ante el médico, lo que no significa que no quieran saber más sobre lo que les sucede. Éstos necesitan ser informados para consentir y adherirse a la propuesta terapéutica, pero cada persona es diferente, por lo que la comunicación y planes de manejo también deben personalizarse. Los

individuos con frecuencia tienen comportamientos inapropiados con respecto a su salud y enfermedades, lo que se refuerza cuando no cuentan con explicaciones claras ni entienden el porqué de los tratamientos. Mientras mayor sea la comprensión del padecimiento es más probable que sigan las indicaciones, por lo que vale la pena que el médico se esfuerce en lograr una comunicación dialógica en la consulta.

Como explica el Dr. Lifshitz (2012), la práctica médica había sido autorregulada, cada profesional decidía hasta dónde llegaba y cuándo pedía ayuda. Sin embargo, en la actualidad han surgido nuevas formas de regulación social, en parte por la exigencia de los pacientes. Cada día resulta más claro que “los pacientes de hoy no son como los de antes”. Aunque una proporción mayoritaria de la población siga siendo pasiva, han surgido nuevas conductas que ya no son compatibles con esa visión tan desigual de la relación médico-paciente.

El paciente va adquiriendo, cada vez más, comportamientos de consumidor, de tal modo que selecciona entre ofertas, busca paquetes y oportunidades, compara precios y servicios, y elige según su criterio un mercado. El mercado de los servicios de salud es imperfecto y las opciones que eligen los pacientes no siempre son las más favorables en términos de su salud. Como explica el Dr. Lifshitz (2012), se dejan seducir por superficialidades, promociones engañosas o información tendenciosa, lo que influye en las interacciones de la relación con los médicos. Por ejemplo, para elegir a un médico en ocasiones el paciente considera la manera en que el primero se presenta y por sus supuestas cualidades, prestancia o permisividad de tal modo que no imponga sacrificios a los pacientes aun cuando éstos sean indispensables para su manejo. Así, el paciente puede optar por un médico que no prohíba fumar, no intente incurrir en otros malos hábitos y aliente prácticas cómodas, pero inconvenientes para la salud.

Además, ha surgido una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes, en respuesta a experiencias insatisfactorias, propias o de sus familiares. No es raro que hoy día los pacientes soliciten una segunda opinión, o hasta una tercera, antes de tomar una decisión, que consulten en las bases de datos si lo que su médico les prescribió es o no correcto y que cuestionen cada una de sus indicaciones. Más aún, que demanden legalmente cuando los resultados no les satisfacen, que se organicen para apoyar sus exigencias y que involucren a la sociedad en ello. Todo esto ha conducido a una creciente regulación social de la práctica médica en la que

ya los médicos no pueden hacer, como antes, literalmente, lo que quieran con sus pacientes.

Las conductas de los pacientes a veces han tenido consecuencias desfavorables en la relación con el médico. Entre ellas, que se ha creado una corriente de desconfianza que no resulta apropiada para los propósitos de lograr resultados en salud; que se ha propiciado la medicina defensiva que tanto daño ha hecho a la práctica profesional y que los modelos de relación médico-paciente se hayan desviado hacia las relaciones contractuales.

Derivado de investigaciones realizadas sobre comunicación en la consulta, sobre todo a través de la observación de videos, destacan las siguientes cuestiones:

- Las explicaciones que los pacientes reciben se relacionan directamente con lo que el médico considera deben saber.
- Existe la tendencia de que mientras más baja sea la clase social de los pacientes, menos explicaciones ofrece el médico, esto a pesar de que todos los pacientes desde las clases más altas a las más bajas, y de los más inteligentes a los más limitados intelectualmente, buscan tener tanta información como puedan asimilar y de manera que la puedan comprender, lo que constituye un gran desafío a los profesionales de la salud.
- Es frecuente que la percepción de los pacientes y los médicos sobre los problemas de salud difieran antes y después de la consulta, por lo que el encuentro es un espacio privilegiado para la comprensión y atención de los estados corporales, mentales y sociales de quienes padecen y constituye una oportunidad para estimular el cambio.
- Limitarse a las preguntas de la historia clínica no favorece la comunicación dialógica, permite el razonamiento clínico, pero no la inclusión de la agenda del paciente en la interacción. Cuando además el interrogatorio está mediado por el expediente clínico, impreso o electrónico, y el médico está preocupado por completar los procesos administrativos sin la participación del paciente en este ejercicio, el desenlace de la consulta será menos eficaz.
- La información contenida en trípticos, panfletos y otros materiales escritos es relevante cuando se la explica el médico al paciente en el contexto de su condición de salud, en sí misma tiene poca influencia.
- Los médicos exploran poco acerca de lo que los pacientes piensan sobre las consecuencias de su enfermedad. Las consultas permanecen unilaterales y compartir planes terapéuticos y responsabilidades de

manejo sigue siendo una actitud poco desarrollada.

- Mientras se busque y tome en cuenta la agenda del paciente para conciliarla con la agenda del médico, la comunicación será más dialógica y tendrá como resultado la comprensión compartida, el plan de manejo consensuado y la transformación del estado de salud del paciente.

En el cuadro 1-1 se muestra lo que el médico debe lograr en la interacción con los pacientes, tanto en la consulta externa como en el hospital.

Cuadro 1-1. Lo que se busca lograr en la interacción médico-paciente
1. Descubrir los motivos de la visita del paciente • Tratar de entender al paciente: Para ello el médico deberá hacer lo siguiente: - Escuchar - Recoger pistas - Obtener y utilizar información social y ocupacional importante - Explorar su comprensión sobre su padecer - Investigar problemas distintos al que se presenta • Tratar de comprender el (los) problema(s): Para ello el médico deberá hacer lo siguiente: - Obtener información adicional de síntomas críticos y detalles de la historia médica - Evaluar la condición del paciente a través de la exploración adecuada - Elaborar un diagnóstico inicial - Evaluar la severidad del problema actual
2. Lograr la comprensión compartida Para ello el médico deberá hacer lo siguiente: • Compartir los hallazgos con el paciente • Elaborar explicaciones de acuerdo con las necesidades del paciente • Asegurarse de que las explicaciones hayan sido comprendidas y aceptadas por el paciente
3. Compartir las decisiones y responsabilidades Para ello el médico deberá hacer lo siguiente: • Elegir, junto con el paciente, la forma apropiada de tratamiento • Involucrar al paciente en el plan de manejo tomando en consideración su situación • Tratar de alcanzar un plan de manejo compartido • Asegurarse de que el paciente entienda el plan
4. Usar de manera dialógica la interacción Para ello el médico deberá hacer lo siguiente: • Hacer correcto uso de los recursos - Buen uso del tiempo - Exámenes apropiados - Referencias apropiadas - Prescripciones concordantes • Establecer y mantener una relación auténtica con el paciente • Realizar recomendaciones sobre la salud oportunamente cuando sea apropiado • Utilizar las redes sociales y de seguridad del paciente

La dinámica de la comunicación se altera cuando hay más de dos participantes en la consulta como familiares, cuidadores o acompañantes. No obstante, los objetivos en la consulta se mantienen aunque es más difícil alcanzarlos porque en ocasiones hay más de dos agendas. Por

ejemplo, en una consulta ginecológica en la que asisten una paciente de 14 años y su mamá, lo que cada una espera de la interacción con el médico es distinta y este último tiene que distinguir sus necesidades y lidiar con sus ideas, preocupaciones y expectativas para tratar de satisfacerlas a ambas. En estos casos hay que escuchar con atención tanto al paciente como a los familiares y no interrumpir el relato con prontitud, evitar que una persona hable por la otra, no tomar partido, eludir, dar consejos sin haber explorado el problema a fondo, dejar a la vista del familiar o acompañante las anotaciones en el expediente sobre el paciente.

Algunas estrategias que funcionan cuando la comunicación es triádica son mantenerse muy atentos a cuidar los asuntos relativos a la confidencialidad, interactuar con cada individuo (incluyendo a los niños), de tal manera que se motive su participación en el encuentro, reconocer las emociones expresadas (positivas o negativas), tener el control de la situación y del uso de la palabra, limitar las posibles interrupciones y enfatizar lo positivo.

En estos casos, la agenda del médico se vuelve muy importante y debe actuar sin juzgar con base en los principios del profesionalismo impidiendo que sus creencias, religión y costumbres dominen el encuentro. El énfasis estará puesto en la atención al paciente y el médico tendrá la tarea de relajar el ambiente para que la comunicación fluya. Quien esté más interesado en participar lo puede hacer primero, pero habrá que dar el espacio a todos y observar el lenguaje no verbal del que interviene y de los demás que puede dar claves emocionales relevantes. Independientemente de su posición en las estructuras de parentesco hay que tratar a todos como iguales y respetar su vulnerabilidad y confidencialidad, lo que implica en ocasiones hablar a solas con cada uno. Habrá que estar conscientes de que se trata de situaciones delicadas que pueden marcar la experiencia de las personas involucradas a futuro. Sólo después de comprender a fondo la situación es que el médico puede intervenir en la resolución del caso y actuar como árbitro (Tate, 2014). De esta manera cuando intervienen múltiples agendas, el manejo es más complejo porque hay que considerarlas todas, pero la meta es la misma: el bienestar del paciente y su familia.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

Durante la consulta médica hay un tercer elemento presente de manera explícita e implícita: la institución de salud, cuyas normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. El compromiso laboral del médico de cumplir con las reglas del sistema lo llevan a priorizar los procesos administrativos y desatender con frecuencia la agenda del paciente. Las mediaciones institucionales pueden limitar la autonomía tanto del médico como del paciente, pues se encuentran insertos en relaciones de poder que posibilitan y limitan su proceder, por lo tanto sólo hasta cierto punto logran configurar sus propias acciones en el ámbito de la atención a la salud (Hamui, 2015:5-3). El médico como sujeto alude a las fuerzas conscientes voluntarias para actuar y transformar, a la posibilidad entre lo regulado y lo posible que hace surgir la crítica y la innovación. El sujeto se concibe como motor del cambio, como aquel capaz de trastocar al otro a través de las relaciones interindividuales reguladas por el encuentro en una trama institucional y social. El paciente como sujeto, es a su vez el origen y la finalidad del conocimiento, y se configura durante la consulta en los procedimientos, las mediaciones, las experiencias médicas que suceden en ese espacio regulado. Como explica Foucault (Deleuze, 1999; Foucault, 1999) entre los sujetos se establece la relación saber-poder que articula, a través de las formaciones discursivas, el sentido de las prácticas y las prospectivas en culturas de vida específicos.

Para entender la manera en que interviene el contexto institucional en el encuentro médico-paciente, es útil analizar la noción foucaultiana de dispositivo. El autor considera que:

1. El dispositivo configura redes de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho.
2. El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos; por ejemplo, el discurso puede aparecer como programa de una institución, como un elemento que justifica u oculta ciertas prácticas o funcionar como una interpretación *a posteriori* y ofrecer un campo nuevo de racionalidad.
3. El dispositivo tiene una función estratégica se trata de una formación

que en un momento dado ha respondido a una necesidad.

4. Además de definirse por la estructura de elementos heterogéneos, un dispositivo se define por su génesis. Foucault distingue al respecto dos momentos: primero el predominio del objetivo estratégico y segundo el de la constitución del dispositivo propiamente dicho.
5. Una vez constituido, el dispositivo permanece como tal en la medida en que tiene lugar un proceso de sobredeterminación funcional: cada efecto, positivo o negativo, querido o no querido, entra en resonancia o contradicción con los otros y exige un reajuste. Asimismo se caracteriza por estar en un proceso de perpetua actualización estratégica. Sobre los dispositivos disciplinares, en este caso de la medicina, Foucault distingue dos usos del término “disciplina”: uno en el orden del saber (como forma discursiva de control de la producción de nuevos discursos) y otro en el del poder (conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas tienen por objetivo y resultado la singularización de los individuos) (Deleuze, 1999; Foucault, 1999).

Las instituciones de salud tienen ambos componentes: por un lado portan discursos formulados y reformulados basados en la lógica de la salud pública; por el otro, establecen estrategias para gestionar el sistema en el cual interactúan los sujetos. En la consulta médica están presentes los objetos, conceptos y estrategias no sólo de la agenda del médico y del paciente sino del sistema que regula las interacciones. Las disposiciones organizacionales pueden ser más o menos intrusivas y pautar la dinámica del encuentro. En los videos analizados de médicos familiares en consulta en diversas regiones de la república mexicana en contextos institucionales diferentes (Hamui, 2015) los dispositivos clínicos ocupan un espacio importante en los contenidos y procedimientos observados, y dejan poco lugar a las agendas del médico y del paciente. Esto se expresa, por ejemplo, en el tiempo regulado de la consulta, en la obligación de completar la información del expediente durante el encuentro para poder prescribir, en la disponibilidad de ciertos medicamentos, en los procedimientos burocráticos para solicitar estudios paraclínicos, etc. En el caso del paciente, los dispositivos institucionales se manifiestan en los horarios de atención, en las citas otorgadas para encontrarse con el médico, en el pago de cuotas y servicios, en los tiempos de espera, así como en la disposición de espacios permitidos y prohibidos en las instalaciones hospitalarias, etc. En síntesis, los dispositivos institucionales potencian o

limitan la atención, afectan la dinámica del encuentro y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica entre el médico y el paciente en pro del mejoramiento de la salud de las personas y las poblaciones.

Las normas institucionales enmarcan el encuentro desde el inicio del mismo; por ejemplo, en la distribución del mobiliario del consultorio, la posición que ocupa el médico con relación al paciente, el uso de la bata blanca, los gafetes de identificación, del estetoscopio y demás objetos especializados, los formatos institucionales. El arreglo institucional otorga un espacio social, cultural y político tanto al médico como al paciente que condiciona la asimetría en la interacción (figura paternalista del médico, actitud pasiva del paciente) y tiende a inhibir la comunicación dialógica, privilegiando la agenda del médico quien mantiene el control de las interacciones.

En los diálogos durante la consulta domina el flujo de información biomédica, el médico es valorado institucionalmente por sus conocimientos científicos y sus competencias clínicas, pero no se consideran relevantes otros niveles de la interacción como el emocional, el biográfico o sociocultural. Los médicos personifican el discurso del campo médico, utilizan enunciados disciplinares e institucionales propios de la salud pública en la consulta aplicando argumentos biomédicos, lo que se refleja con frecuencia en el uso de lenguaje técnico y la lógica del riesgo (probabilidades) muchas veces inaccesible a la comprensión del paciente. El resultado es que existe relación, pero no comunicación dialógica entre el médico y el paciente. En el caso de las consultas en que el médico y el paciente no hablen el mismo idioma, la comunicación se dificulta aún más, pues las interpretaciones de quienes viven en contextos sociales diversos no siempre aluden a los mismos referentes culturales.

La práctica de la medicina moderna, si bien se ha vuelto más eficaz por su elevada especialización y tecnicismos, en sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, también se caracteriza por una gran deshumanización de los profesionales responsables del cuidado de la salud del paciente. El médico establece barreras para evitar involucrarse afectivamente con el paciente y poco a poco se convierte en una persona rígida, fría y sin emociones, lo que tiene consecuencias en la manera en que se comunica con el paciente.

El dispositivo institucional que mayor influencia tiene en el encuentro es el expediente clínico que en no pocas ocasiones establece el guión que sigue la consulta, es decir, la estructura, el orden y la secuencia de la trama

de los diálogos y los procedimientos en las distintas fases de la consulta (bienvenida, motivo de consulta, interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento y conclusión). Los elementos técnicos estandarizados como computadoras, formularios institucionales, expedientes clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, recetas, carnets, formas de referencias, etc. constituyen dispositivos materiales que intervienen en la interacción y afectan la comunicación en la dinámica de la consulta. La consecuencia es que la consulta se protocoliza y se burocratiza, las agendas del médico y el paciente no se encuentran, se intercambia información, pero no la empatía ni el reconocimiento mutuo. Las prácticas institucionales se sedimentan y se convierten en dispositivos estratégicos y funcionales que norman las interacciones sociales reiteradamente.

DIMENSIONES DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Para que la comunicación en la consulta sea dialógica, hay tres niveles en la interacción que habrán de observarse: 1) el biomédico; 2) el emocional; 3) el biográfico que incorpora las identidades socioculturales de quienes participan en el encuentro. En el número 1 del 2015 de la revista CONAMED apareció un artículo escrito por algunos de los autores de este libro titulado “Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédico, emocional e identidad cultural” (Hamui, 2015) en el cual se propone un modelo que considera el análisis de distintos planos y simultáneos acerca de las interacciones durante la consulta. En los siguientes párrafos se recupera el modelo propuesto que sirve de base en el diseño de estrategias pedagógicas para enseñar y aprender la comunicación dialógica en la relación médico-paciente. A continuación se presenta cada nivel y su desarrollo reciente.

BIOMÉDICA

Desde hace cuatro décadas, los médicos han concientizado que la comunicación con el paciente y sus familiares es un elemento central en la práctica clínica por lo que han empezado a analizar los aspectos relacionados con este intercambio. Se percatan de que el trabajo del médico puede ser ineficaz si no está enmarcado en una relación real con el paciente, donde la comunicación juega un papel central. Este último tiene requerimientos específicos: el de ser informado sobre su condición de salud y el plan de tratamiento, quiere saber primero lo que está pasando y por qué y espera un consejo de su médico. El encuentro tiene como objetivo abrir nuevas perspectivas para facilitar cambios de comportamiento y minimizar riesgos para la salud del paciente. El consejo dirigido a la prevención resulta central en la promoción de la salud. El trabajo de información y asesoramiento, tanto en lo que se refiere a las medidas terapéuticas como preventivas, es una parte integral del acto médico.

Desde el punto de vista del médico, la importancia de la comunicación con el paciente, reside en su influencia directa sobre el cuidado de la salud, pues incide fuertemente en la calidad de la información que obtiene para

elaborar un diagnóstico correcto. Además del proceso diagnóstico, la función esencial del médico es el manejo terapéutico. El apego al tratamiento, depende, entre otros aspectos, de la capacidad comunicativa del médico y de la confianza que logre construir (Saha S, 2011).

Desde 1977, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holista, que él llamó biopsicosocial, en contraparte al modelo biomédico dominante (Borrell, 2002). Éste propuso dos vertientes: un patrón de causación diferente del clásico de causa-efecto, y un cambio de enfoque hacia el paciente que pasó de ser simple objeto de estudio a sujeto del acto clínico. Engel creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social, el desarrollo del enfoque biopsicosocial en su vertiente de práctica clínica, ha dado lugar al llamado modelo centrado en el paciente, que recomienda averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerlo partícipe, en un plano de igualdad, al tomar decisiones.

A partir del supuesto del modelo biomédico, los médicos de diversos países se han preocupado por desarrollar lineamientos que sirvan de guía para realizar acciones educativas en torno a la comunicación médico-paciente. De esta manera, uno de los primeros trabajos fue el Consenso de Toronto, el cual buscó identificar las características de una buena comunicación médico-paciente (Simpson M, 1991).

Las preguntas y prioridades no resueltas detectadas por el Consenso de Toronto resultaron ser muchas y contribuyeron a dirigir el proceso de indagación. La intención era volver eficiente la consulta, incrementar la satisfacción del usuario, evitar demandas, lograr el apego al tratamiento con mejores resultados en su condición de salud, así como promover el mejor funcionamiento del sistema medible en estadísticas objetivas. No obstante, desde el Consenso de Toronto, sugirieron aspectos de la complejidad de los encuentros interpersonales y se evidenciaron las limitaciones de las recomendaciones pragmáticas centradas en el paradigma biomédico y utilitarista.

A partir del Consenso de Toronto, hubo otros que contribuyeron a resaltar la importancia de estudiar la comunicación médico-paciente. En 1999, se reunieron en Kalamazoo, Michigan, 21 líderes de educación médica, con el objetivo de delimitar un conjunto coherente de elementos esenciales de la comunicación médico-paciente para facilitar su desarrollo, implementación y evaluación, así como para desarrollar estándares específicos en este dominio (Bayer, 2001). El grupo identificó siete fases

esenciales de la tarea de la comunicación: construir la relación médico-paciente, iniciar la discusión, obtener información, comprender la perspectiva del paciente, compartir información, llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes, y efectuar el cierre. Este consenso conocido como Kalamazoo I, concluyó que una relación médico-paciente fuerte, terapéutica y eficaz, es condición *sine qua non* de la comunicación médico-paciente. El grupo recomendó un enfoque centrado en el paciente, una relación centrada en la atención, resaltando tanto la enfermedad como la experiencia del paciente.

Tres años más tarde, en la Conferencia Kalamazoo II, médicos estadounidenses y canadienses se refirieron a que los programas de acreditación de residencias y certificación de médicos evaluarían la competencia de comunicación y habilidades interpersonales (Duffy FD, 2004). Su reporte aludía a que estas últimas constituían dos partes bien diferenciadas de una sola competencia integrada. Las habilidades de comunicación implicaban la realización de tareas y comportamientos específicos como la obtención de la historia clínica, explicación del diagnóstico y pronóstico, otorgamiento de instrucciones terapéuticas específicas y asesoramiento. Los expertos reunidos para este consenso refirieron que debido a que los médicos avanzan de principiantes a expertos, la competencia se expande desde la realización de tareas genéricas de comunicación hasta un desempeño exitoso en situaciones específicas, complejas y exigentes. El documento incluyó diversas herramientas para la evaluación de las habilidades de comunicación.

En el año 2008, se publicó el Consenso Británico de comunicación médico-paciente, el cual proporcionó recomendaciones presuntamente aplicables en cualquier parte del mundo, e incluyó competencias de difícil medición como el profesionalismo y la integridad. En el capítulo 3 se presenta la propuesta de diseño curricular propuesta para desarrollar las competencias relativas a la comunicación médico-paciente. En esta propuesta un componente clave fue el respeto, que constituye el elemento central que direcciona no sólo la comunicación, sino todas las áreas de la medicina (Von Fragstin M, 2008). Dos años después, apareció el consenso alemán (Kiessling, 2010) al que le siguió el europeo publicado en 2012 (Bachmann C, 2013) en el cual participaron 15 países. En este último documento el énfasis estuvo enfocado en los fines educativos para determinar objetivos de aprendizaje del currículo esencial de comunicación aplicable a todo profesional del cuidado de la salud y en

examinar su capacidad en el plan de estudios del pregrado europeo.

En 2016, 51 profesionistas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, España y Portugal, publicaron el consenso latinoamericano (de Leonardo CG *et al.*, 2016). Al igual que los anteriores pone el énfasis en la construcción de una buena comunicación con el paciente basada en la ética médica. También menciona la importancia de la reflexión introspectiva de las interacciones de los profesionales de la salud en diversos contextos, así como con el equipo de salud. Resalta la relevancia que se le da a la familia durante la atención y la comunicación con el paciente, así como la versatilidad para relacionarse con los sujetos de distintas culturas que padecen, lo que no aparece explícitamente en los consensos europeos y norteamericanos.

Otros temas compartidos en los tres consensos (norteamericano, europeo y latinoamericano) es el del uso del lenguaje comprensible para el paciente, la escucha atenta y la empatía. También enfatizan la importancia de conocer la historia de vida del paciente con el fin de recuperarla e incorporarla al plan terapéutico. En los tres casos se menciona la necesidad de los profesionales de la salud en situaciones difíciles, como dar malas noticias, en las cuales el manejo de las emociones propias, de los pacientes y familiares, es central.

A pesar de que los médicos expertos reunidos en diversos ejercicios para llegar a consensos fueron capaces de enunciar aspectos psicosociales que influyen en la comunicación médico-paciente, no avanzaron en su desarrollo, sus recomendaciones muestran una visión prescriptiva y generalizable no reflexiva en la construcción del vínculo interpersonal. La colaboración entre disciplinas ha sido valiosa para rebasar la dimensión biomédica del estudio de la comunicación y acceder en aspectos psicológicos, emocionales, sociológicos y antropológicos presentes en las interacciones entre el médico y el paciente (Duffy FD, 2004).

EMOCIONAL

En la segunda dimensión de la comunicación médico-paciente, la emocional, se intenta analizar el papel de la intervención de los sentimientos durante el encuentro para generar empatía. Los pacientes esperan del médico, además de la resolución de su problema de salud, un soporte emocional y social, para lo cual los médicos no siempre están capacitados formalmente.

Las emociones están presentes en todos los seres humanos (Panksepp J, 1992; Rebollo C, 2006) algunas son denominadas emociones primarias como el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, el disgusto y la sorpresa, las cuales se acompañan de respuestas faciales, motoras, vocales, endocrinas y autonómicas (Panksepp J, 1992). Las emociones secundarias como la envidia, vergüenza, culpa, calma, tienen un componente cognitivo más alto, que va asociado a las relaciones interpersonales.

Salovey y Mayer (citado en Rebollo, 2006) en 1997, desarrollaron el término de inteligencia emocional y definieron a las emociones como un conjunto de metahabilidades que pueden ser aprendidas, y se estructuran en cuatro dimensiones básicas relativas al conocimiento de las propias emociones:

- 1. Percepción emocional.** Alude a la habilidad para identificar y reconocer tanto sentimientos propios como de los que nos rodean, implica prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz.
- 2. Facilitación o asimilación emocional.** Implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas; esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo nuestros estados afectivos ayudan en la toma de decisiones.
- 3. Comprensión emocional.** Habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, para etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos; implica una actividad tanto anticipatoria como retrospectiva para conocer las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las interacciones.
- 4. Regulación emocional.** Es la más compleja e incluye la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos y reflexionar sobre los mismos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su utilidad; incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas (Panksepp J, 1992).

Se ha demostrado que la inteligencia emocional contribuye a aumentar la competencia social, ésta puede ser a través de la empatía (en medicina se define como la capacidad para entender las experiencias y los sentimientos

de otra persona, aunado con la capacidad de comunicar este entendimiento con el paciente) y el control emocional, lo que incrementa la sensación de eficacia en las acciones y desarrolla la competencia emocional. Asimismo, mientras la inteligencia emocional determina la capacidad para aprender los principios del autocontrol y similares, la competencia emocional se refiere al grado de dominio de esas habilidades.

Los sentimientos son un sistema de alarma que informa sobre el estado del individuo, sus preferencias y evaluación del entorno. Una buena percepción emocional implica saber leer sentimientos y emociones, etiquetarlos y vivenciarlos. Con un buen dominio para reconocer cómo se sienten las personas, se establece la base para aprender a controlar sensaciones, moderar reacciones y no dejarse arrastrar por impulsos o arrebatos entusiastas. La forma de evaluar a nivel personal el grado de conciencia emocional, está unida a la capacidad para describir las emociones, expresarlas con palabras y ponerles etiquetas verbales adecuadas. Si se reconocen e identifican los propios sentimientos, se establece con facilidad el contacto con los demás. En la relación médico-paciente la inteligencia emocional coadyuva en el establecimiento de una buena comunicación. En este sentido, la empatía consiste en situarse en el lugar del otro y ser consciente de sus sentimientos, causas e implicaciones personales.

Una actitud empática es un proceso complejo que lleva al médico a considerar las emociones de sus pacientes. Un ejemplo de observación empática podría ser cuando el médico percibe que el paciente está triste y le dice: “veo que está muy afligido”, esta frase le da al paciente la oportunidad de confiar sus preocupaciones y sentimientos, irrumpiendo el camino para la clarificación y resolución más profunda del problema. Se crea entonces una relación de confianza, una relación empática, que disminuye la ansiedad y los sentimientos de aislamiento y promueve la aceptación de la compañía del médico. El proceso empático se lleva a cabo en etapas: la primera es reconocer los momentos emocionales y solicitar al paciente que exprese lo que le está sucediendo, después es importante nombrar la emoción y respetuosamente respaldar el esfuerzo del paciente por explicarlo.

Una vez identificada y reconocida la emoción, el médico puede legitimarla manifestando que le parece comprensible y que él lo acepta como tal, por ejemplo decirle “en estas circunstancias, puedo entender por qué usted está enojado”. Los comentarios que legitiman animan al paciente

a expresar abiertamente y con claridad sus sentimientos, así como recibir la confirmación de que el médico lo comprende. La comparación con las reacciones de los demás puede ser también un enunciado legitimador, por ejemplo “eso es lo que le sucede a la mayoría de la gente; podría sucederme a mí también”. Sin embargo, habrá que evitar comentarios que puedan parecer frases triviales.

La experiencia clínica ha demostrado que la legitimación de las emociones es la clave para una buena comunicación médico-paciente, por tanto, es una gran oportunidad para establecer una alianza terapéutica, básica para el éxito de la atención, la comodidad del paciente y la satisfacción del médico. Si el paciente deja en claro que no quiere hablar de sus emociones, el médico tiene que respetar este deseo, pero no debe cometer el error de evitar temas con carga emocional con el paciente. Al ofrecer apoyo, el médico muestra su disposición hacia el paciente y da cuenta de su propuesta de asociación, por ejemplo al decir: “quiero que sepa que voy a hacer todo lo posible para ayudarlo a superar este momento difícil”.

Existen situaciones emocionales especialmente difíciles en la relación médico-paciente, por ejemplo la de comunicar malas noticias. Por mala noticia se entiende cualquier información que afecte de manera negativa las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Esta situación es una práctica inherente a la medicina, ya que de forma continua debe darse información contraria a las expectativas de los pacientes (de Lima, 2003). Sin embargo, es una tarea que muchos médicos evaden, difieren o delegan a otros al no enfrentar esta tarea que causa estrés emocional y en la que se dificulta la comunicación dialógica. Algunos de los comportamientos más comunes del médico cuando tiene que dar malas noticias es evitar al paciente y sus familiares, y esperar que alguien más lo haga, para ello simula no tener tiempo o intenta no verlos a solas. Otra estrategia es no abordar el tema de modo directo con el paciente y disimular la gravedad del caso, por ejemplo, pidiendo más estudios o minimizando la verdad. Algunos médicos tienden a no atender deliberadamente las pistas que da el paciente o, en el otro extremo, a mostrar una solemnidad u objetividad exagerada que se vuelve impenetrable. Al evitar los aspectos emocionales y sociales el médico elude explorar las preocupaciones y miedos del paciente; puede darse el caso de que los pacientes estén muy bien informados sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, pero su bienestar emocional es

escasamente atendido (Tate P, 2014).

Las primeras experiencias al comunicar malas noticias, en ocasiones suelen ser de gran impacto, ya que durante la carrera, los médicos de mayor jerarquía delegan a los estudiantes comunicar; por ejemplo, el fallecimiento de un paciente a los familiares; esta situación, para la que no se está capacitado, genera estrés, ansiedad o miedo ante las reacciones de los familiares. Esta dificultad se ha asociado también a las características de la formación profesional, ya que tradicionalmente se destaca el proceso de curar y reducir el sufrimiento, por lo que el deterioro y la muerte tienden a generar impotencia, frustración y culpa en el médico respecto a esta práctica. En la actualidad el reconocimiento del principio de autonomía y de los derechos de los pacientes, entre otros, ha derivado en un conjunto de obligaciones éticas y legales con relación a la información. Algunos médicos piensan que es mejor decir la verdad, pero las reacciones de los pacientes o sus familiares con frecuencia son de mucha tristeza, enojo o desesperanza, y difícilmente olvidarán dónde, cuándo y cómo les fue comunicada la mala noticia. La comunicación no efectiva puede tener un impacto adverso de larga duración y convertirse en un factor de gran importancia en la provocación de conflictos legales (Bascuñán, 2013).

Algunas estrategias útiles para dar malas noticias parten del principio de honestidad y de expresarse con la verdad ante el paciente y su familia, no obstante habrá que explicar sólo lo que el paciente quiere saber, lo que implica investigar qué tanta información puede manejar. El médico debe ser cuidadoso con los pronósticos que ofrece, es mejor no dar periodos específicos, ya que puede tener efectos deprimentes cuando se acerca el plazo. Sin embargo, los pacientes buscan una guía sobre lo que el futuro les depara, ante lo cual hay que mantener cierta expectativa de esperanza, enfatizar razones para mantenerse optimistas, por ejemplo, anticipar un evento festivo o celebración, disfrutar la tranquilidad que antes no se tuvo o la oportunidad de convivir con la familia. Una vez mencionadas las malas noticias el seguimiento del paciente es importante para observar sus actitudes y comportamientos con respecto a su condición de salud física y emocional.

Al dar malas noticias es útil conocer el entorno familiar del paciente y su perfil psicológico. Muchos pacientes están más preocupados sobre el efecto de las malas noticias en los demás que en sí mismos. Es importante que el médico sea sensible y considere los sentimientos de los pacientes; por ejemplo, darles tiempo para pensar en las preguntas que quieren

formularle al médico y asegurarse de que se sientan apoyados. Hay que tomarse el tiempo para acompañar al paciente y no salir corriendo, propiciar un espacio tranquilo y seguro; hacer pausas cuando sea necesario, establecer contacto físico, conmoverse y saber guardar silencio, pero sobre todo, ayudar al paciente a reconfigurar su identidad, lo que puede ser emocionalmente doloroso para ambos. Es deseable que cuando el médico se aleje haya alguien más con el paciente, que no esté solo, y que la comunicación del médico con el familiar sea fluida.

Hay que saber reconocer cuándo aparece la negación, que puede darse en distintos grados, por ejemplo, a pesar de haberle explicado al paciente, éste puede argumentar que “nadie le dijo”. Esto es un mecanismo de defensa y hay que lidiar con él sin dejar de ser honesto. La negación de la familia o la complicidad es otro problema común; por ejemplo, cuando se hacen planes a futuro que se sabe nunca se concretarán y en contraste se elude hacer testamentos, preparar el funeral o tomar decisiones para el cuidado al final de la vida. Para abordar esta problemática es conveniente que el médico se acerque al paciente y su familia para conocer más sobre sus creencias y expectativas con el fin de ayudarlos a transitar hacia un lugar más realista donde se pueda manejar el futuro pragmáticamente con un grado mayor de aceptación y participación en las decisiones en los momentos finales (Tate, 2014).

Lo que hay que evitar es la conspiración del silencio, quien sufre percibe su situación y no quiere afectar a sus seres queridos y estos últimos, a su vez, no quieren alterar al paciente, el médico puede intervenir para romper el círculo vicioso a favor del bienestar del paciente y normalizar la dinámica familiar en lo posible. El médico debe usar las palabras con cuidado, el significado de conceptos como “cáncer”, “tumor”, “maligno”, “metástasis”, “crecimiento”, “vegetativo”, “degenerativo”, “trombosis”, etc. no significan lo mismo para él que para el paciente, por lo que hay que indagar lo que este último entiende sobre lo que se le está comunicando en torno a su mundo social y cultural. El momento de las malas noticias es con frecuencia recordado como significativo en la historia de vida de los pacientes y sus familiares, el cómo, cuándo, qué, quién y dónde tienen un gran valor simbólico. La información puede darse en varios encuentros y en cada uno de ellos resolver las dudas que le surjan al paciente. En suma, al dar malas noticias hay que ser honestos, dar seguimiento a los casos, tomarse el tiempo, demostrar interés, aclarar situaciones y modular la información.

Otra área emocional difícil de manejar es referente a la ira de los pacientes, sobre todo cuando está dirigida al médico. Estar enfermo causa enojo a las personas, cuando el médico no está de acuerdo con ellos o no hace lo que ellos quieren surgen situaciones tensas. Hay pacientes poco tolerantes cuando el tiempo de espera es prolongado o cuando se les postergan las citas, lo que también provoca disgusto y encuentros desagradables, porque el paciente siente que no lo toman en serio. El enfado puede deberse a otros factores como la falta de resultados de un tratamiento, malos entendidos en las explicaciones o incluso por la culpa que tiene el paciente y su familia de haber esperado demasiado para atender su enfermedad. La ira es natural en el duelo y en el ajuste ante un diagnóstico serio “¿por qué yo?”, y actúa como un detonador de procesos y trayectorias de atención.

Para relacionarse con los pacientes enojados, se recomienda llevarlos a un lugar retirado para dialogar con ellos. Las salas de espera son los espacios menos deseables para interactuar pues mucha gente está observando y pueden tomar partido en la discusión. La idea es evitar el espectáculo y tomar en cuenta el contexto, además el aislamiento permite concentrarse más en las cuestiones planteadas por el inconforme y explorar las causas de la ira. El enojo no dura mucho, tiene el objetivo de obtener la atención completa del interlocutor por lo que hay que ser paciente, tolerarlo hasta cierto punto y confrontarlo de manera amable. Al escuchar habrá que mantener una postura no amenazante, sostener el contacto visual y evitar gritar, aunque es importante mantener el control en la relación. Cuando se perciba una amenaza real de violencia física, habrá que evitar la confrontación corporal, en ese caso hay que salir y pedir ayuda.

En ocasiones es útil expresar a los pacientes y sus familiares las limitaciones de la medicina y la falta de omnipotencia del médico con el fin de disminuir la tendencia a culparlo, cuando no ha cometido errores no debe asumir culpas que no le corresponden. Las estrategias de validación del relato suelen funcionar con frases como “puedo entender lo difícil que esto ha sido para usted” o “estoy seguro de que si estuviera en su posición también estaría enojado”. Las razones de la ira son las que orientan la manera en que deben ser manejadas. Alguien disgustado por una omisión o por un mal diagnóstico, necesita tiempo para asimilarlo, una disculpa y un proceso terapéutico cuidadoso bien comprendido. Alguien que demanda un medicamento requerirá de una negociación con el médico sobre las razones para otorgarlo o no, lo que implica escucharlo de manera atenta,

uso de argumentos creíbles, honestos y convincentes, así como la empatía para no ser punitivo y evitar tomar decisiones unilaterales. Hay que ser diplomático, profesional y mostrar interés en la resolución del problema y en lo posible ofrecer soluciones que demuestren la intención de ayudar. También habrá que evitar estar a la defensiva para impedir que la situación escale y se salga de control, en lo posible mantenerse firme en la posición argumentada y usar la repetición. Es recomendable hacer anotaciones del incidente para asegurarse de que se cuenta con el registro detallado de lo que se dijo y sucedió. La reflexión sobre la experiencia vivida, tanto del médico como del paciente, es útil para manejar la ira y aclarar los acontecimientos.

El médico también puede enojarse, cuando esto pasa es bueno que explore sus propios sentimientos, por ejemplo, cuando los pacientes y sus familiares cuestionan sus competencias clínicas o cuando desafían su integridad, sobre todo cuando siente que ha hecho un esfuerzo importante por atenderlos y éste no es reconocido. En caso de agresión al personal de salud, el médico debe apoyar a su equipo y tratar de resolver la situación con el paciente.

Otros desafíos frecuentes para los médicos son los pacientes que acuden recurrentemente con molestias físicas difíciles de clasificar. Por ejemplo, la falta de aire inexplicable, dolor de pecho, fatiga, tensión muscular, picazón, éstos pueden ser precursores de enfermedades graves, pero sin otros indicadores son sensaciones comunes, es decir, síntomas no enfermedades. Muchas veces son expresiones de ansiedad por problemas de la vida con manifestación somática que se pueden volver crónicos. A estos pacientes se les llama hipocondríacos y a los médicos que convierten los síntomas en enfermedad se les denomina “medicalizadores”, la combinación de ambos no es conveniente. El problema con este tipo de paciente es que cuando el médico cede a su insistencia y le da tratamientos, pueda desencadenar complicaciones y padecimientos reales afianzando las preocupaciones del paciente.

Al realizar sus diagnósticos, los médicos no deben guiarse sólo por las demandas del paciente y menos al dar tratamientos, no es deseable crear enfermedades cuando en realidad el problema puede ser de estrés o depresión. Hay que resaltar que para los pacientes sus síntomas son genuinos, no necesariamente están tratando de manipular al médico o ser una molestia, su actuar es consistente con sus preocupaciones y expectativas, de ahí que sea importante atenderlos y no sólo etiquetarlos

como “pacientes difíciles”. Los médicos familiares que los detectan deben ser cautos al referirlos a otro nivel de atención pues en el hospital se puede volver compleja su afección. Las referencias sólo deberían ser por razones diagnósticas, propósitos terapéuticos y para asegurarse del diagnóstico. Este último criterio es muy sensible pues algo irrelevante se puede convertir en un gran problema de salud, por lo que tiene que haber notas explícitas y detalladas del caso. En estas circunstancias es mejor que no se involucren demasiados médicos para evitar la somatización. Mantener un expediente clínico minucioso y buena comunicación entre colegas evita conflictos entre diversas opiniones. Solicitarle un diario al paciente donde registre la relación entre eventos y síntomas también puede ayudar en el proceso diagnóstico-terapéutico.

Para abordar estos casos el médico puede escuchar la descripción del comportamiento de la enfermedad desde la percepción del paciente, dialogar sobre las conductas de negación y evasión, para después intentar verbalizar su ansiedad con las pistas mencionadas en el relato. Visibilizar la difícil posición en la que se coloca al médico con las peticiones del paciente y develar sus sentimientos con el fin de motivar al paciente a buscar soluciones a sus propios problemas sin dar demasiados consejos puede ser una estrategia adecuada. Cuantificar puede ayudar a describir las sensaciones subjetivas, por ejemplo, ubicar el dolor en una escala, también proponer metas manejables puede ser útil ante un problema percibido como incommensurable. Aunque cada caso es particular, el médico puede distinguir a los pacientes hipochondriacos y ayudarlos a develar sus sensaciones de ansiedad y depresión para manejar la somatización.

IDENTIDAD SOCIOCULTURAL

En la tercera dimensión de la relación médico-paciente, se pretende establecer la comunicación a partir del conocimiento de la historia de vida del paciente. Esto se logra cuando el médico propicia el espacio para que el paciente exprese su punto de vista, ideas, preocupaciones y expectativas, y reflexione sobre su trayectoria, su proyecto de vida antes y después de la enfermedad.

Durante la consulta se establece un diálogo entre el médico y el paciente basado en el interrogatorio. Cuando el médico identifica señales de incertidumbre, ansiedad o inquietud en el paciente e indaga sus ideas y preocupaciones, es posible que surjan narrativas de su padecer que hagan

referencia a las experiencias pasadas y a las expectativas con respecto a la enfermedad. Cuando el médico logra develar las historias de vida e incorpora los relatos en el diagnóstico y la terapéutica, la comunicación se vuelve dialógica y coadyuva en el cuidado de la salud del paciente por ser compatible con su contexto. No en todas las consultas aparecen las narrativas, hay algunas simples donde lo más probable es que no surjan, pero hay otras más complejas donde el médico percibe la situación psicosocial del paciente, identifica el problema y se abre a la narrativa.

En este sentido, vale la pena explorar las narrativas del padecer pues son recursos valiosos para la comprensión de la afectación biológica, psicológica y sociocultural de los trastornos corporales en tramas sociales concretas donde se expresan los significados tanto del sujeto como del mundo en el que habita. Al expresar e interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre, por un lado, el mundo interno de los pensamientos, sufrimientos y sentimientos, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones. Crear y escuchar una narrativa, son procesos activos y constructivos que dependen de recursos personales y culturales. Los relatos pueden constituirse en medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento del otro al propiciar contextos para la comprensión de lo que no se ha experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia, pone en movimiento una búsqueda de significados entre posibles considerados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada. Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio marco al considerar lo que sucede en los relatos particulares (Hamui, 2011). Es en las narrativas de los pacientes donde se encuentran las claves de las creencias, valores y representaciones de la salud/enfermedad que permiten al médico comprender y utilizar en la estrategia terapéutica.

El médico es quien interacciona con el paciente y le da sentido a las agendas durante el encuentro. No obstante, en un ejercicio reflexivo el antropólogo clínico puede ayudar a desarrollar el pensamiento complejo del médico para juntos comprender los significados asociados al padecer. El antropólogo coadyuva en la reconstrucción del contexto y visibiliza aspectos relativos a la comunicación y la interacción social que se dan durante el encuentro. En un diálogo interdisciplinar se analizan los problemas existenciales que pueden surgir de la “narrativización” del sufrimiento para reconstituir el contexto social de las personas. Cuando en

las trayectorias biográficas de los pacientes irrumpe la enfermedad y se incorpora en la vida cotidiana, en el contexto de sus relaciones sociales el médico puede reflexionar sobre las narrativas de la enfermedad en términos culturales e interpretarlas considerando las distintas maneras de vivir la experiencia dependiendo del tipo de enfermedad y de las condiciones de posibilidad en que sucede el padecer (tiempo, espacio, reglas y constricciones contextuales). La colaboración interdisciplinaria, entre médicos y científicos sociales no siempre es posible, aunque sí deseable.

Cuando el enfoque biomédico entra en contacto con las ciencias sociales se produce un diálogo entre disciplinas que lleva a un saber compartido entre profesionales. Desde la perspectiva sociológica y antropológica la enfermedad adquiere connotaciones interpretativas que ponen en juego las creencias y los valores de una comunidad (Rossi, 2014). La enfermedad se entiende como un proceso de cognición esencial de quien la padece, que refleja la fragilidad de la vida por el sufrimiento o el dolor como experiencia general. Esta experiencia se ubica en un contexto social y cultural específico.

En el análisis de las narrativas y los discursos durante el encuentro entre el médico y el paciente se analizan temas, contenidos, conceptos, emociones, incertidumbres, relaciones de confianza e intimidad, así como contextos sociales en los que tiene sentido su experiencia, es decir, se genera un microsistema en el cual la comunicación porta significados culturales, palabras, gestos, ideas, afectos, conocimientos técnicos, actitudes profesionales y tonalidades verbales. La posibilidad de relación en la consulta se da a través de la empatía, el respeto, la sinceridad y la solidaridad, y se expresa en las distintas fases del intercambio: preparación, establecimiento de la agenda, interrogatorio médico, exploración física, construcción de la relación, intercambio de información, planificación, conclusión y separación.

Los episodios narrados, así como el relato en su conjunto, incorporan lugares, tiempo, personajes y situaciones que denotan valores, creencias y prácticas concretas. Los relatos de las enfermedades están estructurados en formatos dramáticos en los que los actores se empeñan en encontrar la cura y buscan resolver su problema estableciendo relaciones sociales con médicos, curanderos, terapeutas, familiares, amigos (Good, 2003). Las explicaciones de las enfermedades se relacionan con los entornos culturales donde adquieren significados, por ejemplo, a partir de

momentos relevantes en sus vidas (sustos, conflictos, miedos, acontecimientos inesperados, traumas, traiciones, etc.). Las historias involucran aspectos como la búsqueda de atención, los intentos fallidos para curarse, costo económico, desgaste familiar, todos estos elementos comunes en las narraciones de enfermedades crónicas que presentan estructuras complejas, con altas y bajas (Hamui, 2011).

En las relaciones de los médicos con sus pacientes pueden surgir conflictos por las expectativas, los sentimientos involucrados o la confusión, ya que, como se ha explicado, las historias clínicas no necesariamente coinciden con la historia psicológica y social de la enfermedad o con la experiencia. Parte de la tarea del médico es comprender el relato y con él construir una nueva narrativa para recontarle su historia al paciente incorporando su visión de la salud (prevención-diagnóstico-tratamiento). Lo que se busca es provocar respuestas experiencialmente significativas, así como el entendimiento de la vida en su contexto con la enfermedad, en el marco de la cultura del paciente. Al recontar la historia, el médico considera los valores del paciente, no los propios, de tal manera que el relato se vuelve congruente con la cultura en la que la enfermedad adquiere significado, de otra manera el médico proyecta su propia interpretación en la experiencia del padecer de los pacientes.

La narración del cuerpo enfermo permite al paciente interpretar su padecer con relación a las características culturales de su localidad y en su trayectoria biográfica. La negociación de acciones para enfrentar la incertidumbre del padecer y justificar las decisiones tomadas, abarcan a la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos en las consideraciones morales de quien las sufre. La estructuración narrativa del trabajo clínico, confiere al médico la capacidad de reconstruir la historia de la experiencia del padecer y el camino terapéutico para el paciente. La narración actúa como mediadora en la comunicación médico-paciente, desde ahí, el médico evalúa su propio trabajo al modelar la alianza terapéutica con su paciente.

El proceso de enfermar, buscar atención y someterse a un proceso terapéutico, se vincula con la condición humana del sufrimiento. El modelo explicativo de la enfermedad propuesto por Kleinman, tiene la finalidad de describir las percepciones que los diferentes actores del proceso salud-enfermedad (pacientes, familias y prestadores de servicios de salud), generan sobre un proceso específico de enfermedad (Kleinman, 1988). El autor distingue tres conceptos:

1. Trastorno biológico (*disease*) que desde el punto de vista técnico y biomédico implica cambios anatómicos y fisiológicos.
2. De enfermedad (*sickness*) que alude al rol de estar enfermo visto desde el contexto social.
3. De padecimiento (*illness*) que se refiere a los síntomas, dolor y sufrimiento, y trata de responder a las preguntas que se formula el paciente sobre su condición de salud.

El médico se mueve en estos tres niveles para descifrar lo biológico, la experiencia personal y lo social. En este sentido, el denominado modelo explicativo toma en cuenta el flujo cultural de las experiencias de vida que constituyen las justificaciones para la acción práctica.

Las historias tienen un “tiempo narrativo” y una estructura que subyace al relato (Ricoeur, 2004). En el caso de los médicos, el tiempo narrativo se relaciona con la descripción clínica de la enfermedad, en el caso del paciente con la trayectoria pasada y futura de su vida, que tiene características dramáticas. Para que la narrativa del paciente sea dialógica tiene que ser aprehendida por el médico que no sólo la comprende sino la interpreta y la recompone. Descubrir y anticipar la estructura de los significados de los eventos que se desenvuelven en el tiempo son componentes centrales del arte de narrar, seguir una historia y lograr la comunicación auténtica. Esto requiere la habilidad de extraer una configuración de la sucesión, es decir, involucrarse en una síntesis a través de la cual el todo (el relato, tema, texto real y potencial), se va desenvolviendo poco a poco.

La respuesta del médico tiene lugar en un proceso (la enfermedad) que aún no concluye, a la mitad de la historia que cambia a medida que se desenvuelve. Los pacientes ven el futuro con ansiedad y con esperanza, y tienen pensamientos provisionales del pasado y del presente. No obstante, su interpretación está enraizada en formas culturales para dar cuenta de su experiencia. La narración posiciona al sufrimiento en el contexto de la cultura local, las narrativas del padecer están abiertas al cambio y con ellas a la esperanza de la curación, la “subjuntivización” permite que las alternativas aparezcan y la esperanza no se esfume. En la estructura de las historias de búsqueda de sanación, a través de médicos u otros terapeutas, se presupone la representación del futuro como potencial de cambio y curación.

El paciente no sólo es un narrador, es también un “lector” de su propia historia que se co-construye con el médico. El relato se interpreta y reinterpreta en cada encuentro a medida que se desenvuelve la trama de la vida y atraviesa por emociones, esperanzas y expectativas. En el encuentro médico-paciente, se intenta darle sentido a lo incomprensible, y el médico con sus conocimientos y los tratamientos adecuados, es portador de recursos que juegan en la imaginación y la esperanza de quienes padecen. En la comunicación médico-paciente, la responsabilidad compartida permite moldear la realidad y darle sentido al futuro en el contexto de los significados culturales de quien sufre. En el nivel de la identidad personal y colectiva del paciente, al que pocas veces se accede en las consultas de las instituciones de salud pública, el médico a través de la empatía y la comprensión del entorno de vida del paciente puede co-construir la historia del padecer y atender así no sólo la enfermedad, sino lograr el bienestar holístico del paciente.

POR UNA ACTITUD ABIERTA A LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Todos los humanos aprendemos a comunicarnos desde edades muy tempranas y no de manera convencional, sino que lo hacemos de manera natural. No obstante, los intercambios comunicativos no son neutros, están cargados de información, actitudes, emociones e historias personales y colectivas. Las actitudes son disposiciones o reacciones consistentes hacia las personas o las cosas. Muchos de los prejuicios son actitudes y pueden ser instintivas, viscerales o formar parte de las representaciones sociales de un grupo cultural específico. Las actitudes no tienen mucho que ver con la inteligencia, surgen del cerebro medio, no de la corteza, y se basan en instintos de sobrevivencia y circuitos emocionales que son difíciles de diseccionar y comprender lógicamente. Las actitudes rigen el comportamiento, más que el conocimiento, y no todas son iguales, algunas están más arraigadas que otras y no siempre son compatibles con la razón. Sin embargo, las actitudes no son permanentes, aunque sí cambian paso a paso. Al interactuar con los pacientes, los médicos tratan de identificarlas y proponer cambios terapéuticos. De la misma manera, los médicos portan actitudes y cuando éstas chocan con las de los pacientes, respaldarse en el profesionalismo médico puede ayudar a afrontar las situaciones.

El problema es que la actitud no siempre corresponde al comportamiento, se tiene que desear cambiar, estar motivado a involucrarse de manera diferente con el otro para que esto suceda, lo que no es fácil. Practicar la comunicación centrada en el paciente puede ser un propósito que no necesariamente se exprese en la acción. Pasar del habla a la escucha, del monólogo al diálogo, de la prescripción a la negociación de las decisiones compartidas requiere de un cambio de actitud. Se podrán tomar muchos cursos de comunicación médico-paciente, saber conceptos y contar con recomendaciones para ponerlos en práctica, pero llevarlo a cabo implica tiempo, esfuerzo emocional e interés genuino en la vida y el bienestar del paciente. Para cambiar las actitudes, la inteligencia puede ser útil. Tomar la actitud correcta de acuerdo con lo que se piensa, dejarse llevar por el instinto y experimentar la trama de la situación puede hacer que los resultados de la interacción cambien. Así que el primer paso para lograr una comunicación terapéutica dialógica con el paciente es tener la actitud correcta. El cambio de actitud no es espontáneo, tiene que ver con la

profesionalización, la educación, la tutoría, la reflexión y la posibilidad de compartir experiencias. Esta obra pretende orientar a los médicos en cómo lograr este cambio de actitud.

A continuación, se formulan algunas preguntas que puede hacerse el médico al final de la consulta y servirle como guía para monitorear si la comunicación con su paciente está siendo dialógica:

1. ¿Sé más cosas significativas acerca de mi paciente de lo que conocía antes de la consulta?
2. ¿Tuve curiosidad por saber más del paciente, de su padecimiento y sus emociones?
3. ¿Realmente escuché lo que me dijo?
4. ¿Identifiqué lo que en verdad le importaba?
5. ¿Exploré su agenda, incluyendo sus creencias y expectativas?
6. ¿Elaboré un diagnóstico inicial aceptable?
7. ¿Logré minimizar la intrusión de los dispositivos institucionales para evitar que afectaran la fluidez de la interacción con el paciente?
8. ¿Utilicé lo que el paciente me dijo al dar la explicación del diagnóstico?
9. ¿Le di la oportunidad de involucrarse en la toma de decisiones?
10. ¿Exploré su comprensión sobre el tratamiento?
11. ¿Hice algún intento por revisar qué realmente entendió?
12. ¿Estuvimos de acuerdo en el diagnóstico, manejo y seguimiento?
13. ¿Registré la información relevante?
14. ¿Fui amigable?
15. ¿Dejé abierta la posibilidad de continuar la relación terapéutica?
16. ¿Logré todo esto en el tiempo apropiado?

Si la respuesta a las preguntas anteriores es positiva podría decirse que la comunicación es dialógica, esto no sucede en el primer intento ni en la segunda ocasión, se trata de un esfuerzo continuado y reiterado que poco a poco se instala en la práctica cotidiana del médico. Con fines educativos, en contextos clínicos, el cuestionario anterior podría simplificarse y reducirse a tres preguntas formuladas por el profesor al estudiante: ¿por qué está preocupado el paciente?, ¿qué espera?, y ¿qué es lo que realmente le importa?

El uso de la tecnología y los procesos administrativos que forman parte de los dispositivos institucionales son importantes y están cada vez más

presentes en la práctica médica, pero no son lo sustancial, y en ocasiones atentan contra la comunicación médico-paciente. La mayoría de los médicos saben diagnosticar, tienen habilidades técnicas y son trabajadores. En su trayecto profesional han aprendido sobre las relaciones humanas, el significado de la confianza y el agradecimiento de sus pacientes, con frecuencia han sabido ayudarlos, más allá de los síntomas y las categorías diagnósticas, a darles esperanza y a otorgar sentido y propósito a su existencia. Es claro que el médico requiere algo más que listas de cotejo y guías de práctica clínica, pues tiene ante sí personas vulnerables con miedos e inseguridades, de ahí que el humanismo médico requiere del compromiso, la vocación y la ética para ayudar a otros, la comunicación dialógica, empática y co-responsable coadyuva a ese propósito.

BIBLIOGRAFÍA

- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG et al.:** A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient education and counseling*, 2013;93(1):18-26.
- Bascuñán RL:** Comunicación de “Malas Noticias” en Salud. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(4):685-693.
- Becker MH:** The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):409-419.
- Belmonte MC:** Emociones y cerebro. *Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fís. Nat. (Esp)* [Internet]; [Acceso 2014-jun-13] Disponible en: <http://www.rac.es/ficheros/doc/00472.pdf>, 2007;101 (1):59-68.
- Borrell CF:** El modelo biopsicosocial en evolución. *Med. Clin. (Barc)*. 2002;119(5):175-179.
- Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. [Consultado el 27 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/17a_es.pdf
- Giles D:** ¿Qué es un dispositivo? En: Balbier E et al., Michel Foucault, filósofo. España: Gedisa. 1999;155-163.
- de Leonardo CG, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A et al.:** A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC medical education*, 2016;16(1):99.
- de Lima AEA:** ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no

- morir en el intento? *Rev. Argent. Cardiol*, 2003;71:217-220.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R:** Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II. *Report Academic Medicine*, 2004;79(6):495-507.
- Foucault M:** *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, 20ª ed. México: Siglo XXI Editores; 2001.
- Foucault M:** *La arqueología del saber*. 11ª ed. México: Siglo XXI Editores. 1985.
- Good BJ:** *Medicina, racionalidad y experiencia*. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
- Lifshitz-Guinzberg A:** La comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina Interna de México*. 2012; 28(2). [Acceso 2017-jun-30]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=34883>
- Hamui SL:** Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco [Internet]. [Acceso 2014-jul-25]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304005>, 2011;18(52):51-70.
- Hernández TI, Hamui-Sutton A, Navarro GA, Valencia I:** *Comunicación médico-paciente en Medicina Familiar*. México: Editorial Prado. 2013.
- Hamui-Sutton A, Grijalva MG, Paulo-Maya A, Dorantes-Barrios P et al.:** Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*. 2015;20(1):5-13.
- Kiessling C et al.:** Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Education and Counseling*. [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20223614> [Acceso 23-22-2017].
- Kleinman A:** *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic books, 1988.
- d'Epina L:** *Récit de vie, ethos et comportement: pour une exégèse sociologique. Méthodes d'analyse de contenu en sociologie*, Publications des facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles. 1990;37-68.
- Levenson RW:** Human emotion. A functional view. In: P. Ekman RJ. Davidson. *The nature of Emotions: Fundamental Questions*. EUA,

1994;123-126.

Makoul G: Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*. 2001;76(4):390-393.

Panksepp J: A critical role for “affective neuroscience” in resolving what is basic about basic emotions. *Revista de Psicología*. 1992;99(3):554-560.

Rebollo CMA, Hornillo GI, García PR: Estudio educativo de las emociones: una aproximación sociocultural. *Revista Electrónica: Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. [Internet]; [Acceso 2014-jun-14]. Disponible en: <http://www.usal.es/teoriaeducacion>, 2006;7(2).

Ricoeur P: Tiempo y narración. En: *Configuración del tiempo en el relato histórico*. México: Siglo XXI Editores. 2004.

Rossi I: Antropología clínica y relación médico-paciente. [Presentación] Curso-taller: Maestría en Antropología médica. México: UNAM 2014;19-21.

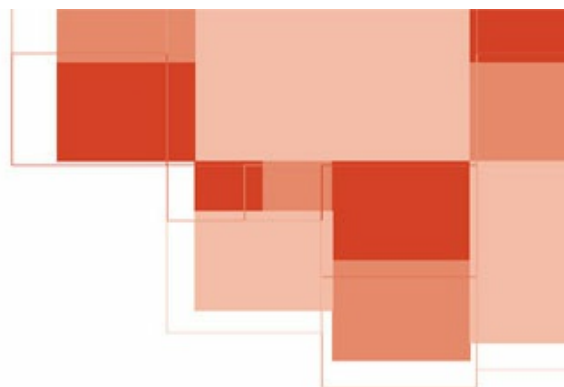
Saha S, Beach MC: The impact of patient-centered communication on patients’ decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient education and counseling*. 2011;84(3):386-392.

Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P et al.: Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ: British Medical Journal*. 1991;303(6814):1385.

Tate P, Tate L: *The Doctor’s Communication Handbook*. 7th ed. London: Radcliffe Publishing, 2014.

Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S et al.: UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*. 2008;42:1100-1107.

Capítulo 2



La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época?

Ilario Rossi

En el marco de la biomedicina y los sistemas de salud contemporáneos, el encuentro entre un médico y un paciente se puede entender como el punto de convergencia de un doble movimiento, la prueba de la enfermedad de unos y la justificación de la acción médica de los otros. Constituida ante todo por la legitimidad de un estatus profesional y la búsqueda de una eficacia terapéutica, esta interacción es al mismo tiempo una relación social: expresa una de las modalidades por las cuales una persona, al intentar dar respuesta a sus problemas de salud, confronta las experiencias intensas que lo han marcado, como pueden ser las enfermedades y la muerte, presentes o futuras. En este vínculo social particular, todo encuentro implica una comunicación dialógica, se convierte en una relación que tiene como base los fundamentos de la deontología médica. El saber apoyar a las personas en las complejidades y los peligros que marcan los eventos patológicos durante su trayectoria biográfica. Este punto de vista general lleva a concebir a la práctica médica como un sutil compromiso entre el arte relacional y la ciencia biológica (Gadamer, 1998).

La biomedicina y los médicos se presentan como los depositarios de los saberes de la salud; de allí que se legitimen por un enfoque científico-clínico y su autoridad para oponerse al poder del sufrimiento, dolor, enfermedad y muerte. El enfoque científico-clínico se basa en la observación del objeto estudiado para determinar los principios, las leyes y formalizar las acciones; privilegia la elección, clasificación, aislamiento y ponderación. Tiene como base el principio de la causalidad y valoriza el determinismo como verdad axiomática, basada en evidencias. La ciencia médica es un saber que de manera constante se renueva y reactualiza, para explicar, diagnosticar y curar las enfermedades del cuerpo y de la mente;

se propone como objetivo definir el conocimiento de los fenómenos por las causas, mediante la identificación de las relaciones, utilizando un conjunto de hechos objetivos, declaraciones, enunciados abstractos, pruebas experimentales. Con la ciencia, el enfoque clínico llega a ser una ruta de procedimientos, que se manifiesta como un saber nosográfico –la descripción de los síntomas– por lo tanto etiológico, con una causalidad científica. Esto permite definir, de modo objetivo, una patología. Ese diagnóstico predispone el trabajo terapéutico.

A partir del diagnóstico, todo acto médico debe poder determinar las correspondencias entre una patología, la legitimidad de una intervención preventiva, curativa o paliativa y las competencias de los profesionales y de los cuidados solicitados. Esto es lo que se llama “racionalidad médica” (Good, 1994; Lock, Nguyen, 2010). El criterio por el cual se mide la adecuación y lo bien fundado de las prácticas preventivas y de los proyectos terapéuticos propuestos por la medicina; ésta determina los objetivos y dicta las prácticas: frente al diagnóstico definirá el proyecto terapéutico, la decisión de atención y el comportamiento de protección. La racionalidad es también el valor instrumental en la racionalización de la atención; es utilizada con diferentes fines, sirve como garante para la elección del tratamiento de las enfermedades y de las poblaciones objetivo sobre las cuales se interviene; para la gestión de la productividad de los sistemas de salud y el mejoramiento de los rendimientos de la atención (Rossi, 2005).

Dentro de este contexto se presenta un dispositivo relacionado en la interfaz, entre la autoridad médica y la demanda del paciente, entre el saber experto y el ignorante, entre un profesional y un sujeto con sufrimiento. Estas dicotomías revelan inmediatamente una divergencia entre dos perspectivas opuestas, pero complementarias entre sí: la del cuidador que tiende a adaptar al paciente a su enfermedad, mientras que la del paciente tiene como objetivo someter a la patología y sobre todo el tratamiento, a su modo de vida (Lacroix, Assal, 2003).

Así, la relación se convierte en un área donde la comunicación tiene como objetivo prevenir los conflictos potenciales, entre las finalidades del profesional y las expectativas del usuario; por consecuencia, expresa un dispositivo relacional e intersubjetivo que vincula la indeterminación de la evolución de una enfermedad, con la búsqueda de la curación o una nueva continuidad en la “calidad” de vida. En el centro de la clínica, la relación entre un médico y su paciente despliega sus fundamentos sociales y

culturales.

Para proponer formas de reflexión e introducir los múltiples registros de lectura, esta obra analiza la comunicación médico-paciente. La atención se centra en descifrar las referencias conceptuales y teóricas –especialmente cuerpo, enfermedad, salud, medicina– lo que permitirá releer, desde una perspectiva antropológica la sociedad, la medicina y la relación médico-paciente. Esta observación es sistémica y necesita el análisis del contexto; por lo tanto se pone particular atención sobre los procesos de mundialización y sus factores constitutivos, se abordan las dimensiones macrosociales que “constituyen” al dominio de la salud, que influyen en la renovación de la oferta y la demanda de la atención, y de la clínica.

Esta perspectiva permite reflexionar acerca de la relación médico-paciente, donde el último suele ser sometido a múltiples presiones, como si se tratara de un laboratorio de la salud incesantemente renovado por el contexto social. Así el centro de atención es la clínica y, en particular, los tres registros que estructuran la relación entre un médico y un paciente: el primero concierne a la epidemiología, al diagnóstico y, por lo tanto, a la respuesta terapéutica del médico; el segundo se refiere a los paradigmas teóricos de la medicina y su influencia sobre la manera de concebir y de integrar en la práctica una comunicación profesional; el tercero se enfoca en la restricción administrativa y gerencial de la clínica, ofreciendo una lectura sistémica de la relación médico-paciente, así como una aproximación plural de la comunicación entre un médico y un paciente, la clínica se deja analizar como un espacio social.

El interés se centra en los sistemas de gestión, prevención y tratamiento del sufrimiento y dolor, comprendiendo simultáneamente cómo los sistemas culturales y sociales dan sentido al cuerpo, a la salud y enfermedad. Sus formas y evolución en un espacio social son los retos a nivel de su comunicación.

CLAVES CONTEXTUALES: CONCEPTOS Y TEORÍA EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Este enfoque lleva a valorizar una lectura científica y plural de los retos de la relación y la comunicación entre el médico y paciente. De hecho, un gran número de publicaciones de la comunidad médica ofrece revisiones científicas que abordan la relación y comunicación médico-paciente. En la misma óptica, numerosos sociólogos y antropólogos están interesados en que estos cuestionamientos abran un espacio de reflexión común a la medicina, las ciencias de la enfermería y las ciencias sociales.

Si para la medicina, la generación de un conocimiento científico tiene como prioridad la legitimización de una práctica y su intervención, para las ciencias sociales el conocimiento tiene como objetivo restituir el análisis de lo cultural, lo social y lo político; susceptible de clarificar la perspectiva contextual en que estas acciones se inscriben. Así, en su diálogo con las ciencias sociales, las ciencias médicas pueden renovar su competencia reflexiva.

El hecho es que el punto sobre el cual los sociólogos y antropólogos debaten las prácticas médicas, diverge un poco del enfoque biomédico: los profesionales médicos se centran en prescribir las modalidades de una práctica pertinente, mientras que las ciencias sociales cuestionan, interrogan los fundamentos y las implicaciones de esta práctica o hacen emerger los retos de la sociedad, en función de la medicina. Es claro que el campo de la medicina no está carente de conceptos útiles y teóricos para dar cuenta de la intervención clínica directa y la terapia. El médico depende de una lógica analítica y pragmática al servicio de una actividad que engloba conocimientos, decisiones y tratamientos; no obstante, dadas sus sólidas competencias científicas, rara vez se mira en su radio de acción. Ahora bien, las ciencias sociales, pueden clarificar con otra mirada las modalidades que constituyen la comunicación y las relaciones médicas, ya que no pueden disociarlas del contexto del cual forman parte.

Se trata de un enfoque en el que dialogan varias disciplinas –médicas, pedagógicas, sociales– alrededor de la relación y la comunicación entre médicos y pacientes. Se inscriben en un movimiento científico y profesional a nivel internacional, que aspira a la creación progresiva de una plataforma cognitiva y científica, de mayor operatividad, en donde los resultados de las investigaciones propias de las ciencias sociales y

humanidades se integran y complementan con los enfoques de los profesionales de la medicina y de enfermería. De hecho, si existe una norma universal que se transforma en un fenómeno global esa es la salud. En la actualidad, la búsqueda de un estado de bienestar individual y colectivo es una aspiración social y un valor político, ésta es la definición de la salud formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta búsqueda descansa sobre la visión sanitaria de bienestar que implica la progresión de interrelaciones políticas, económicas, sociales y culturales, así como de sus interacciones múltiples. Considerada como un referente positivo que se desea mantener, restablecer o atender, la noción de salud involucra un dominio multidimensional de interdependencias complejas. De hecho, la salud no es más el patrimonio exclusivo de la biomedicina, de sus conocimientos y de sus prácticas. Se perfila más como un campo social en plena transformación, a la vez autónoma y diversificada, en la cual se enlazan acciones médicas con estrategias económicas, industrias farmacéuticas, normas jurídicas, en las esferas políticas de colectivos y derechos de las personas, prerrogativas profesionales y modelos sociales, objetividad científica y subjetividad experiencial, homologación del tratamiento de enfermedades y desigualdades sociales, ideologías de progreso técnico-científico e innovaciones biotecnológicas, búsqueda de tradiciones holísticas y nuevas sensaciones corporales (Hours, 2001; Lock M, Nguyen VK, 2010; Rossi, 2005, 2012).

Resumiendo, la salud es un dominio multidimensional que renueva los vínculos entre el universo científico de la medicina y la relativa experiencia de los individuos. Donde el interés de quienes la portan, tanto de políticos como de científicos, de los cuidadores y ciudadanos, hacen de la salud una de las mayores preocupaciones de la sociedad civil. Así, la salud no puede comprenderse más que a través de múltiples registros de lectura y de “pluralidad de escalas” de análisis, multidimensionales e interconectadas (Revel, 1996; Saillant, Genest, 2006). La salud es cultura y como toda cultura se debe “pensar” desde una perspectiva sistémica y procesual (Welsch, 2005). Constituye un campo en permanente transformación, en donde los contenidos son desplegados de modo constante por los actores, las instituciones y las políticas. En ese sentido, la salud se califica como un analizador de lo social, un medio de acceso al sistema de interpretaciones y los valores de una sociedad porque está asociada a sus ideologías, representaciones y creencias: la salud es un bien

que no puede ser conceptualizado más que en la sociedad; por la simple razón de que es producida en esencia por ésta misma (Saillant, Genest, 2006).

Al mismo tiempo, la noción de salud está ajustada a su contrario, la enfermedad. Éstas son indisociables en las trayectorias biográficas de los individuos. Pero, ¿qué es la enfermedad? En inglés este concepto se conoce con tres registros de aprehensión:

1. *Disease*, la patología definida por la objetividad científica y los saberes médicos.
2. *Illness*, la experiencia subjetiva de la persona que está afectada.
3. *Sickness*, el conjunto de configuraciones sociales que definen sus estados, rol y percepciones (Helman, 1994).

En ciencias sociales estas distinciones han generado las categorías que pueden parecer reducciones, pero que han contribuido, al mismo tiempo, a la deconstrucción de una noción simplificada con frecuencia. En este sentido, la enfermedad es a la vez individual y una experiencia social, cada individuo la experimenta en su propio cuerpo, pero los esquemas de pensamiento y de acciones que permiten reconocerla, identificarla, tratarla y atenderla, son sociales. Esta perspectiva ha permitido distanciarse poco a poco de la influencia de las referencias de enfoques objetivistas-cuantificadores para favorecer la emergencia de una antropología interpretativa y crítica que valoriza respectivamente la experiencia de la enfermedad y su vivencia social, cultural, filosófica, espiritual, literaria y artística (Good, 1994), sin olvidar los contextos políticos, económicos y científicos que la crean (Fassin, Houvray, 2010; Kehr *et al.*, 2011).

La salud y enfermedad se refieren todos los días a la materialidad del cuerpo, éstas se refieren a los conocimientos sobre el cuerpo y a las experiencias. El cuerpo, de hecho, en tanto que objeto y sumiso a las leyes de la física, ha sido pensado y objetivado en sistemas, como un organismo dotado de un cierto número de propiedades: éste es el dominio de la biomedicina (Lock M, VK Nguyen, 2010); sin embargo, el cuerpo ha sido también conceptualizado como el vínculo donde se expresa la persona: entidad social indisociable de su corporalidad “natural”. En este sentido, el cuerpo humano quizá sea la única de las evidencias de nuestra existencia: es en y con nuestro cuerpo que se nace, vive y muere, pero también con el que se construyen las relaciones con los demás, como menciona Marzano (2007). Así, si el cuerpo es una certitud que se expresa por el potencial genético y

biológico de cada persona, constituye al mismo tiempo un operador de sentidos, receptor y emisor de relaciones y de inscripciones sociales. Se trata de extrapolar el cuerpo de su realidad material propia rediseñando una simetría en la aprehensión de la salud y de la enfermedad, más allá del enfoque médico. Es en parte por este postulado que el cuerpo es conocido como un organismo indisociable de la persona que lo habita: un cuerpo socialmente, atravesado por los mandatos que le dan forma y contenido, “todo proceso vital es, obviamente, la consecuencia de la adaptación de un cuerpo a un entorno dado, pero también la adaptación de un entorno dado con el cuerpo” (Pera, 2008: 204, TdA). Esta reciprocidad solicita de modo simultáneo dos registros de lectura de la experiencia de los pacientes; el primero es relacional, por lo que vincula al paciente con el médico; el segundo es experiencial y biográfico, se refiere a las prácticas singulares-subjetivas del médico y del paciente.

Por lo tanto, para hablar del paciente y de su enfermedad, incluso de la muerte, la perspectiva antropológica se propone evocar al menos los resultados clínicos e indicaciones terapéuticas, centrándose en lo que éstos transforman, desde su nacimiento en el organismo de una persona, en el pleno sentido del término: actos socialmente individuales que le relacionan con los otros y al mundo, sobre todo en una fase de vida vulnerable y frágil.

Además, cada paciente reúne a su alrededor una pluralidad de diversos personajes como la familia, amigos, colegas, médicos y otros terapeutas. Cada uno de esos roles es fundamental, pero bien diferenciado, a veces opuestos; el paciente se encuentra en el centro de un dispositivo en el que la respuesta a su enfermedad se articula con los diversos vínculos sociales, los cuales dan forma a un sistema de salud, la construcción de estrategias públicas, la organización de instituciones, así como la distribución de competencias entre médicos y farmacéuticos.

Marcada por esta realidad múltiple, la relación entre la enfermedad y la medicina, el paciente y lo social, requiere por tanto de una lectura plural; aspecto indispensable que favorece la emergencia de un saber compartido, sin el cual no se podría acceder al conocimiento verdadero de los fenómenos (Rossi, 2012).

RECONFIGURACIONES CONTEMPORÁNEAS: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO MARCADOR DE TRANSFORMACIONES SOCIALES Y CULTURALES

Al inicio de este siglo, existe suficiente evidencia para considerar con seriedad la emergencia simultánea de diversos procesos de globalización, como la movilidad de las personas y consolidación de migraciones internacionales, circulación de saberes, homogenización de la producción científica, extensiones de mercados económicos y permeabilidad de las innovaciones tecnológicas; éstos se acompañan de cambios socioculturales considerables en el campo de la salud, donde se observan cambios notables en los vínculos de la oferta y la demanda médicas, así como en los cuidados a nivel internacional. De hecho, la salud en la actualidad es elevada a un rango de ideal supremo, de moral unánime; esto es, en una sociedad donde las dinámicas de elaboración de las relaciones con uno mismo, con los otros y el mundo, se construyen aún más, en la aprehensión del cuerpo (Rossi, 2005). Del mismo modo, se atestigua la consolidación de un proceso secular de competencias relativas a la salud y del mundo médico, en las que destacan la afirmación creciente del papel de la economía, la política y el derecho. Esto se ha experimentado de tal forma, que para una perspectiva antropológica (Saillant, Genest, 2006) es necesario reconocer que la relación entre salud-enfermedad, normal-patológico y médico-paciente son moldeadas en la sociedad. Por lo tanto, el análisis de tal proceso constituye un medio de acceso al sistema global de interpretaciones, creencias y valores de una sociedad.

Las transformaciones del contexto social y cultural obligan a la biomedicina a cuestionarse sobre ciertos factores del proceso mundial; como lo es la globalización de la economía de mercado y, por lo tanto, la producción y circulación. Con su corolario, la separación entre economía por una parte, y lo social y política del otro, el mundo del médico ha integrado estructuralmente la rentabilidad y competitividad como operadores del mercado de la salud (Rossi, 2002; 2005; 2011). De esta manera la investigación de la eficacia terapéutica se acompaña de una nueva exigencia, la de la “eficacia de la práctica médica” en donde a cada estrategia de intervención, también se le designa un valor financiero. Así, una nueva alianza se manifiesta entre la medicina y la economía, la cual

está basada en la cooperación y coordinación con objeto de planificar, evaluar y reformar los sistemas de salud (Rossi, 2002; Demailly, 2008).

El segundo factor, bajo la forma de innovaciones tecnológicas, influye también sobre las enfermedades y los profesionales. La evolución y progresión de las tecnologías médicas ejercen una profunda influencia sobre la idea de que el hombre se hace de sí mismo. Así, la vida social de un individuo se vuelve no sólo previsible sino también controlable por la biología de sus componentes (Habermas, 2002; Barona Vilar, 2005). Las cuestiones por las cuales se nos confronta afectan, por lo tanto, lo que se es mas pero no lo que se puede hacer.

Por otra parte, la introducción progresiva de las nuevas tecnologías como instrumento de la práctica profesional (gestión de tareas, administración de trabajo, etc.) entraña una modificación fundamental del trabajo realizado por el profesional de la salud: el acto médico se transforma de manera paulatina en un registro de datos, la relación cuidadora incluye a la computadora. El espacio de libertad se restringe, la relación con el poder administrador se vuelve inevitable, la relación médico-enfermedad se convierte en una correspondencia de la gestión de la economía de mercado, en donde los contratos son cada vez más importantes; por lo que los sentidos y la ética profesional son a menudo subordinados (Rossi, 2013).

Se trata de conocer esos factores de manera sistémica y convergente, y de lo que constituye el vínculo de convergencia de su expresión: la política; es decir, la capacidad de actuar colectivamente en el dominio de la salud. De su encuentro se da forma a la salud pública, conjunto de normas, valores y de saberes que conciernen la gestión del cuerpo (Fassin, Ouvray, 2010). Esta gestión produce una larga maduración, encuentra “su arraigo en un reformismo que se refiere universal a partir del cual, los poderes políticos y saberes científicos, pretenden trabajar en todos los dominios el progreso de la humanidad” (Dozon, Fassin, 2001:345), sobre todo para la promoción de la salud y la lucha contra la enfermedad. Foucault fue el primero en denunciar el peligro de la emergencia de un “biopoder”, un dispositivo de tecnologías de gobierno dirigido a disciplinar el cuerpo y a regular las poblaciones por la política.

En la actualidad, la política también debe dar cuenta de un “realismo administrador”, de una exigencia de planificación, evaluación y adaptación continua. Estas estrategias administrativas transforman la voluntad de controlar y anticipar la enfermedad de sus efectos, pero también de los

costos asumidos por la colectividad por y para lograr una norma política colectiva. Esto ha originado repercusiones culturales importantes: en medicina, un sujeto racionalizado se convierte en un sujeto normalizado. Sometiéndose a la optimización, el sujeto se niega (Illitch, 2004), se favorece la adecuación de los pacientes y de los usuarios a un proyecto biomédico contemporáneo que induce “la reformulación de estatus y del lugar del hombre hacia la salud y la enfermedad” (Hours, 2001:16). En el dominio de la salud, el camino individual se inscribe, durante la vida, en el centro de un destino colectivo. Al mismo tiempo, a la luz de los avances terapéuticos y farmacéuticos que ocurren y de las estrategias clínicas que les acompañan, hoy día todo parece contribuir a una intensificación de la ideología del progreso médico, así como de su corolario, la medicalización de las sociedades. Ahora bien, los intereses económicos de este fenómeno representan un peligro de desplazamiento hacia aproximaciones utilitarias de la salud (Waytz, 2012).

El límite de tolerancia a la enfermedad sigue disminuyendo y la demanda de atención aumenta: tal expansión terapéutica y preventiva implica también el desencanto del mundo, dada su medicalización.

En un contexto de grandes transformaciones sociales y de cambios de la práctica médica, toda relación médico-paciente mantiene un sentido de deuda con la visión de las concepciones del mundo, de categorías de la racionalidad, de las normas y de los valores éticos propuestos en su época. Sus saberes y prácticas conectan la medicina, incluso el mundo de la salud, a la complejidad social y cultural que los forjó.

TRES REGISTROS DE LA CLÍNICA

De frente a los cambios contemporáneos, las competencias médicas y de atención, caracterizadas por el rigor del trabajo relacional y clínico, se amplían poco a poco a fin de integrar las estrategias de intervención a las dinámicas de las transformaciones sociales. Bajo este propósito, varios registros del saber médico renuevan de manera importante sus fundamentos y sus perspectivas: patologías problemáticas, relación médico-paciente, legitimidad y racionalidad de la práctica. Aunque distintos unos de otros, estos registros no deberían ser considerados separados. De hecho, para aprovechar el contexto de la relación médico-paciente, es imperativo abordar las interacciones que los rigen; las interferencias de unos sobre otros o la aceleración de uno bajo el efecto de los otros.

PRIMER REGISTRO: EPIDEMIOLOGÍA

La medicina debe responder a una demanda renovada en lo que concierne a la patología, que transforma el cambio epidemiológico propio a nuestra época en un nuevo desafío. Este cambio pone en relieve, por una parte, la internacionalización de las enfermedades infecciosas y por otra, la emergencia de las enfermedades llamadas “de la civilización”, como los problemas psicosomáticos, de adaptación, geriátricos, depresión, sufrimiento psíquico, enfermedades degenerativas y crónicas, sobre todo VIH, cáncer, diabetes, hipertensión, alergias. Las enfermedades agudas, curables, infecciosas se acompañan de afecciones durables, donde la medicina no puede más que acompañar y seguir en la duración. La medicalización del “mal-estar” es otra expresión de la evolución de la enfermedad, una moda de aceptabilidad social de los problemas de la sociedad. Estas enfermedades deberían conducir a los países occidentales, en el curso de los próximos decenios, sobre lo que se nombra como la carga global de la discapacidad (Murray, López, 1996); es decir, la carga global de la invalidez en la cual la discapacidad, en un contexto de movilidad y de precariedad crecientes, marca las discrepancias económicas y sociales. Esto hace más complejos los esfuerzos de conocimiento científico, control médico y administración pública. En efecto, la aparición de estas patologías está vinculada a la evolución de los modos de vida

impuestos por el funcionamiento de la sociedad: emergencia de la individualidad, rendimiento imperativo, competencia profesional, rupturas del contrato social, desagregación de los recursos colectivos de solidaridad, exclusión y marginación, concentraciones urbanas, contaminación (Rossi, 2011; 2013). De donde surge la necesidad de renovar los saberes y los modos de tomar la carga, para el desarrollo de programas de formación adecuados y cada vez más especializados a la intención de los profesionales.

La especificidad clínica de la “enfermedad crónica” es aquella que no es curable y, fuera de la crisis, silenciosa; si hay dolor, tiende a persistir y la diferencia, a menudo observada entre las quejas de pacientes y los datos biológicos, se vuelve más incierta su evaluación. En efecto, la enfermedad crónica, como menciona Jean-Philippe Assal (2003), presenta una evolución rítmica por las crisis agudas, que a menudo requiere hospitalización. Las técnicas médicas permiten tratar estas situaciones con gran eficacia, pero es este comportamiento lo que plantea el problema.

De hecho, una enfermedad aguda, incluso grave, puede no representar más que una ruptura temporal con el modo de vida habitual; la enfermedad crónica conduce a la pérdida definitiva de la condición anterior y afecta el sentimiento de integridad corporal y psíquica. Este duelo es central y su aceptación no es un logro (Rossi, 2003). En una crisis aguda, el médico se ciñe a informar al paciente y a la familia; mientras que, en un contexto crónico, el médico tiene la obligación de formarlos.

Sin embargo, las implicaciones de la relación médico-paciente no pueden reducirse a una oposición entre diversas concepciones de lo real y del cuerpo, la salud y enfermedad, del tratamiento y de la relación, donde unos serán más legítimos, incluso “verdaderos” porque están científicamente fundamentados, que los otros; por su práctica, la clínica revela y moldea también las opciones culturales con implicaciones profundas, toca los temas esenciales de cada trayectoria biográfica: vida y muerte, cuerpo, dolor y sufrimiento (Good, 1994).

Esto es porque en toda sociedad y toda época, la relación de atención es revelada de una concepción de vínculo social y de las prácticas que implementa. En este sentido, toda relación médica mantiene un compromiso de sentidos a la vista de las concepciones del mundo, de las categorías de la racionalidad, de las normas y de los valores éticos propuestos en su época.

En esta perspectiva, hoy en día la clínica se perfila poco a poco como un

sector social en plena transformación, a la vez autónoma y diversa, en el cual se superponen la ciencia y la moral, la economía y el humanitarismo, el derecho y la política, lo público y lo privado, las estrategias institucionales y las transformaciones sociales y culturales. Esta evolución transforma la medicina, la práctica médica y por lo tanto, la clínica en un verdadero desafío de la sociedad civil. Más preciso, si la enfermedad es algo individual y singular, la salud participa del colectivo y se define como una construcción social y políticamente elaborada donde los límites son de manera constante rediscutidos. Paradójica y ambivalente en sus prácticas como en sus teorías, la búsqueda de salud se presenta no sólo como un desafío médico sino también social.

Así, indagar sobre esta noción significa evocar su principal misión, garantizar una respuesta terapéutica eficaz para contrariar la enfermedad. Durante estos últimos decenios, una toma de conciencia de los profesionales conjugada a una producción consecutiva de conocimientos científicos pone en evidencia, a nivel internacional, lo que constituye una de las modificaciones epidemiológicas más características de la actualidad: las enfermedades agudas curables, como ciertas enfermedades infecciosas, ahora cohabitan con las afectaciones persistentes, para las cuales la medicina sólo puede proporcionar apoyo y seguimiento a través del tiempo (Lacroix, Assal, 2003).

De hecho, se observa la desaparición progresiva de la concepción de triunfo de la medicina “curativa y salvadora” y a la emergencia de nuevos retos de la salud. Los datos son revelados a este respecto: la OMS prevé un desequilibrio creciente entre los rendimientos probados de la medicina aguda y la insuficiencia de las respuestas clínicas de las enfermedades crónicas. En Occidente, por ejemplo, los pacientes atendidos por enfermedades crónicas constituyen de hecho el 80% de las consultas ambulatorias para las cuales la respuesta médica resulta insuficiente (Lacroix, Assal, 2003:214). La medicina de seguimiento y del acompañamiento sigue siendo no sólo un desafío para los cuidadores en general y para los médicos en particular, también es una necesidad imperativa desde el punto de vista profesional. En este sentido, propone una reactualización de los fundamentos hipocráticos del seguimiento médico en medicina general, y la extensión y adaptación de las especializaciones. El acompañamiento se afirma, por lo tanto, como una perspectiva en la que se inscriben numerosas relaciones, así como las comunicaciones médico-paciente.

Esta constante apela a una renovación de las competencias profesionales y de las estrategias de intervención terapéuticas. La evidencia de las dificultades que con mayor frecuencia experimentan los pacientes frente a su enfermedad retorna a los médicos a sus propios límites, a pasar de una medicina curativa centrada en la enfermedad, una medicina de sostén y acompañamiento centrada en la enfermedad.

Modificar las culturas profesionales no es fácil y la base sobre la cual reposa esta transformación sigue siendo los proyectos de formación. En este sentido, varios programas pedagógicos –sensibilización, certificados o diplomas– dirigidos a todos los profesionales conducen a un cambio progresivo en el plan institucional y profesional. Emblemáticos de este movimiento, son los cursos de educación terapéutica de pacientes que permiten a los médicos, enfermeros y psicólogos adquirir conocimientos y herramientas de intervención susceptibles de transformar a los pacientes con patologías crónicas en corresponsables de su tratamiento. Esta forma particular de acompañamiento tiene por objeto alentarlos a adquirir un conocimiento de su enfermedad poniendo a su disposición los medios para hacerse cargo y desarrollar su saber-hacer. En suma, si el registro terapéutico conserva su pertinencia en el caso de las enfermedades agudas, frente a las enfermedades crónicas, los objetivos de curación se desmoronan en beneficio de los objetivos de autogestión y rehabilitación. El acompañamiento para la formación se convierte en la nueva modalidad de la relación y de la intervención, vehículo de una cultura de “mejor-hacer”, que tiende hacia un objetivo de gestión óptima de la enfermedad.

Los cambios epidemiológicos en curso conducen a una modificación importante de saberes y prácticas médicas. Pero esta ampliación constituye al mismo tiempo, una adaptación de la medicina a las transformaciones de la sociedad y una expansión de la influencia científica y de prácticas médicas frente a la sociedad (Dozon, Fassin, 2001; Fassin, Houvray, 2010; Rossi, 2005). Por consiguiente, se observa la desaparición progresiva de la concepción triunfalista de una medicina “curativa y salvadora” y a la emergencia de un nuevo entendimiento de la salud en un contexto mundializado. La relación médico-paciente se presenta como un revelador de esos cambios; a nivel de la demanda, constituye un vínculo social en el cual se inscriben las transformaciones epidemiológicas y a nivel de la oferta, una adaptación clínica a nuevas problemáticas patológicas. Según esta perspectiva, las lógicas y las dinámicas de comunicación cambian.

SEGUNDO REGISTRO: EMERGENCIA DE NUEVOS PARADIGMAS TEÓRICOS EN MEDICINA

Durante casi dos siglos, sus propios referenciales epistemológicos no han cambiado, la medicina se inscribe en el rigor de un razonamiento sometido a la influencia de una ciencia percibida a la vez como modelo y como guía. Esta certeza ha permitido construir de manera progresiva un saber positivo e instituido sobre el cuerpo del ser humano y sobre su condición. Sin embargo, esta certeza no tiene más por objeto una verdad única, sino una multitud de verdades variables y válidas en los campos específicos y limitados que importa definir.

Así, existen en la actualidad en medicina al menos tres modelos complementarios:

- 1. Biomédico.** Procede de la aplicación en medicina del método analítico de las ciencias exactas.
- 2. Psicosocial.** Reconoce las interrelaciones entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad.
- 3. Sistémico** (Vannotti, 2006). Constituye un modo de enfoque de la enfermedad que busca integrar los diferentes modelos y que tiene en cuenta la complejidad de la vida. Es decir, el pensamiento sistémico se interesa, desde el punto de vista de la epistemología, en la articulación entre los diversos niveles de descripción tomados en consideración por el modelo biopsicosocial.

Sin duda, la apertura traída por los paradigmas biopsicosocial y sistémico modificó el concepto mismo de la salud. Marcada durante mucho tiempo por una visión biológica y por la idea de un funcionamiento óptimo del cuerpo, la noción de salud se abre ahora a las consideraciones de orden biopsicosocial y sistémico, que ponen en juego el cuerpo, perfil genético, psique, emociones, entorno social, cultural, económico, ecológico o hábitos y comportamientos de vida y acceso a los cuidados. Pero el mayor alcance de estas referencias teóricas es la reformulación de la relación terapéutica y, de manera más precisa, de las interacciones entre médicos y enfermedades (Rossi, 2012).

La práctica médica se distingue radicalmente de su anclaje teórico y no sólo es el tratamiento de una patología; consiste en la medicación de una

persona enferma, ya que trata a personas en particular e intenta mejorar sus condiciones. En este sentido, la ciencia médica muestra sus límites cuando se procura aplicar a situaciones concretas. En el dominio de la comunicación y de la relación, entran en juego otros elementos: representaciones, normas, valores, lealtades, alianzas, interacciones, emociones, lenguajes. La singularidad del profesional y su subjetividad es muy importante, cada relación humana es específica y la práctica médica no consiste sólo en hacer todo lo que se puede lograr; “es siempre, al mismo tiempo, una elección y una decisión entre las posibilidades” (Gadamer, 1998:13).

Así, la medicina depende de una inteligencia dialéctica, a la vez analítica y sintética. Propone una actividad a la vez teórica y práctica, que transmite una racionalidad que se declina al plural, que implica varios pasos, tanto a nivel científico y reflexivo: conocimientos, decisiones y tratamientos. Es así que hoy en día parece evidente que la dimensión participativa y relacional del médico y del paciente son ahora parte de una comprensión racional del acto médico y de la aproximación clínica. Por su aproximación clínica, la medicina no sólo responde a la patología sino que construye lo humano.

TERCER REGISTRO: VALORIZACIÓN DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA Y EFICIENCIA DE LA PRÁCTICA

En este sentido, el diagnóstico es lo fundamental de todo tratamiento correcto; genera el mandato del médico y legitima su intervención. Los síntomas constituyen una interfaz entre lo de adentro y lo de afuera; éstos se refieren a una lógica determinista causal total como una aproximación hermenéutica y su expresión en el programa de interacción entre el sujeto que sufre y la autoridad médica. En esta perspectiva, el cuerpo es un objeto semióforo, portador de signos, y el saber médico, una semiología, que llamamos también la “racionalidad médica” el criterio con el que se mide la adecuación, el fundamento de sus prácticas preventivas y de los proyectos terapéuticos procedentes de la medicina, la cual fija los objetivos y dicta las prácticas.

Desde el punto de vista médico, la legitimidad científica determina la aproximación racional de los cuidados, que se traduce por la creación de “Guidelines” para las patologías y de los programas llamados “medicina

basada en evidencia (MBE)”. La MBE es una disciplina reciente de la medicina; el contexto se remonta a 1992 (*Group E-BMW*, 1992). La introducción de este artículo evoca de manera explícita las directrices de la MBE: “está surgiendo un nuevo paradigma para la práctica médica. La medicina basada en la evidencia desacentúa la intuición, la experiencia clínica no sistemática y la racional fisiopatológica como motivos suficientes para la toma de decisiones clínicas” (TdA).

En un primer abordaje, la MBE aparece como una noción pertinente y simple: la utilización “racional” e informada de las mejores pruebas científicas actuales a fin de establecer y de prescribir las decisiones más apropiadas para la eficacia del proyecto terapéutico. Al nivel de la práctica, la MBE implica entonces la integración de la experiencia clínica establecida por el médico con las mejores pruebas clínicas del campo de la producción científica. Esta nueva cultura de campo médico inviste el conjunto de las profesiones. Así, es comprensible que los médicos y enfermeras adopten los principios de la MBE, de la práctica basada en evidencia (PBE) o de la práctica de enfermería basada en evidencia (PEBE). Sin embargo, estos principios deben garantizar una autonomía profesional, un juicio clínico y una integridad terapéutica (*Group EBMW*, 1992). Al menos sobre el papel. De hecho, en este contexto de estandarización creciente de prácticas, surge la necesidad de una adecuación entre la autonomía del profesional –su singularidad y capacidad a adaptarse a la particularidad de cada paciente–, las pruebas científicas “objetivas” y el tratamiento de la patología.

Por consiguiente, este proceso es una estrategia para desarrollar esto que es “legítimo” en las prácticas médicas. Desde entonces, esto que constituye la legitimidad –“las mejores pruebas”, “la experiencia” o “la racionalidad”– se convierte en una construcción sociopolítica, sometida a los debates científicos, a los conflictos de interés y de los juegos políticos, por lo tanto, discutible y variable de manera temporal y geográfica (Amstrong, 2002). A título de ejemplo, las organizaciones como *The Cochrane Collaboration* (RU) y *The RAND Corporation* (EUA) han contribuido a la propagación de la MBE, esto confirma que los múltiples acontecimientos vinculados a la emergencia de esta visión de la medicina son, de hecho, de las entidades producidas por las instituciones.

En parte, el centro del conflicto se encuentra sobre la dificultad de establecer un consenso científico sobre el buen nombre de situaciones clínicas y el alcance definitivo y absoluto de los resultados de toda

investigación médica: ¿la ciencia no renueva constantemente todo resultado validado por sí misma? Y por otra parte, señala la evidencia de vínculos entre la MBE y las políticas de la salud, las tomas de decisiones organizacionales y el racionamiento de la salud. Esto que depende más de la política que de lo científico. El acontecimiento de la MBE rediseña entonces la naturaleza y dirección de las prácticas biomédicas y la cultura organizacional, devela las paradojas y plantea una plétora de cuestiones ideológicas, epistemológicas y prácticas, entre las que se encuentra el cambio en la definición y el estatus del profesional de la salud. Hoy en día, la MBE ha sido muy cuestionada, incluso por los mismos médicos y no es utilizada de manera generalizada. En efecto, las reformas de la “racionalización” de la práctica médica sustituyen de modo progresivo a las propiedades cualitativas (las competencias de los individuos, las relaciones humanas, la proximidad y duración que permiten asistir y acompañar la complejidad de los pacientes, etc.) a un enfoque en esencia cuantitativo (proporcionar los actos de atención y medir, con el objetivo de justificar esos actos) (Rossi, 2002; Demailly, 2008).

De esta manera, se contribuye al fraccionamiento de los actos de atención. El enfoque cuantitativo comparte “el hacer” de la enfermería, de los colaboradores paramédicos, laboratoristas, médicos, especialistas, psiquiatras en una serie de operaciones parciales, cada uno con su propia finalidad. El sistema tecnológico los reúne hasta legitimarlos como un producto: la respuesta terapéutica, definida por un modelo de eficiencia y de MBE. En este sentido, los sujetos implicados en un trabajo médico y de cuidados anulan su propia especificidad y se transforman en instrumentos de esta racionalidad: la técnica, que gestiona la eficiencia, llega a ser el autor y profesional, el actor.

De aquí en adelante, los individuos no son más los que realizan las acciones competentes, el mundo de la competencia establece quién genera las acciones de los individuos. Esta articulación de competencias define, al mismo tiempo, los sentidos de las prácticas: curar las patologías, definidas por un diagnóstico, significa reformular *a priori* –en nombre de la eficiencia– los elementos del proyecto terapéutico, las intervenciones y articulaciones, los medicamentos a prescribir y la duración del tratamiento. Todo acto de cuidado no dependerá más de una relación sino de los resultados prescritos: el hacer como elección de finalidad, es reemplazado por el hacer como producción de resultados (Galimberti, 2008). La tecnología en la medicina, de instrumento y medio indispensable a la

práctica médica, se convierte ahora en el medio por el cual esta última se inscribe.

Estos tres registros tienden a anular las especificidades de una medicina plural –se pueden citar las diferencias entre una medicina de primer contacto y la cirugía cardiovascular– en favor de una visión transversal de la medicina, legitimada por los presupuestos científicos. Este estado revela al menos dos paradojas.

La primera paradoja concierne a la lógica de la oferta y de la demanda de atención y, por lo tanto, al mundo de las relaciones sociales; y no es más la identidad profesional del médico, el papel y la función de eficiencia son determinantes, la medicina y las políticas de salud pierden todo valor humano intrínseco a la práctica médica por valorar el gobernar las acciones terapéuticas, las interacciones dirigidas, las estructuras de planificación y evaluación de la gestión de la enfermedad, por encima de una persona enferma (Rossi, 2002). Esto es una forma de hacer compatibles, con las lógicas de gobierno, la complejidad social y los retos epidemiológicos que conlleva. El médico tendrá entonces que garantizar un mayor desafío, poder conciliar en su clínica la contradicción entre la complejidad inductiva de la demanda de los pacientes, el dominio de las enfermedades crónicas y las presiones estructurales de la eficiencia.

La segunda paradoja se refiere los aspectos de orden cultural. La probabilidad es mayor de que esta concepción de la medicina en el campo de la salud, transforme la tecnología aplicada a ésta en condición esencial de la práctica médica y en causa de su dependencia. Esto que se impone a la medicina, sus competencias y competencia profesional: el proceder a una elección programática y al mismo tiempo cultural, conduce a reflexionar ¿cómo ser el operador médico de una gestión de la salud altamente tecnológica y al mismo tiempo, el operador antropológico que está frente al ser humano que sufre? La comunicación médico-paciente se inscribe a la interfaz de estas dos paradojas.

RELACIÓN Y COMUNICACIÓN: PENSAR LA COMPLEJIDAD

La comunicación médico-paciente no es un acto natural, se construye en un contexto de transformaciones sociales y culturales importantes que afectan el campo de la salud. Con las dinámicas centrípetas y centrífugas la relación entre un médico y su paciente está definida por la sociedad y para la sociedad. Frente a la multiplicación de los cambios que nuestra época incluye, la relación médico-paciente se inscribe en una época de cambio de la clínica. En el marco de esta relación, la comunicación médico-paciente es de modo simultáneo emisora y receptora de todas acciones de salud para la sociedad y hacia la sociedad.

Esto es porque toda relación del médico y el paciente no se refiere sólo a una finalidad terapéutica, depende de las acciones y de los usos de comunicación específicos, anclados empíricamente en un contexto social. En ese sentido, si la comunicación pone en interacción la identidad profesional del médico y la de su paciente, es importante no olvidar que toda cuestión de la alteridad –relacionarse con la diversidad de cada paciente– plantea sobre todo el de la identidad del médico. Los tres registros de cambio argumentados intentan contextualizar los factores que modifican la identidad de los médicos respecto a su práctica clínica. Esta práctica revela una escena o interacción de las concepciones del mundo, de las categorías de racionalidad, las normas y valores propios a la sociedad en la cual actúa. Por su clínica, la medicina funciona por medio de elecciones culturales a las implicaciones profundas, tocando los temas centrales de cada trayectoria biográfica: vida y muerte, cuerpo, dolor y sufrimiento. La relación específica que instaura, por su acción, con estas experiencias universales contribuye a la construcción de lo humano. Este hecho, que se inscribe con claridad en un proceso histórico, articula estrechamente la historia del pensamiento médico en la historia de las mentalidades. Siguiendo esta perspectiva, los retos contemporáneos que derivan de la relación entre médicos y enfermos participan en la redefinición de lo humano, en la transformación de la estructura del conjunto de la experiencia existencial, moral y corporal, así como de los juicios y de las acciones. El dispositivo clínico llega a ser un espacio social que atraviesa un conjunto de normas y valores, modelos sociales y profesionales, con implicaciones políticas y económicas (Rossi, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

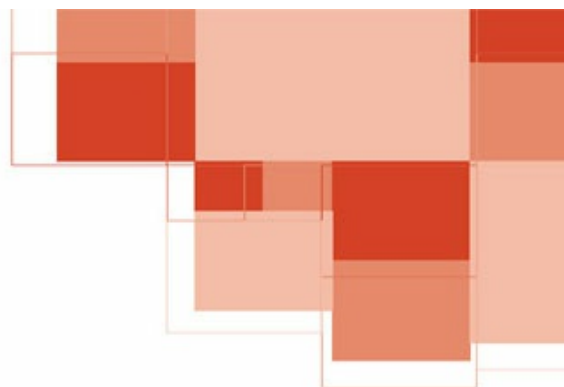
- Armstrong D:** Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctor's behaviour, *Social Science & Medicine*. 2002; (10):1771-1777.
- Beck U:** *World Risk Society*, Polity Press/Blackwell Publishers, 1999.
- Barona Vilar JL:** *Salud, tecnología y saber médico*. Madrid, Editorial Universitaria R. Areces 2005.
- Demailly L:** *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq, France: Presses universitaires du Septentrion. 2008.
- Dozon JP, Fassin D** (sous la direction de): *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland, 2001.
- Fassin D, Hauray B:** *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte, 2010.
- Galimberti U:** *La morte dell'agire e il primato del fare nell'età della tecnica*. Milano, Edizioni Albo Versorio, 2008.
- Gadamer HMG:** *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset et Mollat, 1998.
- Giddens A:** *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford, Stanford University Press, 1991.
- Good B:** *Medicine, rationality and experience. An anthropological Perspective*. Cambridge: University Press, 1994.
- Group E-BMW: Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*.1992;268:2420-2425.
- Habermas J:** *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral?* Paris: Gallimard, 2002.
- Helman C:** *Culture, Health and Illness*. EUA:Taylor & Francis, 1994.
- Hours B** (dir.): *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala, 2001.
- Kehr J, Niewöhner J, et Vailly J:** *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*. Paris: La Découverte. 2011.
- Illich I:** *Œuvres complètes*. Paris: Fayard. 2004.
- Lacroix A, Assal J Ph:** *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Maloine. 2003.
- Lock M, Nguyen VK:** *An Anthropology of Biomedicine*, London:Wiley-

- Blackwell. 2010.
- Marzano M** (dir.): *Dictionnaire du corps*. France: Presses universitaires de France. 2007.
- Murray CJL, López A**: *The global burden of disease*. Cambridge, Massachusetts, Harvard School of Public Health, 1996.
- Pera C**: *El cuerpo silencioso. Ensayos mínimos sobre salud*. Madrid: Tricastela, 2009.
- Revel Jacques** (dir.): *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris: EHESS. 1996.
- Rossi I**: *Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance?* 2002; Tsantsa, 7, 12M21.
- Rossi I**: La malattia cronica come marchio del corpo, in Ugo Fabietti (dir.), *Antropologia. Numero tematico "Corpi"*. 2003;3:75-93.
- Rossi I**: En guise d'introduction. Médicalisation de la vie: enjeux de société, in Ouvrage collectif, *Eloge de l'Altérité. Défis de société: 12 regards sur la santé, la famille et le travail*, Fribourg, coll. Paradigmes. France: Les éditions de l'Hèbe, 2005;19-31.
- Rossi I**: Réseaux, coopérations interprofessionnelles et cultures politiques de la santé. Collectif: *Le travail d'équipe en PMI. Comment penser/panser ensemble?* Paris: Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI), 2011: 17M26.
- Rossi I**: Le savoir anthropologique dans le miroir de sa pratique: recherches en santé et dispositifs hospitaliers, in *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles. Approches en sciences sociales*, (sous la dir. De E. Hannequin). Paris, l'Harmattan 2012:59-84.
- Rossi I**: *Identités et travail. La preuve par le corps*, in *Das Arbeit: eine Re-vision*. Le travail: une re-vision, Danuser B., Gonik V. (Hg./éd.), Zürich, Verlag 2013:257-269.
- Rossi I**: Penser la diversité par les transitions de la santé mentale. *Alterstice*. Disponible en: <http://www.alterstice.org/>. 2014;4(2):39-48.
- Saillant F, Genest S** (Edited by): *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared Concerns*. Malden, Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
- Vannotti M**: *Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement*. Genève, Médecine et Hygiène, 2006.
- Waytz A**: Dehumanization in medicine. Causes, solutions and fonctions. *Perpectives on Psychological Science*. 2012; 7:176M186.
- Welsch W**: *Trankulturelle Gesellschaften*. Dans P. Merz Benz et G.

Wagner (dir.), Kultur in Zeiten der Globalisierung. Neue Aspekte einer soziologischen Kategorie Frankfurt am Main, Humanities Online, 2005:39-67.

Capítulo

3



El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médicopaciente en contextos situacionales

Martha Cruz Sánchez, Jessica Margarita González Rojas, Alfredo Paulo Maya, Pedro Dorantes

En diciembre del 2001, producto del trabajo consensuado de instituciones de salud, públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos de México, se presentó la Carta de los Derechos Generales del Paciente y la Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

Su importancia radica en que se hacen explícitas las relaciones que debe establecer el médico frente a su paciente.

Los 10 derechos contemplados en la Carta de los Derechos Generales del Paciente, son:

- 1. Recibir atención médica adecuada:** el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- 2. Recibir trato digno y respetuoso:** el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica se identifique y le otorgue un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
- 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz:** el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y

tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

- 4. Decidir libremente sobre su atención:** el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado:** el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
- 6. Ser tratado con confidencialidad:** el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión:** el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- 8. Recibir atención médica en caso de urgencia:** cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- 9. Contar con un expediente clínico:** el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el

fin requerido.

- 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida:** el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

En tanto, los 10 derechos contemplados en la Carta de los Derechos Generales de los Médicos son:

- 1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.** El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (sus conclusiones sobre el diagnóstico y el tratamiento) y su libertad de prescribir o indicar tratamientos; así como su probable decisión de declinar o rechazar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre principios éticos, científicos y normativos.
- 2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen la práctica profesional.**
- 3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.** Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio que otorga.
- 4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.** El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.
- 5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.** Además, el médico tiene derecho a recibir información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud del paciente.
- 6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.**
- 7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.**
- 8. Asociarse para proveer sus intereses profesionales.** El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su

desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el adecuado ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

9. Salvaguardar su prestigio profesional. El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que su información se trate con privacidad si existiera una probable controversia, y en su caso a pretender la indemnización o compensación del daño causado.

10. Percibir remuneración por los servicios prestados. El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo con su contrato, condición laboral o a lo pactado con el paciente.

El respeto irrestricto de la Carta de los Derechos Generales del Paciente obliga a contemplar el ámbito de injerencia de las instituciones públicas de salud en la práctica del profesional médico y por lo tanto sus implicaciones en la relación médico-paciente (Borrell, 1989; Myerscough, Ford, Doyle, Hewitt, Laing, Speirs AL *et al.*, 1996; Ana Jiménez, José Luis Fresquet, Mary Farrell, Dora Sales, Roberto Ortí, Francisco Raga, Ennric Sánchez, 2009).

Sin duda la relación médico-paciente es el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la profesión médica; no obstante, plantear al paciente y al médico como sujetos activos que participan en el proceso enfermedad-curación, lleva a reflexionar seriamente en los contextos socioculturales del paciente y el impacto en la comunicación que establecen el médico y el paciente.

Un estudio en el que se analizó la comunicación que establecen los médicos generales y los pacientes en seis países de Europa (Bélgica, Holanda, Reino Unido, Alemania, España y Suiza; Deveugele, 2003) entre otros aspectos, destaca las dificultades que representa el utilizar escalas estandarizadas para registrar las expectativas de los pacientes, dado que en cada país se presentaron diferencias socioculturales de importancia, como la organización del sistema de salud, las normas y valores resaltados por la políticas de salud así como el tipo de padecimiento.

De igual forma, se encontraron limitantes para registrar las relaciones del paciente con el médico, ya que entre los seis países existen diferencias de importancia, respecto a la forma de conceptualizar la comunicación. Tal es el caso del Reino Unido y el enfoque biomédico, al poner el foco de atención en la exploración corporal y los análisis clínicos, por lo que la explicación

que se da al paciente no resulta tan importante. En contraparte, Suiza adopta un enfoque biopsicosocial en el que la comunicación con el paciente resulta fundamental.

Por otra parte, el estudio resalta la importancia de abordar la influencia y relación de los niveles macro-micro, lo que permitió dimensionar el fuerte impacto que el contexto social ejerce sobre la comunicación médico-paciente, como la forma en que se organizaban los diferentes sistemas de salud en Europa. Así toma particular valor contemplar el análisis de aspectos sociales del profesional de la salud como los bajos salarios, la modalidad de contratos, tipos de remuneraciones y cargas de trabajo.

Otra investigación que analiza la comunicación médico-paciente en contextos multiculturales, señala que las diferencias culturales sobre el proceso-salud, enfermedad-atención pueden tener repercusiones directas de comunicación médico-paciente y por lo tanto en la calidad de la atención: satisfacción del paciente, el cumplimiento con su terapia y la comprensión de su padecer (Schouten, 2006).

El estudio abarcó publicaciones en idioma inglés desde 1974 hasta 2004, por lo que se consultaron bases en línea (*Pubmed*, *Psychlit*) y se consultó literatura adicional elegible a través de referencias en libros y artículos científicos. Las palabras clave (en diferentes combinaciones) fueron: relación médico-paciente, comunicación médico-paciente, cultura, etnicidad, raza, diversidad, no angloparlantes.

Las investigaciones mostraron que después de las variables socioeconómicas como educación e ingresos, la cultura y el origen étnico, a menudo son referidas como barreras para establecer una efectiva y satisfactoria relación médico-paciente, ya que declaran mayores malentendidos, así como menor cumplimiento y satisfacción en las consultas médicas. De hecho, se encontró que los pacientes que pertenecen a “minorías étnicas” son a menudo más exigentes en la búsqueda de explicaciones de tipo emocional, utilizan con mayor frecuencia remedios caseros y expresan confusión al visitar al médico.

Las revisiones, sólo se centran en mostrar las diferencias entre los pacientes blancos y los pertenecientes a las llamadas minorías étnicas; sin embargo, tales contrastes no fueron analizados, por lo que más allá de enunciar que la cultura y el origen étnico pueden ser brechas en la comunicación médico-paciente, adolecen de marcos teóricos explicativos. Ello se debió a que, para evaluar la comunicación médico-paciente, se utilizaron instrumentos de observación cuantitativos, sistemas de

frecuencia y se centraron en los aspectos diferenciales: instrumental vs. afectivo.

Así, la gran mayoría de los estudios descuidaron aspectos relacionados con el contexto sociocultural de la comunicación médico-paciente, por lo que en sus conclusiones se sugiere el empleo de métodos cualitativos de registro observacional y de sistemas que puedan dar cuenta entre otros aspectos, de las diferencias culturales.

En el caso de México, los estudios con enfoques sociológicos (Hamui, 2013; Castañeda, 2006, 2015) han empezado a dar cuenta de las dificultades y obstáculos que enfrentan los profesionales de la salud en su práctica médica y por consiguiente de sus efectos adversos en la calidad de la comunicación que establecen con sus pacientes.

Estos estudios hacen considerar los intereses y valores de las instituciones públicas de salud y su influencia en la configuración de espacios y tiempos en los que paulatinamente los profesionales de la salud enfrentan, la pérdida del control sobre aspectos de su práctica médica, como la toma de decisiones clínicas, favorecer el acceso de sus pacientes a los servicios que requieren y la libertad de dedicar el tiempo adecuado a cada paciente, según sus necesidades.

En este contexto y bajo un enfoque sociológico es que se tienen que analizar las transformaciones habitadas por las instituciones públicas de salud, sobre todo fenómenos como las certificaciones gubernamentales, los elevados costos de los equipos tecnológicos, la falta de recursos en medicamentos e insumos médicos, las crecientes demandas administrativas y jurídicas, así como la implementación del expediente clínico electrónico, a fin de favorecer la reflexión sobre su impacto en la práctica médica profesional, los valores humanitarios, la salud de la población y la justicia social.

En ese sentido, habrá que reflexionar sobre la relación que establecen médico y paciente, ya que, si bien es inherente una asimetría de poder, ello no implica que se deba atentar contra los derechos generales del paciente y los principios de la primacía del bienestar, autonomía y la justicia social.

De igual forma, la reflexión debe extenderse hacia el contexto laboral en el que se lleva a cabo la práctica profesional y sus efectos directos sobre los derechos generales de los médicos.

En este capítulo se describirán situaciones que involucran el ejercicio de la profesión médica, no con el fin de generalizar la forma en que se han configurado las instituciones públicas de salud, sino para dar cuenta de las

lógicas que rigen la comunicación que establecen los médicos y pacientes. Así como reflexionar sobre las relaciones que se expresan entre los intereses de las instituciones públicas de salud, los principios que rigen la profesión médica y los retos potenciales de desarrollo.

LA AGENDA DEL MÉDICO

NORMATIVA ADMINISTRATIVA

Para su formación, el médico se desenvuelve en instituciones públicas o privadas y durante su estancia en las mismas aprenderá no sólo cuestiones teóricas o prácticas en su plan de estudios sino también el ritmo institucional, las maneras de comportarse, las normas y reglas de las mismas, por lo que el conocer cómo está compuesto el sistema de salud, su marco normativo y lógica administrativa, mostrará un panorama para comprender sus efectos sobre la relación y comunicación del médico con el paciente.

El personal de salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, en el cual el Poder Ejecutivo es la principal autoridad sanitaria en el país, seguido por el Consejo de Salubridad General (cuyas disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país) y en tercer lugar, por la Secretaría de Salud Federal. El gobierno federal realiza la planeación estratégica del sector, define prioridades, la regulación sanitaria y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Para ello, el Consejo de Salubridad General dicta la normativa y la Secretaría de Salud opera la implementación de dichas políticas en las diferentes instituciones de salud como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), instituciones de salud de los gobiernos estatales (SESA) y las instituciones de salud de la SEDENA, SEMAR y PEMEX; esta implementación va a ser acorde a los recursos de cada una de ellas (Secretaría de Salud, 2007).

Entre las tareas de la Secretaría de Salud se encuentran: determinar necesidades de salud, evaluar los logros de los programas anuales, determinar y aprobar mecanismos técnico-administrativos para coordinar, controlar y evaluar a las entidades paraestatales del sector, vigilar que la ejecución de los programas estatales estén acordes al Programa Nacional de Salud y al Programa Sectorial de Salud, así como impulsar la mejora de la normatividad en materia sanitaria, aprobar, expedir y emitir las condiciones generales de trabajo de la Secretaría que permitan un desarrollo operativo adecuado entre el personal y las autoridades federales para el mejor desempeño institucional, entre otras (Secretaría de Salud,

2007).

De acuerdo con la Ley General de Salud, el médico se convierte en un prestador de servicios de salud y los pacientes en usuarios (Secretaría de Salud, 2007). Por lo tanto, el médico está obligado a cumplir con lo establecido en las leyes, reglamentos y procedimientos que la institución ha establecido, además debe cumplir con lo dispuesto por la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; de no hacerlo puede hacerse acreedor de alguna de las sanciones administrativas como: apercibimiento privado o público, amonestación privada o pública, suspensión, destitución del puesto, sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público. Cabe mencionar que el cumplimiento de las funciones conferidas al médico como servidor público tiene como punto de referencia el crecimiento de la población que atiende así como los trámites administrativos que muchas veces lejos de ayudar a brindar una atención médica con calidad y calidez generan un punto de riesgo al que diariamente se pueden enfrentar el paciente y el médico (Ambrosio, Fabela y González, 2007).

En este espacio institucionalizado y normado, el médico debe cumplir con su responsabilidad ética inherente a su profesión y cumplir con los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, debe escuchar al paciente, comprenderlo, conocer sus expectativas y propiciar su colaboración para el mejor manejo de acuerdo con sus necesidades.

Una de las obligaciones del médico es el registro de la atención en el expediente clínico, el cual se define como el conjunto único de información y datos personales del paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea pública, social o privada, la propiedad de este documento legal es de la institución o el prestador de servicios médicos (cuando no depende de una institución), y se considera que el paciente como fuente de la información y beneficiario de la atención tiene los derechos de titularidad sobre el mismo (Secretaría de Salud, 2012b).

De acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, éste se integra obligatoriamente por:

1. Historia clínica:

- a)** Interrogatorio: ficha de identificación, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y no

patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas; exploración física.

- b)** Exploración física: como mínimo debe tener *habitus* exterior, signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
 - c)** Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinetes y otros.
 - d)** Diagnósticos o problemas clínicos.
 - e)** Pronóstico.
 - f)** Indicación terapéutica.
- 2.** Nota de evolución: debe describir la evaluación y actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, diagnósticos o problemas clínicos, pronóstico, tratamiento e indicaciones médicas.
 - 3.** Nota de interconsulta.
 - 4.** Nota de referencia/traslado.

Las notas médicas realizadas en los diferentes servicios de atención como urgencias y hospitalización así como las de los reportes realizados por el personal profesional y técnico (p. ej., enfermería y laboratorio), deben ser incluidas con características propias definidas por dicha norma. Asimismo, es obligatorio integrar al expediente clínico otros documentos como son: carta de consentimiento informado, hoja de egreso voluntario (en su caso), hoja de notificación al Ministerio Público (si fuera necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia), reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica, notas de defunción y de muerte fetal.

El expediente clínico es integrado por el personal de salud que atiende de manera directa al paciente, por lo que durante el transcurso de la consulta, el médico obligatoriamente debe tomar notas y requisitar los formatos descritos mientras interactúa con el paciente.

El acto médico se desarrolla actualmente en un contexto de exigencia de eficiencia, es decir, a cada estrategia de intervención se le asigna un valor financiero. De acuerdo con Rossi (2002:13) lo anterior es resultado de la aplicación progresiva de un modelo de organización mundial que conduce a reglamentar más estrictamente los comportamientos de los actores principales del sector de la salud con la finalidad de ahorrar recursos, resolver los retos actuales o nuevas enfermedades como las crónicas,

degenerativas, de salud mental como estrés, depresión, etc., lo cual lleva a la estandarización de las prácticas médicas para su posible medición y evaluación.

Bajo esta lógica global, las instituciones de salud en México realizan un proceso continuo de evaluación de la eficiencia del acto médico, por lo que se ejerce una vigilancia constante que asegure el apego a las normas, con el fin de detectar cualquier desviación que ocurra en el proceso de atención médica y en la terapéutica establecida con la finalidad de ser corregida de manera oportuna (Secretaría de Salud, 2007) y con ello, evitar o disminuir gastos innecesarios.

Los procesos de evaluación se llevan a cabo con base en un modelo en el cual se propone explorar la calidad de atención a través de dos rubros: la aplicación adecuada de los conocimientos alcanzados por la ciencia y tecnología de la medicina (con indicadores como efectividad, seguridad, satisfacción, costos, etc.) y el análisis del vínculo alcanzado por el profesional de salud y el paciente (interacción social, económica y cultural), lo que se denomina como calidad interpersonal; sin embargo, en el modelo el primer elemento es el más importante (Donabedian, 2005).

En este modelo, se establece que la atención médica es una combinación de actividades que integran procesos de atención para lograr uno o varios objetivos y resultados, estos procesos deben ser llevados a cabo de manera estandarizada por lo que el conjunto de leyes, normas, reglamentos, etc., garantizan que se cumplan los estándares establecidos con la finalidad de que los resultados obtenidos sean los óptimos para la población a la que van dirigidos con el mayor beneficio posible y el menor riesgo, asimismo facilitan su evaluación.

Para poder realizar una evaluación de manera cuantitativa se construyen indicadores de cada componente del proceso de atención, de tal manera que se puede realizar una comparación con lo realizado por un servicio o por el personal de salud en un momento determinado.

A partir de 1989 en el país existe un cuadro básico de indicadores destinados a evaluar los servicios de salud. Al día de hoy son 57 de acuerdo con las siguientes dimensiones: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad, técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación (Secretaría de Salud, 2014).

Dentro del rubro de eficiencia, por ejemplo, se encuentra un indicador relacionado con la atención médica, el cual es el “promedio diario de

consultas generales por médico general o familiar en contacto con el paciente”. Este indicador determina la productividad del médico, tomando como base el promedio diario de consultas que otorgan los médicos generales y familiares, considerando 252 días hábiles al año. La productividad se mide a partir de un valor estándar de 12 a 24 consultas diarias/médico (Secretaría de Salud, 2014). Esta cifra es un estándar definido que sirve de referencia para que las instituciones de salud como SESA (Servicios Estatales de Salud), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), lo implementen de acuerdo con su infraestructura y personal.

Un ejemplo de lo anterior es que en el IMSS se definió el indicador “promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico”, el cual debe ser mayor o igual a cuatro, lo que se traduce en que el médico especialista en Medicina Familiar tiene en promedio 15 minutos para atender a cada paciente. Sin embargo, cabe mencionar que este indicador puede ser modificado de acuerdo con la productividad y el logro de las metas anuales de cada institución de salud.

Un elemento relevante a incluir en el análisis para determinar el tiempo de consulta, es el tiempo total de una jornada médica, que en el caso del IMSS es de seis horas. En este tiempo y con un promedio aproximado de 15 minutos por consulta, los médicos pueden alcanzar la meta de 24 pacientes; sin embargo, los médicos familiares podrían llegar a atender hasta 33 pacientes.

Lo anterior lleva a reflexionar si la lógica económica-administrativa que impera detrás del concepto de eficiencia, el hacer lo máximo posible con lo mínimo disponible, tiene entre otras cosas un efecto positivo directo sobre la relación que el médico pueda establecer con el paciente en el momento de la consulta. La determinación de tiempos específicos para la consulta ¿le facilita al médico la aproximación con el paciente de una manera ética y profesional?, ¿el tiempo estandarizado es suficiente para que el médico pueda realizar las actividades necesarias para brindar una adecuada atención, lo que implica establecer una buena comunicación con el paciente y cumplir con sus deberes éticos y profesionales?, ¿es el tiempo adecuado para que el paciente pueda expresar sus necesidades, incertidumbre sobre su enfermedad y expectativas de la atención?, ¿la estandarización de tiempos es una herramienta que contribuye a la relación médico-paciente, por el contrario es un elemento que la obstaculiza?

Durante la consulta, el médico debe interrogar al paciente, conocer el motivo que lo lleva a solicitar la atención, conocer sus expectativas de la atención, escucharlo y explorarlo con la finalidad de establecer un diagnóstico probable, establecer un plan de manejo y un tratamiento. Dentro de la institución, además de realizar las tareas propias de su profesión, el médico debe cumplir con los trámites administrativos del proceso de atención, como requisitar la hoja diaria de atención, el formato de la historia clínica o nota médica subsecuente (que puede ser de manera electrónica o en papel), hoja de referencia-contrarreferencia, formatos de solicitud de laboratorio o de gabinete, recetas (pueden ser más de cinco). Dependiendo de la especialidad, el número de formatos a requisitar será variable. Por último, debe integrar el expediente clínico de acuerdo con la normativa vigente.

Llama la atención que en el tiempo programado para la consulta no se visibiliza el destinado para las actividades administrativas, por lo cual el médico es el que determina cuánto de su tiempo destina para ello. Esto ha traído como consecuencia (de acuerdo con lo referido por los mismos médicos) que la consulta se inicie de manera rápida, centrándose en el padecimiento actual con un interrogatorio definido *a priori* que pretende resolver la problemática en el momento, donde los trámites administrativos juegan un papel central durante la interacción con el paciente, ya que un retraso en éstos puede ser motivo de quejas y sanciones, conflictos en el proceso de atención y también con los pacientes que esperan se les atienda a la hora programada.

El proceso administrativo también norma el tránsito del paciente dentro de la institución, el objetivo es que su paso por los diferentes servicios sea el mismo en todos los casos, lo que posibilita su evaluación cuantitativa, para ello se establecen protocolos dirigidos al personal médico, paramédico y administrativo que indican cómo atender al paciente y hacia dónde dirigirlo de acuerdo con la problemática que presenta. De esta manera, el paciente transita de una manera organizada por la institución a través de los servicios de archivo clínico, trabajo social, enfermería, consulta externa, laboratorio, radiología y farmacia; el paso por cada uno de éstos tiene un tiempo y orden determinados, por lo que, en este itinerario la lógica administrativa y la dirección de eficiencia también se expresan. Una vez dentro de la institución el paciente asume las reglas que cada institución determina y por lo tanto, permite que sea ésta la que defina su propia agenda, la cual puede estar o no relacionada con sus

propias expectativas y necesidades de salud.

Esta estandarización de procedimientos influye en el modo en el que se desarrolla la consulta médica y el encuentro con el paciente: al homogeneizar el tipo de atención se despersonaliza la atención y automatiza el encuentro, por lo tanto, lograr una buena comunicación pierde relevancia mientras que el trámite administrativo (burocratización) toma un papel central en la atención.

Se ha demostrado que estos itinerarios burocráticos significan una barrera para el acceso más que una atención efectiva para el paciente, y lo exponen a mayor sufrimiento y dan campo de oportunidad para que otros prestadores de servicios (p. ej., privados, aseguradoras) actúen en la resolución de la demanda de atención del paciente o que éste recurra a otras posibilidades de solución como quejas o demandas contra médicos (Abadía, 2009).

La implementación de estas directivas (administración, burocratización, eficiencia) así como de nuevas tecnologías, suceden de manera acelerada, sin dar tiempo al personal médico de reflexionar sobre las mismas y conocer sus objetivos, también ocasiona una modificación de prácticas, la autonomía del médico se restringe, la tecnología se convierte en un nuevo elemento entre el médico y el paciente. Desde esta nueva lógica es prioridad responder a las nuevas exigencias que el modelo supone y en contraparte, el sentido ético corre el riesgo de ser abandonado (Rossi, 2002, 2005).

Como se ha descrito, la lógica de la eficiencia en las instituciones públicas, ha fomentado un proceso de gerencia administrativa, que, al pretender optimizar los recursos para lograr una atención de calidad, en la práctica ha representado la burocratización del itinerario del paciente y dificultado el encuentro del médico con el paciente. Así es posible señalar la existencia de una tercera agenda (además de la agenda del médico y del paciente), cuya lógica administrativa es predominante en los procesos de atención médica.

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En la actualidad, la presencia de nuevas tecnologías encaminadas a la estandarización de tiempos y de gastos han cobrado importancia, tal es el caso del uso de los dispositivos portátiles, la implementación de los sistemas de información hospitalaria, el expediente electrónico y la telemedicina como una herramienta que permite la comunicación entre médicos que se ubican en zonas geográficas lejanas para interconsultas. Todo esto representa la mejora de los servicios otorgados (Tena, 2007).

En el ámbito médico la implementación del expediente clínico electrónico en las instituciones públicas de salud, se ha planteado como una herramienta preventiva que permite la mejora en los registros clínicos de los pacientes, lo que la convierte en una estrategia fundamental para la evaluación de los procesos de atención y, por lo tanto, para evitar o corregir los posibles errores que se presenten. Ello tiene como principal objetivo mejorar los servicios médicos y propiciar el ahorro de recursos (Vázquez *et al.*, 2011).*

PIE DE PAGINA

*Se proyectó que en EUA sería posible el ahorro de 77.8 mil millones de dólares si se estableciera un sistema integral de software médico universal. Este ahorro en México sería considerable y derivaría de la reducción de la burocracia, optimización de recursos, prevención de enfermedades, estandarización, etc.

El expediente clínico electrónico exige la adopción de un lenguaje estandarizado: médico, clínico y de comunicaciones. Para ello, están definidos diferentes estándares como la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms*) que abarca además de enfermedades procedimientos y otros aspectos clínicos y médicos, HL7 (*Health Level Seven International*) orientado al formato de los datos e intercambio de información, DICOM (*Digital Imaging and Communication in Medicine*) para el manejo, almacenamiento, impresión y transmisión de imágenes médicas, criptografía (relacionada con el cifrado de información con fines de seguridad y confidencialidad) (Vázquez *et al.*, 2011).

Entre las ventajas del uso de estas herramientas se destacan: la disponibilidad de información actualizada, acceso de los pacientes a los profesionales, acercamiento entre médico y paciente, el favorecer el seguimiento y la adherencia terapéutica, interconsultas inmediatas a especialistas, asimismo, se cree que la tecnología por sí misma puede mejorar las relaciones humanas (Tena, 2007; Rossi, 2005).

Entre los argumentos a favor del expediente clínico electrónico se encuentran: precisión en diagnósticos médicos, acceso inmediato a la información (ahorro de tiempo por el personal de salud), disminución de los errores médicos, de diagnósticos equivocados o tratamientos innecesarios (lo que implica una reducción de costos para la institución de salud); interconsulta inmediata con especialistas o subespecialistas nacionales o internacionales (disminución de los tiempos de espera), análisis y discusión de casos clínicos por equipos interdisciplinarios, expediente electrónico único por paciente y acceso inmediato por diferentes servicios o instituciones (portabilidad), garantizar la seguridad del paciente respecto al tratamiento y evaluación de seguimiento al incluir sistemas de evaluación con base en los estándares clínicos, buenas prácticas clínicas o guías clínicas (disminución de la probabilidad de la mala praxis médica), entre otras (Secretaría de Salud, 2011).

Otro objetivo del expediente electrónico, es proporcionar información útil para realizar investigaciones (perfil sociodemográfico de los pacientes, padecimientos más frecuentes, respuesta a tratamiento, etc.), lo que puede favorecer para establecer estrategias de planeación y gestión de recursos necesarios, para evitar desabasto o gastos innecesarios. De esta manera, la información contenida en el mismo puede servir para determinar políticas de salud, priorizar gastos o problemas de salud poblacional, etc., por lo tanto se integra un sistema, donde la medicina no puede ser considerada separada de la economía y de la tecnología, lo que se traduce en una política cuyo objetivo es el control de la enfermedad, de sus consecuencias, pero también de sus costos a nivel poblacional (Rossi, 2005).

Uno de los argumentos principales que defiende el expediente electrónico, es que constituye una herramienta fundamental para lograr la calidad de los servicios de salud y que se asegure el cumplimiento de los objetivos trazados por la Secretaría de Salud y con las recomendaciones establecidas por la OMS (Salgado Ledesma, 2012; Secretaría de Salud, 2012c); por lo tanto, constituye un elemento esencial para la evaluación

continúa del proceso de atención médica.

Sin embargo, la marcha de tecnología dentro de los sistemas de salud y, en específico, en el consultorio médico para el registro de la atención implica diferentes retos y problemáticas para el personal involucrado, como a continuación se menciona.

RETOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Si bien la Secretaría de Salud ha definido los requisitos con los que deben contar los SIRES (Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud) y cumplir con la normatividad en salud, en la actualidad no existe una forma estándar de diseñar un expediente clínico electrónico, lo que da como resultado que cada institución implemente su propio diseño de captura de información. Asimismo, esta variabilidad se puede manifestar dentro de cada una de las instituciones de salud, ya que puede haber diferencias entre el primer y segundo nivel de atención, lo cual obstaculiza la portabilidad, así como la conformación de un expediente único.

Las instituciones deben contar con los recursos suficientes para que pueda ser operable, como son, equipos de cómputo en los tres niveles de atención, internet disponible, personal capacitado en el uso de las tecnologías de la información y comunicación, entre otros. Por lo tanto, la ejecución del expediente clínico electrónico en el presente contexto, se puede llevar a cabo en una situación institucional diversa, ya que cada una de las instituciones públicas de salud cuenta con características propias, como el autofinanciamiento, la población a la que atiende, el tipo de personal que labora y su propia organización interna.

En su implementación se han presentado obstáculos como son: equipos de cómputo obsoletos o ausencia de los mismos, saturación de la red local de la unidad, confusión en el momento de utilizar el *software*, roles indefinidos (no hay un responsable o bien, varios usuarios cumplen la misma función), y un problema principal es el poco presupuesto destinado a la mejora.

El expediente clínico electrónico facilita la evaluación del número de pacientes que puede ser atendido en un determinado tiempo, de acuerdo con indicadores de productividad y metas a alcanzar por cada institución, esto lleva a la posibilidad de proyectar el tiempo mínimo en el que se puede brindar una consulta, pero subestimando las actividades que realiza

el médico. Estos tiempos por lo general son iguales para cada caso, excepto si se trata de atención de primera vez o subsecuente, esto sin tomar en cuenta las necesidades del paciente o del médico para cada caso.

El cálculo y proyección de cuántos pacientes se pueden atender por jornada (como es el caso de los indicadores), puede subestimar el tiempo destinado a la consulta, ya que no se consideran los aspectos individuales de cada una y se prioriza la productividad por médico, incrementándose la exigencia de lograr un número determinado sin tomar en cuenta el aspecto ético y profesional de una atención médica. Como menciona Rossi (2002:18), el uso de la tecnología se convierte en una herramienta que prioriza lo cuantitativo (medir y evaluar los actos realizados) sobre lo cualitativo (las competencias de los individuos, las relaciones humanas, la proximidad y la duración que permiten conocer la complejidad de los pacientes, entre otros).

Un ejemplo de lo anterior, es lo que ocurrió en España, donde los indicadores favorecieron estimar que en el primer nivel de atención se podía brindar una consulta médica en un promedio de 6 minutos (De Tena, 2014). Es de interés reflexionar si en este tiempo (calculado de manera automatizada) es posible: interrogar, explorar, analizar la información del paciente para poder integrar un diagnóstico y un plan de manejo; así como establecer una relación que permita una comprensión mutua, el diálogo y el acompañamiento, el brindar al paciente soporte para la comprensión de lo que le está ocurriendo para disminuir el estrés que la enfermedad le ocasiona.

Por otro lado, se argumenta que el expediente clínico electrónico brinda flexibilidad para que pueda adaptarse la información que debe ser registrada de acuerdo con el tipo de paciente, es decir, podrá variar si se trata de una mujer en edad fértil, embarazada, un recién nacido, un adulto mayor, etc., de tal manera que permita que todos los aspectos que considere el médico para otorgar una atención integral puedan ser registrados con el fin de que la información sea útil en el momento de la valoración del paciente y accesible para una fácil revisión de los usuarios.

Sin embargo, en la implementación del expediente clínico electrónico, se han observado dificultades en el registro de los datos del paciente, así como en la manera en que está organizada la información. En algunos casos, los campos de captura ya están definidos y sólo permiten la captura de cierta información (numérica) o bien tienen un campo limitado de caracteres, lo cual restringe la libertad de preguntar o ahondar en

situaciones que sean de interés, el describir a detalle la información que le proporciona el paciente para la mejor comprensión del mismo y por lo tanto, para indicar una terapéutica integral, tampoco permite individualizar la captura de información de acuerdo con el grupo de edad del paciente ya que es el mismo formato en todos los casos.

La presencia de candados en la captura de la información, puede dificultar incluir nueva información a una nota anterior o bien la corrección de datos, de esta manera, información relevante para el manejo del paciente, obtenida en entrevistas posteriores, tiene el riesgo de no ser registrada (Treasure, 2011).

Esto aunado a que quien utiliza el sistema no ha sido capacitado para su uso, por lo que, dentro de la dinámica de premura que impera en la consulta, puede cometer errores en la captura de información o bien, realizar un registro incompleto, lo cual tiene como consecuencia datos poco confiables, incompletos o ausentes. Por lo tanto, puede ocurrir que la información contenida en el expediente clínico no sea de utilidad para la comprensión del médico hacia el paciente o imposibilitar la construcción de un verdadero encuentro entre ambos.

Se ha analizado el desarrollo de los registros médicos electrónicos en cuanto a la posibilidad de captura de narrativas, lo cual depende de si los registros permiten o no capturar comentarios estructurados o textos libres. Esto es importante ya que a través de las narrativas se genera empatía y comprensión con el otro, esto afecta la comunicación cuando el médico no puede comprender a la persona que le solicita atención, no conoce sus preocupaciones, creencias o expectativas ni tampoco el cómo su enfermedad lo afecta de manera psicológica y sociocultural, y por lo tanto, al desconocer al otro tampoco puede construir una relación que posibilite la confianza o empatía, que disminuya la ansiedad y que conlleve a la aceptación del acompañamiento en la búsqueda de dar solución a un problema de salud. En un verdadero encuentro médico-paciente, la interacción comprende narrativas, que contienen mayor información sobre el paciente que datos aislados o palabras estandarizadas, por lo que los registros electrónicos deberían tener la posibilidad de su captura (Walsh, 2004).

Algunas de las características que debe tener un expediente clínico electrónico son que sea claro, seguro, completo, oportuno y que transmita la narrativa del padecimiento a través del tiempo. Sin embargo, en su ejecución se han encontrado dificultades como que la interfaz no refleja

fechas de las causas de atención, no muestra la clave CIE completa, por lo que los diagnósticos se modifican de manera radical, los catálogos para el registro de ciertos apartados no se encuentran disponibles, existen rubros que pueden ser interpretados de diferente manera o bien muestran abreviaturas que no se pueden interpretar (Treasure, 2011).

La organización integral del expediente en algunos casos resulta no ser amigable cuando se quiere acceder a la información registrada, por lo que hay que abrir varias ventanas, seleccionar dos veces o más de un botón, etc. Se ha observado que, en el momento de realizar un tipo de expediente electrónico para el diseño de la interfaz no se consulta a los usuarios potenciales (personal de medicina, enfermería, trabajo social, etc.) por lo que para su operación éstos deben adaptarse y aprender su manejo a la vez que están en el proceso de la consulta, lo que ocasiona que la atención se centre en el equipo electrónico y no en el paciente.

Como menciona Rossi (2012:18), las tecnologías introducidas para la atención del paciente pueden llevar a una fragmentación de los actos realizados durante el proceso de atención. Esta fragmentación es necesaria para medir lo realizado por el personal de enfermería, medicina, trabajo social, de laboratorio, etc., lo cual dificulta el trabajo en equipo entre el personal de salud en pro de la salud del paciente. De esta manera, el sistema tecnológico es el único que los integrará y legitimará como un producto medible, definido por un modelo de eficiencia. La tecnología que administra eficiencia se convierte en el autor, mientras que el profesional en el actor, quien opera como técnico y lo refleja, la atención brindada no dependerá de la relación establecida con el paciente sino de los resultados obtenidos.

En el contexto descrito en los apartados anteriores, la preocupación del médico en el momento de la consulta no sería el paciente sino que estaría enfocada al tipo de información (biomédica exclusivamente) que éste le puede aportar y que le sea de utilidad para cuando sea evaluado, y que además le permita cumplir con las obligaciones contraídas con la institución así como con el cumplimiento de los protocolos de atención estandarizados lidiando con las deficiencias de los recursos materiales y humanos disponibles (cuya información en el momento de la atención no es registrada en el expediente clínico electrónico). El médico pareciera estar más al pendiente de lo que el expediente le indica preguntar y capturar que en escuchar al paciente y comprenderlo en sus tres dimensiones (biomédica, emocional y sociocultural).

De esta manera, existen riesgos en la implementación del expediente clínico electrónico, que han sido expuestos en este apartado y que pueden afectar la comunicación médico-paciente; el más relevante es que, al contrario de lo que se espera, se pierda la interacción humana en el proceso de la atención bajo una lógica administrativa y de eficiencia, lo cual se reflejaría en un proceso de comunicación limitado, donde no existiera espacio para la comprensión mutua y un diálogo entre ambos actores para lograr consensos. Sin embargo, en la actualidad el uso de nuevas tecnologías en salud es indispensable, por lo que es necesario plantear un uso alternativo de las mismas con la finalidad de que sean herramientas que faciliten el encuentro del médico y el paciente, y coadyuven en la mejora del proceso de comunicación que establecen ambos.

CONDICIONES ESPACIO-TEMPORALES DE LA CONSULTA MÉDICA

LAS DIFICULTADES DEL TIEMPO EN LA CONSULTA MÉDICA

En la literatura académica ha sido ampliamente documentado el hecho de que el médico atiende a un número superior de pacientes de los que debería atender. Este impedimento genera poco tiempo dedicado al enfermo, lo cual imposibilita al médico realizar una entrevista clínica completa y, por tanto, establecer una buena comunicación médico-paciente. En tales condiciones ¿qué representa para el prestador de servicios escuchar a los pacientes cuando el tiempo es limitado?

El mejoramiento de la reducción de los tiempos en la atención médica, depende entre otras cosas de la organización de cada institución de salud. Por ejemplo, en el ISSSTE, se tiene el objetivo de impulsar la eficiencia del servicio de consulta externa y consulta de especialidades. La eficiencia está determinada por acatar el parámetro institucional, el médico familiar debe cumplir con 4 consultas en una hora, el médico especialista 3 por hora y en psicología, psiquiatría, geriatría, gerontología, clínica de diabetes, rehabilitación y odontología especializada tienen que otorgar 2 consultas por hora (ISSSTE, Dirección de Finanzas, 2012).

Sin embargo, optimizar los tiempos para la consulta médica nunca resulta una tarea fácil, por el contrario, suele ser compleja con la demanda e incremento de la atención, pero también con la falta de personal médico para otorgar asistencia a los pacientes. Así, ante el gran número de “usuarios” atendidos, se rompe la continuidad del cuidado, la atención es interrumpida y se pierde la oportunidad de estar al pendiente del enfermo.

Bajo la lógica de la eficiencia, el cálculo por indicadores es el que determina el promedio de consultas otorgadas por médico, esto con relación al número de horas laboradas y por distintos tiempos (días, semana, mes). De esta manera, el tiempo es cuantificado a cada consulta médica, en la que los médicos deben tener un rendimiento promedio.

Cuando el servicio precisa ser eficiente para los gestores y planificadores, la eficiencia es una medida relacionada a la producción de tiempo y costo —*cuanto más produzco en menos tiempo y a menor precio más eficiente soy*—. Pero ¿produzco más de qué?, y ¿produzco para qué?

(Onocko, 2008).

Las restricciones institucionales sobre la duración del tiempo en la consulta médica disminuyen la calidad de la atención y afectan la satisfacción tanto del paciente como del médico. El dilema está situado en darle mayor valor a la eficiencia institucional *versus* la relevancia del encuentro clínico (Hamui, 2013).

La atención está conferida más al cumplimiento estandarizado de consultas y no así a la evidencia científica o justificación médica que valide el tiempo adecuado para cada paciente, según su tipo de enfermedad, complicación y abordaje clínico ni tampoco a un mejor desempeño profesional o ético.

Esto lleva a plantear que las “prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas” anunciadas en la Ley General de Salud (última reforma DOF 12-11-2015), son aún limitadas en estos términos. Y aunque las intenciones por reformar, cambiar y avanzar son consistentes, no son suficientes en la realidad cotidiana de los servicios médicos.

Los procedimientos administrativos distraen el tiempo de la atención directa y de calidad hacia el enfermo y se minimiza la toma de decisiones consensuada entre médico y paciente (Arrubarrena, 2011; Infante, 2013; Hamui, 2013).

La premura del tiempo protocolizado, obliga a reflexionar ¿En qué momento el tiempo del paciente ya no es de él sino del médico, y el tiempo de éste es en realidad el de la institución? En el caso del paciente puede sentir ansiedad durante la consulta médica, estar apresurado porque el tiempo cuenta y pronto se le acabará para expresar el sufrimiento de su padecer. En cambio el médico puede sentirse presionado, angustiado, enojado o desesperado porque faltan más pacientes que atender, por lo tanto, pide al paciente concretizar verbalmente sobre su enfermedad. Concluir la consulta no dependerá del paciente, pero tampoco del médico ya que él debe responder a lo que la institución le estipula.

En un terreno adverso y donde están presentes los aspectos administrativos, permean las limitaciones para no escuchar al paciente, no se genera una verdadera comunicación interpersonal porque el diálogo parece imposible, suele haber una subordinación permanente y no hay cabida para conocer la diversidad sociocultural o emocional del enfermo. Al interior del consultorio no se abre paso a las narraciones del padecer, a las trayectorias biográficas, a las historias de vida, no se genera esa riqueza comunicacional entre médico-paciente porque no hay suficiente tiempo.

Las circunstancias en que el tiempo determina la dinámica de la interacción y de la comunicación médico-paciente responderán a una relación situacional, dependerá del paciente, del médico y de la institución. En el caso del profesional de la salud, si existiera tiempo disponible en la consulta médica ¿estaría dispuesto a entrevistar de otra manera, dialogar, permitir el consenso con el paciente?, ¿qué cambiaría al momento de realizar la historia clínica?, ¿qué estaría decidido a mejorar?

Respondiendo a estas preguntas, estaría en posibilidad de generar nuevas formas de pensamiento para el conocimiento y la práctica médica, porque la *praxis* es una actividad consciente, pero cuando ahondamos en el terreno de la eficiencia, cuando ya no se pregunta para qué, se pierde de vista el sentido del trabajo (Onocko, 2008).

DIMENSIÓN ESPACIO-TEMPORAL EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD

La vida cotidiana transcurre en un lugar, en el cual se interactúa y posiciona en relación a otras personas que están ubicadas en el mismo sitio, ahí se llevan a cabo acciones que están transversalmente afianzadas por el tiempo.

La atención médica no se da en cualquier espacio, propiamente es institucional (público o privado), el cual proviene del dominio médico, ahí tuvo su origen y a él pertenece. En ese espacio se impulsa y dispone de mecanismos para regular el comportamiento del profesional y del paciente durante el encuentro clínico.

El dispositivo institucional es el encargado de agrupar, unificar, conducir o reglamentar. Una manera de mostrarlo es la forma de organizar los espacios. Foucault ocupa el término “espacialización”, el cual es un “espacio social cuya génesis, estructura y leyes son de naturaleza diferente” (2001:34). Con el dispositivo se impone y dicta una forma precisa de ordenar las cosas, en este caso, el espacio puede ser un hospital o un consultorio, ahí la especificación es la “espacialización institucional de la enfermedad”. “El espacio en el cual la enfermedad se aísla y consume, es un espacio absolutamente homogéneo en el cual no se autoriza ninguna intervención más que la mirada médica” (*Ibídem*: 40).

La emergencia del espacio terapéutico, se desarrolla de una distribución del espacio administrativo y político (Giddens, 1998), ello significa que el espacio clínico se crea y diseña bajo una lógica definida, tiene un motivo

de ser. Por lo general son espacios cerrados, delimitados, estrechos, restringidos y contiguos donde la terapéutica tiene lugar. La fijación de espacios forma parte del carácter arquitectónico de hospitales y consultorios, ahí se observa la división de habitaciones, salas de espera, quirófanos, cubículos, entre otros.

Las divisiones espaciales de este tipo, facilitan la especificación de rutina y la asignación de tareas, en este sentido, las formas de interacción pueden ser heterogéneas o difusas durante los encuentros al interior de la institución y por tanto presentan un vivo contraste de la vida social (*Ibídem*).

Cuando el espacio clínico está instituido, el médico integra a su ejercicio profesional ese orden que ya es legítimo. El encuentro entre el médico y el paciente en ese contexto constituye un espacio social normado por un aglomerado de reglas que limitan y no fortalecen la práctica médica humana.

Cuando los médicos habitan el espacio clínico, al sentirse identificados en él, les resulta cómodo instalarse. En lo que respecta a un consultorio, la ubicación del equipo, del escritorio, mesa de exploración, banco de pie, biombo, lámparas, archivero y sillas donde se sentarán el paciente y su posible acompañante, ya están acomodados y uniformados espacialmente para no permitir la interacción con el enfermo, pues el médico ha aprendido que debe estar al margen de él y tratar sólo la enfermedad.

En cambio, para el paciente, acudir a ese espacio, representa el traslado de su hogar a uno ajeno que no le es familiar, por lo general le es extraño y poco amigable, por lo tanto, se aproxima a un lugar desconocido y de incertidumbre donde inclusive puede asistir forzado sólo por un problema de salud. Sin enfermedad, el paciente no tendría ninguna intención de visitar ese lugar.

Sobre la medición del tiempo en el espacio institucional, puede observarse la obstinación rigurosa de lo cuantificable en los hospitales, salas, consultorios y laboratorios, como es la administración de medicamentos, la programación de los turnos, del personal, de cirugías y los exámenes médicos (Zerubavel, 1979). En este sentido, la temporalidad en el ámbito clínico representa que los minutos, horas, días, semanas o meses durante las rutinas del servicio médico se conviertan en patrones regulares alrededor de la enfermedad y la terapéutica.

El control metódico del tiempo, deviene de métodos disciplinarios, los cuales reflejan una comprensión particular del tiempo. Dicho control es

característico de la burocracia en general (Giddens, 1998); por lo que en las instituciones de salud intrínsecamente esto ocurre. Cuando el tiempo uniforma el quehacer médico –medir la hipertensión arterial, peso, talla, pulso–, el dispositivo direcciona la práctica cuantitativa e inhibe lo cualitativo, por lo que el contacto personal, relacional y de comunicación con el paciente dejará de tener relevancia.

En el espacio clínico, el tiempo ordena, precisa y administra con cierto dominio las actividades del día, lo cual repercute en la relación y la comunicación médico-paciente. En este sentido, si los administradores o las autoridades de las instituciones operan la organización de manera incesante y precisa, habrá implicaciones en la atención médica. Por ejemplo, el tiempo de espera para recibir consulta puede constituir una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional. Diversos estudios cuantitativos abordan este tiempo de espera como un indicador de satisfacción para el paciente (Maldonado *et al.*, 2001).

Independiente de los relojes cronológicos, el tiempo también es subjetivo. El tiempo fuera y dentro de la consulta médica es subjetivamente diferente. Una manera especial en que los familiares del paciente experimentan ese tiempo subjetivo se da en las salas de espera de los hospitales, ahí se vive una constante incertidumbre por recibir buenas o malas noticias en torno a la enfermedad. Los médicos juegan un papel importante por la manera como comunican esa información y por el tacto que deben tener para hablar con los familiares. La espera para ellos es mayor e interminable cuando asumen no dejar ningún instante al paciente, lo cual origina algunas veces, dormir en el piso de las salas de espera, en la calle o en albergues.

En las salas de consulta externa, el tiempo transcurre de distinta manera, no existe tanta tensión en torno de la enfermedad sino más bien sobre los momentos que transitan antes de ser atendidos por el médico, ante esto suelen llevarse a cabo distintas estrategias para aminorar ese tiempo. Por ejemplo, ahí se socializa con otras personas que también acuden por un padecer, intercambian información sobre recursos terapéuticos alternativos, se quejan de la espera de tiempo o del mal comportamiento y trato de los médicos, es decir, comparten un desagrado colectivo.

El tiempo del médico también es potencialmente subjetivo, pero a diferencia del paciente, está más condicionado por el aparato burocrático (control efectivo de su actividad) que por su propia experiencia personal. Pues, aunque su calidad de persona es importante, influye más la presión

institucional, por tanto, su subjetividad es suprimida.

Pacientes y médicos están sometidos a un tiempo numérico, pero no así a un tiempo humano, su percepción del tiempo no se considera para mejorar la atención médica. Así, ambos entran en tensión y sus susceptibilidades brotan al momento del encuentro clínico, la intolerancia del médico después de una larga jornada de trabajo impedirá una adecuada comunicación con su paciente, en sentido opuesto el paciente no tendrá motivos para compartir parte de su vida si está cansado o fastidiado de esperar para ser atendido.

Para Anthony Giddens (1998), la dimensión espacio-temporal es una de las actividades cotidianas, donde puede haber encuentros que se producen en su interior. Dicha dimensión es inseparable porque los itinerarios son fundamentales para la movilización de un espacio. Esto significa que lo espacio-temporal es singular a la experiencia humana, pero bajo un orden social.

Eviatar Zerubavel (1979), ilustra que un hospital es una organización formal, donde su complejidad hace de la coordinación temporal un requerimiento necesario; la vida social es regulada y estructurada de acuerdo con el sistema socio-temporal, por lo tanto, eso repercute en el comportamiento humano.

En la vorágine de la estructura institucional, se siguen protocolos incuestionables, la regularidad se ve reflejada cuando el médico los asume, él suele anularse y al mismo tiempo anular al paciente. La institución estandariza las acciones que debe efectuar el médico al momento de otorgar una consulta médica: atiende un número prominente de pacientes, les dedica poco tiempo, los somete a un espacio concreto, llena múltiples formatos de orden biomédico y cumple con los indicadores que señala la institución.

Los servicios de salud son regulados de manera diferente, en el primer nivel de atención los pacientes transitan de manera momentánea para recibir atención médica; en cambio, en el segundo y tercer nivel de atención el área de urgencias y hospitalización determinará un trayecto más prolongado. En todos los casos, las reglas de espacialización y temporalidad se ajustan a un control, los encuentros entre enfermos y profesionales de la salud se tornarán, álgidos, tensos e inflexibles cuando la restricción del tiempo y la distribución del espacio sea limitada y alineada, por tanto esto afectará las interacciones entre médico-paciente.

Las instituciones aparentemente operan de manera única, pero en

realidad sus formas internas son distintas, el servicio es diferenciado. Y aunque los médicos pueden asumir estar limitados en la institución en la que trabajan, valdría la pena exigir mejoras al ambiente laboral y cuestionarse ¿estoy consciente de que la institución me automatiza a trabajar?, ¿en qué condiciones de trabajo estoy (jornadas)?, ¿en qué se diferencia la organización operativa de mi institución con respecto a otras?, ¿qué reproduzco en mi práctica diaria?, ¿esto qué representa para mí, debo ser el único en afrontar la responsabilidad del cuidado del paciente?, ¿debe ser la institución la que también respalde mi quehacer profesional para tener condiciones propicias y atreverme a abordar la complejidad del enfermo?

El dispositivo institucional ajusta el espacio y el tiempo mediante una forma sutil. Durante la consulta médica, lo socio-temporal está sujeto a un sistema complejo que es difícil ver o ser consciente de él. En este sentido, autoridades, administradores y directores de las instituciones públicas en salud deberían reflexionar sobre las repercusiones que esto puede ocasionar para la relación y la comunicación médico-paciente.

IMPLICACIONES DEL ESPACIO Y DEL TIEMPO EN EL ENCUENTRO CLÍNICO

El aspecto espacio-temporal tiene una implicación directa sobre la pertinencia de la comunicación médico-paciente, de esta manera la inflexibilidad institucional que normatiza los tiempos destinados en la consulta, ocasiona que se pierda la oportunidad de realizar un abordaje clínico más íntimo y cercano al paciente.

La actitud impersonal prevalece en la vida moderna, es un mal mundial que tiene un gran costo en la forma de interactuar, moverse y dialogar entre las personas. El sufrimiento de la enfermedad es una esfera susceptible por comprender, por lo que resulta complicado abordarla de manera superficial y bajo la premura de condiciones externas.

Cuando se trabaja con presión institucional, puede desencadenarse un menor interés por el aspecto psicosocial del enfermo, pero a su vez el médico puede sentirse frustrado. Una consecuencia evidente de esta particularidad es el llamado *burnout*, el cual es definido por Maslach y Jackson como un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal. Esto se produce cuando hay un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo cotidiano, lo que le ocasiona daños en su vida, así como repercusiones en la atención médica (Capilla, 2000).

La despersonalización en la clínica, implica una disminución del interés y preocupación hacia los pacientes, una causa de esto puede ser esa carga institucional sobre el médico. Lo cual conduce al distanciamiento, con una conducta indiferente e insensible, llegando a la deshumanización y tratando al paciente como un objeto corpóreo (Perel, 2000), al que sólo hay que explorar físicamente para recetarle medicamento. Hoy en día la medicina necesita replantear el modelo humanista hacia la noción de persona.

Ante la ausencia de una genuina relación médico-paciente, es posible que el médico pueda diagnosticar la enfermedad, pero jamás conocerá la manera en cómo la persona vive su problema. El punto de partida debe ser la doctrina del personalismo, la cual “sostiene el valor superior de la persona frente al individuo, a la cosa, a lo impersonal”. El personalismo médico propone conocer, entender y manejar en la práctica terapéutica al paciente, no como cuerpo u organismo biológico sino como persona

(Martínez, 2010). Ello exhorta a que el médico mire al enfermo bajo otro enfoque que no es propiamente el biológico sino también el biográfico (emociones e identitario) y el sociocultural.

Estos aspectos deben ser considerados porque el paciente sabe demasiado de sí mismo, se conoce y reconoce de manera única e identifica sensaciones corporales o crea mapas mentales y simbólicos acerca de su enfermedad. Si el médico tuviera disposición de escuchar al enfermo y conocer estas dimensiones escasamente exploradas en la consulta médica, podría sorprenderse del valor que esta información tiene para la complementación de la clínica.

El médico que tenga la intención de mejorar su práctica debe tener una actitud propositiva y cuestionadora que le permita reflexionar sobre lo establecido y aprendido en la escuela y el trabajo, todo ello en función de comprender a los pacientes con un enfoque más complejo, lo cual quizás le generará refutar sus motivos profesionales y personales.

GUÍA DE ANÁLISIS PARA LA REFLEXIÓN DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

DISEÑO DE LA GUÍA

Con el objetivo de diseñar estrategias para la enseñanza de la comunicación médico-paciente, el equipo interdisciplinar de profesionales (médicos familiares, sociólogos y antropólogos) que participó en el proyecto titulado “enseñanza de la comunicación médico-paciente” (PAPIME: PE203515), llevó a cabo diferentes sesiones de tipo académico donde se discutió la posibilidad de crear material didáctico que permitiera lograr este cometido.

La intención inicial del debate estaba centrada en diseñar herramientas didácticas que ayudaran a reconocer la importancia de la comunicación médico-paciente en la consulta médica. Entonces, se planteó construir una guía de análisis que diera cuenta de las prácticas médicas habituales durante la consulta. El propósito de esa guía estaría enfocado en describir y analizar el *habitus* del médico en relación con el paciente con la finalidad de generar una crítica reflexiva de la práctica médica.

No obstante, el proceso de la creación de la guía tuvo varios y constantes cambios, en un primer momento surgió una guía de tipo directiva que contemplaba valorar cuál era la forma apropiada para comunicarse con el paciente. Desafortunadamente, con ello se incurrió en un limitado intento de análisis que no era suficiente para un desarrollo complejo de reflexión.

Fue hasta ese momento que se creó una guía desde un enfoque más abierto y multidireccional que problematizaba y contextualizaba el ejercicio de la medicina con respecto a la comunicación médico-paciente. La teoría de Foucault intrínsecamente ayudó a la creación de dicha guía, debido a que su referente teórico conceptualiza el discurso y el saber.

La fundamentación foucaultiana está inscrita en la formación discursiva, ésta debe entenderse como un sistema de reglas que se caracteriza por un discurso, el cual es un conjunto de enunciados que le son propios y encuentran regularidad en condiciones históricas específicas (Foucault, 2002). La medicina resulta ser un estilo de formación discursiva que se caracteriza por tener un haz complejo de relaciones que funcionan como reglas.

La medicina es inherente al dominio de lo biomédico, donde existe una

serie de saberes que circulan entre los sujetos y forman parte del sistema. En este sentido, los sujetos se posicionan desde un lugar específico y sus prácticas son vigiladas por una institución que los norma.

Por tanto, la consulta médica en una institución de salud, es un acontecimiento discursivo porque es repetitiva y transformadora al mismo tiempo, esto significa que la consulta adquiere un patrón continuo a seguir, pero a su vez tiene posibilidades de modificarse. Siguiendo a Foucault (2002), los objetos del discurso se delimitan, reagrupan, separan, derivan y encadenan; en el caso del discurso médico, la enfermedad es su objeto y al interior del consultorio médico, sólo hay una mirada, la del médico. Así, la enfermedad se regulariza bajo un régimen de bifurcación.

Si asumimos que la enfermedad es un objeto del discurso médico, entonces, prevalece el punto de vista biomédico. Con ello, se establecen formas rígidas y disciplinadas para combatir a las enfermedades, por lo que desde esa mirada no hay posibilidad de considerar otra forma de acercamiento que sea diferente. Así, a las enfermedades se les reagrupa cuando se les confiere cierto grado de rigor y estabilidad.

Lo que intentamos decir con todo este planteamiento es que la medicina al ser institucionalizada desde el enfoque biomédico, tiene dinámicas internas y eso genera implicaciones para la profesión médica ya que la forma de aproximarse al paciente, es meramente biológica y se dejan de lado otros elementos inherentes al enfermo, como es el aspecto psicosocial.

Bajo este preámbulo fue que se diseñó la guía de análisis, su relevancia está puesta en que, mediante su uso, el médico pueda re-pensarse a sí mismo como un profesional de la salud. Y que, al mismo tiempo, asuma su papel como médico al servicio de una institución y se replantee incluir una comunicación dialógica con el paciente.

El momento introspectivo de la ética médica está en la consulta y una forma de reconocerlo puede ser mediante esta guía.

Aunque es un hecho que existe vasta literatura sobre la comprensión de la comunicación médico-paciente, bajo esta perspectiva reflexiva no se ha profundizado demasiado, en ese sentido, es necesario iniciar una crítica de la humanización de la práctica médica y proponer una nueva cultura de la comunicación médico-paciente.

Sin embargo, es necesario reconocer que la incidencia de este cambio de pensamiento debe ser estratégico desde los planes de estudios de las facultades de medicina, eso representaría hacer cambios curriculares que

estén centrados en un trabajo pedagógico amplio. En esta obra se vislumbra esa necesidad, es importante replantear en qué forma se les está enseñando a los alumnos cómo comunicarse con su paciente, en qué condiciones laborales lo hace y bajo qué limitantes institucionales se enfrenta.

El objetivo de la guía, está enfocado en observar a través de los distintos momentos secuenciales de una consulta médica, las tipificaciones de los patrones habituales; esto con el propósito no sólo de examinarlos y criticarlos sino también propiciar cambiarlos.

La idea es que a partir de otros colegas que también otorgan consulta médica, la guía permita la reflexión en torno a cómo se genera la interacción con los pacientes en el acto comunicativo; la manera en que se les escucha, diagnostica, trata, tienen acuerdos o vínculos con ellos y cómo identifican y reconocen las dimensiones de lo emocional y sociocultural.

El uso de la guía es válida para cualquier profesional, tanto en formación o teniendo experiencia docente o laboral. Está integrada por seis ejes temáticos, cada uno contiene una serie de preguntas abiertas que permiten al médico analizar una videograbación.

Cada eje de análisis describe lo que se debe observar y analizar (cuadro 3-1).

Cuadro 3-1. Ejes de análisis de la guía	
Título de cada eje	Descripción general
A. Bienvenida	A partir de la normatividad institucional, son explorados tres niveles de comunicación: información, empatía y diálogo
B. Objeto enfermedad y padecer (motivo de la consulta)	De acuerdo con la noción diferenciada de enfermedad y padecimiento, bajo dos perspectivas distintas, se pretende observar la manera en que el médico aborda el motivo de la consulta, pero también, la forma en que el paciente comunica su padecer
C. Intercambio comunicativo en torno al objeto	En esta sección se analizan las continuidades de diálogo entre médico-paciente, así como las formas de argumentación de ambos sobre la enfermedad/padecimiento. Se suma también la observancia sobre la influencia de los dispositivos electrónicos, técnicos y de mobiliario durante la comunicación
D. Exploración física	Este eje pone atención a la transición dialógica y corporal a nivel biomédico, emocional y sociocultural
E. Discusión de hallazgos y diagnóstico	Después del intercambio comunicativo y de la exploración física, se ve cómo el médico explica la enfermedad, pero a su vez, cómo reacciona el paciente ante la interpretación médica
F. Estrategias	El último eje pone atención a la utilización de estrategias para el tratamiento, enfocadas a lo biomédico, emocional y sociocultural. Se incluye la negociación terapéutica, re-configuración del paciente al conocer el diagnóstico/tratamiento y se observa el nivel de comunicación logrado según el orden institucional
Fuente: elaboración a partir del proyecto PAPIME: PE203515.	

La guía es presentada a continuación (cuadro 3-2).

Cuadro 3-2. Guía de análisis	
A. Bienvenida	
1. Al inicio de la consulta a qué nivel logra el médico propiciar la comunicación con el paciente (información, empático y dialógico) 2. ¿De qué manera las normas institucionales enmarcan el inicio del encuentro entre el médico y el paciente? 3. ¿Esta normatividad permite una comunicación dialógica?, ¿por qué? 4. ¿Cómo estas reglas propician la participación del paciente?	
B. Objeto enfermedad y padecer (motivo de la consulta)	
5. ¿Cómo indaga el médico sobre el padecer y las preocupaciones del paciente? 6. ¿Cómo el paciente comunica al médico su padecer (experiencia de la enfermedad)? 7. ¿Qué estrategias (biomédico, emocional y de identidad) utiliza el médico para conocer el padecimiento actual?	
C. Intercambio comunicativo en torno al objeto	
8. ¿Cómo se establecen las secuencias de diálogo entre el médico y el paciente? ¿Y en qué nivel se ubican (intercambio de información, empático y dialógico)? Describa a que interés responden (institucional, bienestar del paciente, demostrar la competencia del médico, etc.) 9. ¿Qué formas de argumentación (analogía, deducción, interpretación o verificación experimental) utiliza por un lado el paciente y por otro el médico para explicar el padecimiento? 10. En el momento del diálogo ¿cómo interactúan las argumentaciones (predomina el argumento médico o del paciente)? 11. ¿Cómo se relacionan los enunciados (lo que se habla)? con: a) La historia biográfica y la situación emotiva del paciente b) La práctica profesional del médico c) Los intereses de la institución d) ¿Hay otros? 12. ¿Qué tipo de lenguaje utiliza el médico?, ¿qué lenguaje utiliza el paciente? 13. ¿Cómo expresa el lenguaje no verbal el médico?, ¿cómo expresa el lenguaje no verbal el paciente? 14. Durante la interacción ¿cómo influyen los siguientes elementos en la relación, el diálogo y los resultados de la atención médica? a) Los dispositivos electrónicos y/o dispositivos técnicos, en la atención médica (expediente clínico, estudios de laboratorio, rayos X, recetas, referencias, otros) b) La disposición y condiciones del mobiliario c) El orden en que el médico lleva a cabo los procedimientos (bienvenida, motivo de consulta, interrogatorio, exploración física, comunicación del diagnóstico, tratamiento, despedida) d) La forma en que realiza la semiología de los datos clínicos (antigüedad, intensidad, localización, qué los aumenta, qué los disminuye, con qué los relaciona, etc.) 15. ¿Cómo se utilizan los tiempos durante la interacción médico-paciente? 16. ¿En el diálogo se distingue algún prejuicio (idea preconcebida) o calificativo o forma de discriminación?	
D. Exploración física	
17. ¿Cómo se realiza la transición del diálogo al contacto corporal a nivel biomédico, emocional y sociocultural? 18. ¿Cómo obra la ética y el profesionalismo durante la exploración física del médico (restricción emocional) para darle predominio a la dimensión biomédica? 19. ¿Cómo maneja el médico las reacciones emocionales del paciente durante el contacto corporal?	
E. Discusión de hallazgos y diagnóstico	
20. ¿Con qué términos explica el médico la enfermedad del paciente? 21. ¿Existe alguna lógica en la explicación del médico (articulación de síntomas y signos, causa-efecto, relación entre los elementos biomédicos, emocionales y socioculturales)? 22. ¿Cómo reacciona el paciente ante la explicación del médico (la valida, la cuestiona o no hay respuesta)? 23. ¿Cómo se manejan las emociones del médico y del paciente ante el diagnóstico?	
F. Estrategias	
24. ¿Qué estrategias utiliza el médico para intentar restaurar el estado de equilibrio del paciente previo a la enfermedad (biomédico, emocional y sociocultural)? 25. ¿Cómo recibe el paciente las propuestas de manejo que ofrece el médico (en sus enunciados, expresión emocional, expectativas y deseos)? 26. ¿Lo que está enunciando el médico puede repercutir en las prácticas cotidianas del paciente? 27. ¿Existe negociación terapéutica en la toma de decisiones? 28. El diagnóstico y tratamiento que da el médico ¿cómo reposiciona al paciente (identidad personal, identidad social)? 29. ¿El médico enuncia estrategias para que el paciente se responsabilice de su autocuidado y seguimiento de sus problemas de salud?, ¿de qué manera? 30. Al final de la consulta a qué nivel logró el médico propiciar la comunicación con el paciente (información, empático y dialógico) 31. Durante el encuentro ¿cómo utilizó el médico los protocolos institucionales para darle atención y seguimiento al paciente?	
Fuente: Ibídem.	

EMPLEO DE LA GUÍA DE ANÁLISIS EN UNA CONSULTA MÉDICA

Después de realizar un recuento del contenido temático de la guía, se ejemplificará un encuentro clínico entre médico y paciente, para analizarlo.

Es una consulta médica de medicina familiar llevada a cabo en una institución pública, la cual fue videograbada con el consentimiento informado del paciente, a quien se le explicó que se utilizaría con fines académicos. Para poder visibilizar lo que ocurrió en la videograbación, se realizó una transcripción de lo acontecido, pues sólo de esa manera el texto podría escenificar cómo transcurrió la consulta.

La elección de la videograbación dependió de dos criterios, elegir una consulta realizada en la Secretaría de Salud, por ser la institución de la que se revisaron mayor número de videos durante el seminario de investigación; otro criterio fue la extensión de la transcripción, pues al ser un texto pequeño permitía al lector observar la transición de la consulta médica. Así, para no fragmentarlo y darle una mejor lectura, se tomó la decisión de presentar la transcripción completa (cuadro 3-3).

Cuadro 3-3. Datos de identificación de la videograbación	
Tiempo	Contextuales
• Tiempo de duración: 07 minutos: 57 segundos • Fecha de grabación: 01/octubre/2008 • Hora del día: 09:06 a.m.	• Institución: Centro de Salud, Secretaría de Salud • Lugar: zona urbana, Tabasco • Número de consulta: la primera del día • Médica: sexo femenino • Edad: 30 años • Tiempo laborando en la institución: 6 años por contrato laboral del Programa Oportunidades • Paciente: sexo femenino
Fuente: PAPIME (PE200109).	

La siguiente transcripción es literal y proviene de la interacción entre médico y paciente, las letras en cursivas son anotaciones adicionales que especifican la secuencia de los actos y formas de actuar (cuadro 3-4).

Cuadro 3-4. Transcripción de videograbación
Inicio
Médica: Buenos días ¡Siéntese!
Paciente: <i>–De pie, comienza a sacar sus documentos sobre el escritorio–...Ya me mandó hacer estos análisis...</i>
Médica: <i>–Escribe en la computadora–</i> ¿tiene Seguro Popular?
Paciente: Sí
Médica: ¡Préstemelo! <i>-escribe en la computadora-</i> ¿progresas?
Paciente: Sí
Médica: <i>-Levanta la mirada y ve a la paciente hacia los ojos-</i> ¿cómo te has sentido María del Carmen?
Paciente: Este... pues estos días, hoy al menos me duele la garganta, como que la tengo inflamada
Médica: Ok, te duele para pasar líquido
Paciente: Sí, para pasar líquido
Médica: ¿Alimento?
Paciente: El alimento. Me amaneció doliendo...
Médica: <i>-La médica sigue preguntando-</i> ¿fiebre que hayas tenido?
Paciente: No
Médica: ¿Alguna otra molestia, algún malestar?
Paciente: Bueno, pues a mí lo que me ha dolido doctora es los huesos, ya a la doctora le explico igual y me da medicamento y nada, se me calma con la pastilla que tomo, pero ya que se pasa... el hueso.
Médica: <i>-Silencio-, -baja la mirada hacia documentos que sostiene en sus manos-</i> ...tienes colesterol y triglicéridos altos
Paciente: Sí...
Médica: Tu glucosa está un poquito elevada, <i>-saca un baumanómetro del escritorio, se dirige hacia la paciente y le mide la presión arterial-</i>
Médica: ¡Abre tu boca! <i>-ocupa un abatelenguas de madera y revisa la garganta de la paciente-</i>
Médica: ¡Súbete aquí a la camilla!, ¡baja tus pies!, ¡siéntate! <i>-la paciente sigue la instrucción de la médica e intenta acomodarse en la camilla-</i> ¡Sentadita, sentadita! <i>-la médica ocupa el estetoscopio y revisa a la paciente, se lo quita de las orejas y sigue explorando-</i>
Paciente: ¿Doctora será que no hay remedio para...? Es que no duermo de noche, un ratito y casi toda la noche despierta
Médica: hujummm... ¡ya te puedes bajar! <i>-médica y paciente se dirigen al escritorio para sentarse-, mira, hay una infeccioncita, sí, en tu garganta, por eso es que te duele, porque está inflamada, hay unos datos de infeccioncita. Tus pulmones están limpios, no hay ningún problema, sí. En tus pies no hay heridas, no hay nada -escribe en papel la prescripción médica-, -silencio, mientras escribe-, -la paciente mantiene su mirada sobre el escritorio viendo cómo escribe la médica-, ¿alérgica a la penicilina?</i>
Paciente: No
Médica: <i>-Continúa escribiendo-,</i> bueno María del Carmen, vas a tomar para la azúcar lo que es glibenclamida, una tabletita por la mañana, otra por la tarde, otra por la noche
Paciente: ¿De la chiquita?
Médica: De la chiquita. El ácido acetilsalicílico, ésta la vas a partir en 4 pedacitos y te vas a tomar un pedacito diario. El antibiótico, la amoxicilina, te vas a tomar una cada 8 horas por 7 días y éste para que te ayude a desinflamar tu garganta. El naproxeno, vas a tomar una cada 6 horas, pero nada más por 5 días. Aparte te vas a tomar el bezafibrato, una vez al día para que bajen tus triglicéridos, ¿sí? <i>-La médica fija su mirada sobre la nota médica para explicar el tratamiento-</i>
Paciente: Ajá.
Médica: Te entrego tus laboratorios para que se los entregues a tu doctora la próxima consulta
Paciente: Es que era para el 10, yo le avisé que no podía venir ese día y me dio la cita para hoy, pero si...
Médica: <i>-La médica da indicación-</i> tu próxima cita te la doy para el 14 de enero ¿sí? Ve a tu módulo.
Paciente: Sí, <i>-la médica le entrega sus documentos a la paciente y se levanta de la silla, le abre la puerta para que salga-</i>
Fin de la videograbación
Fuente: PAPIME (PE200109).

Se espera que, para el lector, la exposición de esta transcripción haya generado alguna inquietud por querer analizar y reflexionar con la guía propuesta el acontecer de la consulta médica.

Se identificaron cinco momentos relevantes de acuerdo con el protocolo clínico:

1. La médica da la bienvenida a la paciente.
2. Interroga sobre el motivo de la consulta e intercambia información.
3. Realiza exploración física.
4. Otorga un diagnóstico.
5. Explica el tratamiento a seguir.

En términos generales es posible decir que la médica siguió las etapas protocolarias pertinentes para atender a la paciente en un consultorio de medicina familiar. Sin embargo, al analizar en función de los ejes analíticos de la guía, la sistematización del contenido es más comprensible, amplio y puntual.

Siguiendo el orden de los seis ejes analíticos y de la sucesión de las preguntas, se examinó cada rubro.

A. Bienvenida

Durante la bienvenida, la médica intenta ser empática con la paciente dándole un saludo e invitándola a sentarse en una silla, sin embargo, lo hace imperativamente y no así de forma cálida. La comunicación informativa está centrada en preguntas y respuestas cerradas, con el objetivo de obtener datos específicos para el llenado de un archivo digital en la computadora. No se llega al nivel dialógico porque la médica está enfocada sólo en requerir información concreta de la paciente y no genera un intercambio comunicativo.

B. Objeto enfermedad y padecer (motivo de la consulta)

La médica pregunta el motivo de la consulta y con base en ello indaga aspectos precisos sobre los síntomas físicos que ha tenido la paciente. También hace preguntas abiertas, con las que parecía abrir importantes posibilidades para que la paciente expresara la preocupación por su padecer (el cual era distinto al motivo de la consulta médica); sin embargo, las respuestas de la paciente son anuladas completamente por

la profesional, éstas no son conducidas convenientemente debido a que invalida sus inquietudes.

C. Intercambio comunicativo en torno al objeto

Las secuencias del diálogo son transversales a todos los momentos de la consulta médica y no sólo al intercambio comunicativo de la enfermedad. Dichas secuencias se ubican en el nivel meramente informativo, la mayor parte del tiempo se hacen preguntas cerradas, con una lógica mecánica de ida/vuelta, donde se generan respuestas concretas y no hay intercambio de información. La forma en que realiza la semiología de los datos clínicos se limita a indagar a través de preguntas inespecíficas, no utiliza ninguna estrategia adicional para explorar la antigüedad, intensidad, localización, etc. No se dieron secuencias de empatía ni de diálogo, predomina la argumentación de la médica sobre la paciente, las acciones de la profesional responden al orden institucional, ella sigue el protocolo para cumplir con la atención, pero no muestra un interés profesional por conocer la situación emotiva de la paciente. Cuando el lenguaje verbal está ausente, el lenguaje no verbal de parte de médica y paciente se fija en mirar documentos físicos sobre el escritorio o ver la computadora, la postura corporal permanece casi estática en torno a esos objetos. Los dispositivos electrónicos (computadora) y técnicos (laboratorio y receta médica) influyen durante la interacción y diálogo de la atención médica, son el centro de interés. El tiempo invertido durante la consulta médica, alude a que el tiempo menor fue en la bienvenida y el mayor durante el momento de explicar el tratamiento a seguir. Esto no sugiere necesariamente a la interacción y a la forma de comunicación entre médico-paciente, pero sí ofrece una idea de los dos momentos más relevantes a los que se les invirtió tiempo de manera diferenciada. La médica no utiliza ningún prejuicio, calificativo o forma de discriminación.

D. Exploración física

La transición del diálogo al contacto corporal es abrupta, la exploración física está centrada predominantemente en el nivel biomédico, la dimensión emocional es suprimida por la médica cuando la paciente le expresa verbalmente su permanente molestia en los “huesos”, lo cual le genera sufrimiento y le evita dormir por las noches. La médica ignora y es indiferente al problema de salud que le preocupa a la paciente (no es el mismo motivo por el cual acude a la consulta), su sentir no es explorado. El aspecto sociocultural no es abordado a pesar de que la

paciente tiene un saber y una experiencia corporal particular sobre los “huesos”.

E. Discusión de hallazgos y diagnóstico

La médica ocupa diminutivos para explicar la enfermedad a la paciente, articula el resultado de la enfermedad con el origen de los síntomas; no relaciona otros elementos que pudieran estar presentes (emocional y sociocultural). La reacción de la paciente ante la explicación de la médica es aceptada y sin cuestionamientos. Ni la médica ni la paciente muestran emociones durante el hallazgo del diagnóstico.

F. Estrategias

Las estrategias que utiliza la médica para restaurar la salud de la paciente son exclusivamente biomédicas. La paciente recibe la propuesta de manera pasiva y no activa, no expresa desacuerdo o descontento ante las indicaciones a seguir. No hay negociación terapéutica debido a que no es promovida de ninguna de las dos partes. La médica anuncia a la paciente continuidad en el cuidado de su salud, le solicita estudios de laboratorio y acudir a su siguiente cita programada. Durante y al término de la consulta la médica propicia una comunicación a nivel de información.

Para recapitular la descripción y análisis de la consulta médica expuesta, es bueno mencionar que, durante el encuentro clínico, la médica utilizó los protocolos señalados para dar atención a la paciente, sin embargo, su proceder profesional requiere hacer la pregunta ¿qué faltó desde el nivel biomédico?, ¿qué otras dimensiones no se incluyeron?, ¿qué se debe mejorar para lograr una comunicación dialógica y empática y no una meramente informativa?

Un aspecto sobresaliente a partir de la guía de análisis fue haber identificado que el motivo de la consulta tratado por la médica parecía no ser el mismo para la paciente. Ya que, durante el desarrollo de la consulta, la paciente intentó manifestar su preocupación por un padecer sentido, el cual tampoco había sido resuelto por otra colega médica. El actuar de la médica mostró desinterés para profundizar en los significados corporales, emotivos y socioculturales de la paciente. Su ejercicio biomédico se focalizó en interrogar, explorar físicamente, diagnosticar y recetar medicamento para la enfermedad.

RECuento DE LA UTILIZACIÓN DE LA GUÍA DE ANÁLISIS

La manera en cómo se ha presentado el análisis de una consulta médica, es producto de un ejercicio constante realizado previamente por el equipo interdisciplinario que participó en el seminario permanente de investigación, el único propósito fue observar y analizar diversas videograbaciones para poner a prueba la guía diseñada.

La estrategia para ocupar la guía de análisis fue siempre con una videograbación producida. Éstas fueron filmadas por alumnos del curso de especialización en medicina familiar, de instituciones como el IMSS, Secretaría de Salud de los estados de Querétaro y Guerrero, del Hospital General de México, así como del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

Los resultados preliminares de los distintos análisis dieron cuenta de ciertas generalidades o patrones repetidos durante el momento de la interacción en la consulta médica. Siguiendo el orden de la guía, éstas fueron:

A. Bienvenida

- El inicio del encuentro entre médico y paciente está enmarcado por las reglas protocolarias, se ve la formalidad institucional.
- Se dan indicios de empatía a través del saludo del médico, su presentación y nombrar al paciente por su nombre, sin embargo, no genera vínculos más cercanos.
- Predomina la comunicación a nivel de información y ante la falta de una comunicación empática y dialógica no se propicia la participación del paciente.

B. Objeto enfermedad y padecer (motivo de la consulta)

- Se sigue el protocolo médico establecido (orden de los procedimientos).
- Se indaga a través de preguntas generales.
- El paciente por lo general no comunica su experiencia, de hacerlo, suele ser frenado por el médico.
- El médico sólo valida el estado físico-biológico de la enfermedad.
- La finalidad está centrada en controlar a la enfermedad, no así, en conocer al padecimiento.

C. Intercambio comunicativo en torno al objeto

- No hay secuencia de diálogo entre médico-paciente porque el profesional acapara la expresión verbal al interrogar, explicar riesgos y dar indicaciones.
- La forma de argumentación que utiliza el médico es por analogía, esto es, la vigilancia por la enfermedad y sus consecuencias.
- Predomina el argumento del médico, mientras que el paciente no lo genera.
- No hay lugar para la historia biográfica del paciente, se descarta con regularidad.
- El médico ocupa términos técnicos la mayor parte del tiempo, lo cual no facilita la comunicación.
- Contacto visual enfocado en documentación física o digital (en computadora).
- La existencia de ruidos externos (puertas, ventiladores, autos, murmullos de gente) influyen en el intercambio comunicativo.

D. Exploración física

- La exploración física se da por hecho, habitualmente el médico no le pide permiso al paciente para explorar su cuerpo, en tanto, el paciente lo acata (en el caso de los niños, sí se hace explícito un consentimiento, tanto hacia los padres como a los infantes).
- El médico no procura un lazo afectivo con el paciente, mientras que éste suprime su emoción.
- No utiliza expresiones sencillas de empatía que le permitan entrar a la vida del paciente.
- El médico pierde posibilidad de entrar a la dimensión emocional porque no la identifica o la evita para no profundizar.

E. Discusión de hallazgos y diagnóstico

- Se utiliza un lenguaje técnico para obtener información y llenar formatos.
- El paciente parcialmente acepta indicaciones sin contraponer lo enunciado.
- El nivel emocional y sociocultural por lo general no es integrado.
- A nivel biomédico puede haber una exploración clínica incompleta (escasa semiología).
- El médico juzga, culpabiliza o regaña al paciente cuando no percibe una “responsabilidad compartida” (obligación de hacer exámenes de laboratorio, aprovechar la gratuidad del servicio).

F. Estrategias

- Por lo general no hay negociación terapéutica, es unilateral (cuando el niño es un paciente, hay mayor disposición para negociar con él).
- El paciente acepta el diagnóstico en relación con el tratamiento y no contrapone la opinión del profesional.
- No hay estrategias de responsabilidad sino una inclinación de culpabilidad hacia el paciente.
- Se llega al nivel de información, con indicios de empatía, pero sin diálogo.

Pese a que el análisis cambió de acuerdo con la modalidad de la consulta médica (primera vez y subsecuente), al tipo de institución de salud, a la personalidad del médico o paciente y a la enfermedad/padecer a tratar; la revisión de varias videograbaciones permitió identificar prácticas regulares de algunos médicos.

En este sentido, el análisis llevó a considerar que el interés del médico está puesto en cumplir las reglas institucionales para mostrar que tiene la competencia biomédica.

El profesional de la salud se vuelve un sujeto del discurso médico, ya que, durante los momentos transversales de la consulta médica, enuncia el campo de conocimiento al cual pertenece, esto refleja cómo da seguimiento a los protocolos clínicos e institucionales, entre lo que destaca, el interrogatorio persistente de preguntas específicas para obtener información sobre la enfermedad y poder llenar documentos oficiales.

El tiempo invertido en la consulta médica es de la institución, esto es asumido por el médico y repercute en el paciente porque se anula su tiempo para generar un encuentro clínico propicio. Así, las videograbaciones dan cuenta de que la institución estandariza y el médico se burocratiza.

Tantos los dispositivos electrónicos y técnicos (expediente clínico electrónico, historia clínica, baumanómetro, estetoscopio, estudios de laboratorio, computadora, etc.) como la disposición y condiciones del mobiliario influyen en la forma de otorgar atención médica porque los profesionales los usan como referente fundamental para ejercer su papel de médicos.

Las prácticas regulares de la biomedicina se respaldan y están sujetas a la disposición o distribución de los espacios y tiempos institucionales. La lógica del mandato biomédico ocasiona consultas médicas

institucionalizadas, donde lo que predomina es el trámite burocratizado, con esta dirección, la mayor parte del tiempo, el médico dirige la atención a llenar formatos en el escritorio o frente al computador.

El dispositivo biomédico se materializa en los médicos quienes mantienen una relación asimétrica y de poder hacia los pacientes en la consulta médica, así, las prácticas regulares entre “prestadores de servicio y usuarios” se convierten en acuerdos sociales implícitos que funcionan casi de manera natural e impiden puntos de compatibilidad para una interacción real.

Restar importancia a otros esquemas del saber que son propiamente del campo biomédico, restringe posibilidades de diálogo e intercambio durante el encuentro clínico entre médico y paciente. Esto en parte ocurre porque el dispositivo médico regula un conjunto de reglas que dan forma a su discurso y a la práctica. Los estudios de laboratorio y la prescripción médica dan cuenta de cómo es materializado el conocimiento biomédico. Así, el paciente observa al médico, sólo como un cuerpo de conocimientos específicos, mientras que el mismo médico no subjetiva el ejercicio de su práctica médica.

De esta manera, la consulta médica está controlada a partir de un modelo de atención a la salud que se centra sólo en la enfermedad y no así en el padecer de la persona, esto significa que el modelo biomédico favorece la recolección de información sobre un diagnóstico y tratamiento, pero descuida la comunicación empática y dialógica con las que podría aproximarse a las emociones del paciente (reconocerlas y nombrarlas) y a su contexto social y cultural (aspectos simbólicos, ideológicos, biográficos y contextuales). Por lo tanto, el enfermo es comprendido de forma incompleta.

Con estas pautas de comportamiento, se observa que existen ciertas fijaciones que limitan de modo permanente el encuentro y la comunicación médico-paciente.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de este capítulo lleva a señalar que hay una agenda administrativa que regula la forma en que el médico se comunica con su paciente, es decir, lo imposibilita, con referencia a los tiempos y espacios restringidos, a la productividad en las consultas médicas, a la utilización de la historia clínica, del expediente (físico o electrónico) o los estudios de laboratorio.

La lógica del aparato administrativo centrada exclusivamente en la eficiencia (costo-beneficio) genera prácticas que reproduce el personal de salud y que anulan las posibilidades de comunicación entre el médico y el paciente. Así, la existencia de una tercera agenda cuyo dominio abarca el quehacer del profesional de la salud y la forma en que el paciente se relaciona con el médico.

Esto significa que la agenda del médico se encuentra limitada por los reglamentos, normas y procedimientos que la institución le marca; lo que influye de manera directa en su quehacer profesional. De igual forma la agenda del paciente queda constreñida a esos espacios, tiempos y procedimientos que la institución ha diseñado para su atención.

No se está en contra del uso de la innovación tecnológica, como puede ser el expediente electrónico. De hecho, se cree que al usarlo puede favorecer el ejercicio de la profesión médica y la comunicación entre el médico y paciente. Sin embargo, la reflexión se centra en la lógica que rige su utilización, ya que no puede subordinarse exclusivamente bajo la eficiencia económica; también debe aspirar a la justicia social y las humanidades en salud.

En ese sentido, se propone la elaboración de estrategias educativas que favorezcan la interlocución entre el paciente y el médico. Se trata de desarrollar competencias que permitan al profesional de la salud el acercamiento y comprensión integral del paciente así como su puesta en práctica en contextos cambiantes, en otras palabras, que le facilite identificar relaciones en situación.

El futuro médico en situaciones particulares no sólo debe reconocer las normas de las distintas instituciones en donde llevará a cabo su profesión sino los principios y valores que guían su ejercicio como profesional de la salud, así como los derechos que le protegen.

Si bien en la clínica el profesional de la salud enfatiza la dimensión biomédica; el desarrollar competencias de interlocución le permitirá

abordar las dimensiones emocionales y de identidad. Ello implica reconocer que se trata de un proceso que se elabora en un espacio y momentos irrepetibles. Por lo que se trata de una relación que se construye sobre situaciones o eventos cambiantes.

BIBLIOGRAFÍA

Abadía-Barrero CE, Oviedo Manrique DG: Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá June 2010;9(18)suppl.1:86-102.

Ambrosio Morales MT, Carrillo Fabela LM, González Mora BV: La responsabilidad del médico como servidor público en México. En: Estudios sobre la responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México. 2007. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2499/27.pdf>

Arrubarrena Aragón V: La relación médico-paciente, cirujano general. 2011;33(2):122-125.

Borrell i Carrió F: *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. 1ª ed. España: Editorial Doyma. 1989.

Capilla Pueyo R: El síndrome de burnout de desgaste profesional, Jano. 2000;58 (1334):56-58.

Donabedian A: Evaluating the Quality of Medical Care. The Milkbank Quarterly. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>, 2005;Vol.83(4):691-729.

De Tena P: La sanidad andaluza dedica entre 4 y 6 minutos de atención a cada paciente. 2014. Libertad Digital España. Disponible en: <http://www.libertaddigital.com/espana/2014-11-07/la-sanidad-andaluza-dedica-entre-4-y-6-minutos-de-atencion-a-cada-paciente-1276532825/>

Deveugele M: Doctor-patient communication in general practice: an observational study in six European countries (Doctoral dissertation, Ghent University), 2003.

Foucault M: El nacimiento de la clínica, Argentina-México, Siglo XXI Editores, 2001.

Giddens A: La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores, 1998.

Jiménez A, Fresquet JL, Farrell M, Sales D et al.: Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural,

España: Editorial Octaedro, 2009.

Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H: Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2011. Vol. 53:220-232. Disponible en:

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/1

Hamui Sutton L: La comunicación como centro de la interacción médico-paciente. En Hernández Torres I, Hamui Sutton, L, Navarro García AM, Valencia Islas YE. (coordinadores). *Comunicación médico-paciente en medicina familiar*, México: Editorial Prado-UNAM, 2013.

Infante C: La comunicación en la relación difícil. En Hernández Torres, I., Hamui Sutton, L., Navarro García, AM., Valencia Islas, YE. (coordinadores): *Comunicación médico-paciente en medicina familiar*, México: Editorial Prado-UNAM. 2013.

Infante Castañeda C: Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. 2006:224.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual metodológico de indicadores médicos, 2014. IMSS. Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacion>

ISSSTE. Acuerdo de Gestión 2012. Dirección de Finanzas, Subdirección de Aseguramiento de la Salud, versión general preliminar. Consultado en

<http://www.issste-cmn20n.gob.mx/Archivos%20PDF/acgestion2012.pdf>

Johnson SB et al.: An Electronic Health Record Based on Structured Narrative. *J Am Inform Assoc*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2274868/>, 2008;15(1):54-64.

Ley General de Salud, última reforma DOF 12-11-2015. Consultado en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

López S, Vértiz J, Jarillo E, Garrido F, Villa B: El Sistema integral de Calidad en Salud 1a ed., Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3686-sistema-integral-calidad.html>, 2014.

Maldonado Islas G, Fragoso Bernal JS, Orrico Torres SE, Flores Vázquez M, Quiroz Pérez C: Manual de Organización del IMSS, 2010. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/marco-normativo>.

Martínez Cortés F: Médico de personas. Las ciencias humanas en la

práctica médica, México. Coordinación de la Investigación Científica-Instituto de Investigaciones Históricas, 2010.

Myerscough PR, Ford M, Doyle CD, Hewitt ANM et al.: Obstáculos a la comunicación. En: Myerscough PR, Ford M, editor. *Hablando con pacientes. Claves para una buena comunicación*. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press. 1996;61-72.

Onocko Campos R: “Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria”. En: Spinelli H (compilador): *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Argentina: Lugar Editorial. 2008;103-120.

Perel Goldvarg N: El estrés del burnout en los profesionales de la salud, *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. Hacia la interdisciplina. 2000; Núm. 17/18.

Programa institucional del IMSS, 2014-2018. Consultado en http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf

Ricoeur P: *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*, México: Siglo XXI Editores. 2004.

Rossi I: En guise d'introduction médicalisation de la vie, enjeux de société. In *Ouvrage collectif, Éloge de l'Altérité. Défis de société: 12 regards sur la santé, le travail. Paradigmes*. Grolley, 2005;19-31.

Rossi I: Réseaux de soins, réseaux de santé. Tsantsa. Disponible en: <http://www.sagw.ch/en/seg/publications/tsantsa/issues/tsantsa-7.html>, 2002:12-20.

Salgado LE: Lo que no se dice del expediente clínico electrónico. Su impacto en los datos sensibles del paciente. *Revista Etbio*. Disponible en: [http://www.comexbio.org.mx/Etbio/Year2Num3/SALGADO%20LEDE%202012;2\(3\):123-140](http://www.comexbio.org.mx/Etbio/Year2Num3/SALGADO%20LEDE%202012;2(3):123-140).

Sandoval Priego A: Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS, *Rev Med IMSS*. 2001;40(5):421-429.

Secretaría de Salud. *Ley General de Salud*. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD_2007.

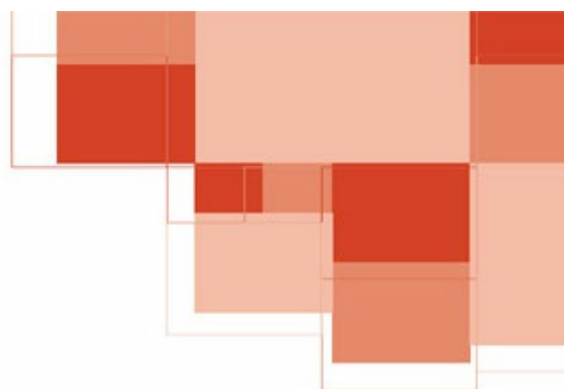
Secretaría de Salud. *Manual del Expediente Clínico Electrónico*. 1ª ed. México. 2011.

Secretaría de Salud. *Manual de Organización General de los Servicios de Salud*. 2012. Disponible en:

- <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 04-SSA3-2012. Del Expediente Clínico. 2012b.
- Secretaría de Salud. Fichas técnicas para la construcción de los indicadores de resultado. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/indicadores/F> 2014.
- Schouten BC:** Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):21-34.
- Treasure W:** The primary care electronic health record: who's righting the software? *Br J Gen Pract*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3026168/>, 2011;61(583):152-153.
- Tena Tamayo C:** *La comunicación humana en la relación médico paciente*, 2ª ed., Prado. 2007:502.
- Vargas LA, Casillas L:** *Espacio y tiempo en la consulta biomédica*. En: Berenzon B, Calderón G. (directores). *Diccionario Tiempo Espacio*, tomo I, México, UNAM. 2008.
- Vázquez LH, Martínez Campos R, Blázquez D CR, Castañeda Sheissa R:** Un expediente clínico electrónico universal para México: características, retos y beneficios. *Revista Mexicana de la Universidad Veracruzana*. 2001; 11(1): 44-53.
- Walsh SH.** The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care. *BMJ*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411103/pdf/bmj3280118>. 2004;328:1184-1147.
- Zerubavel E:** *Patterns of Time in Hospital Life. A Sociological perspective*. University of Chicago Press, 1979.

Capítulo

4



Estrategias para el desarrollo de habilidades en la comunicación médico-paciente

Liz Hamui Sutton, Isaías Hernández Torres, María Guadalupe Grijalva, Silvia Ortiz León, Claudia Fouilloux Morales

Como se mencionó en el capítulo anterior, en México, entre las causas más frecuentes de quejas médicas reportadas por la CONAMED están los problemas de comunicación. Es por ello que cada vez más se reconoce la importancia de desarrollar habilidades de comunicación tanto para los médicos generales como para los especialistas. A pesar de que existe evidencia de la relevancia de los aspectos comunicativos en la relación médico-paciente, es una de las competencias menos trabajadas en la educación médica, ya que involucra el lado humano del médico, mismo que resulta difícil de medir con instrumentos o con exámenes de opción múltiple o listas de cotejo (Makoul, 2001), pues cuestiones como la empatía, el manejo de emociones o las historias de vida son poco susceptibles de ser evaluadas.

Desde que los estudiantes de medicina ingresan a la licenciatura, se les dice que deben comunicarse de manera efectiva con los pacientes, pero en los primeros años de la carrera pocos tienen acercamientos con ellos, y tampoco reciben instrucción sobre cómo deben hacerlo. La comunicación es algo que se da por hecho y la mayoría de los médicos que han ejercido su profesión por mucho tiempo no se cuestionan sus capacidades en esta área y, aunque repiten, a menudo inconscientemente, modos de interacción con los pacientes, suponen que lo hacen bien, ya que es así como les ha funcionado por años.

Una vez que los médicos terminan sus estudios, existe poco escrutinio sobre las relaciones interpersonales que sostienen con los pacientes, pues se presume que cuentan con todas las competencias requeridas, incluyendo las destrezas de comunicación. Casi no reciben realimentación de sus pacientes ni de sus colegas, y por lo tanto no se sienten interpelados al

respecto, a pesar de que esta habilidad enriquecería su desempeño. Al respecto, se puede suponer, que al no ser cuestionados por sus pacientes, no detectan esa necesidad y por lo tanto, tampoco es de su interés buscar preparación en esta área. Otro punto, es que hay no hay lugares específicos en donde se pueda aprender esta habilidad, sin embargo, con el uso de nuevas tecnologías hay opciones que permiten conocer y realizar ejercicios, como la revisión de videos grabados simulando una consulta médica o grabarse ellos mismos, estrategia que permite analizar más de una vez la forma de interacción en una consulta médica.

Con la tendencia de la educación basada en competencias (EBC), demostrar la habilidad para comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familiares se ha vuelto ineludible. Esto ha llevado a incorporar el tema en los planes académicos y visibilizarlo en el currículum, también se han hecho esfuerzos por diseñar actividades didácticas y modalidades de evaluación para dar cuenta, con evidencias objetivas, del nivel de desempeño en la comunicación, tanto con los pacientes y familiares, como con el equipo de salud.

En los siguientes párrafos se presenta una revisión crítica de las estrategias didácticas y de evaluación que a partir de la indagación de la literatura en educación médica y de experiencias probadas para el aprendizaje de la comunicación médico-paciente, se han llevado a cabo hasta ahora.

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS PARA DESARROLLAR LA COMUNICACIÓN MÉDICO- PACIENTE

En las últimas décadas y con el movimiento educativo hacia las competencias (EBC) (Brown, 2008), las formas de enseñar, aprender y valorar las cualidades comunicativas se han diversificado. Con el uso de la tecnología y el perfeccionamiento de diferentes instrumentos de evaluación se han diseñado variadas modalidades para analizar y reflexionar acerca de la manera en que los médicos se comunican, así como las estrategias para enseñarles a mejorar sus habilidades.

DISEÑOS CURRICULARES PARA EL APRENDIZAJE DE LA COMUNICACIÓN

En 2008 se publicó en la revista *Medical Education* (Von Fragstein M *et al.*, 2008) un consenso británico sobre cómo enseñar y evaluar la comunicación en los estudiantes de pregrado. A partir de este referente, las escuelas de medicina inglesas, y en otras partes del mundo, describen los contenidos nucleares sobre el tema de la comunicación en el mapa curricular, para que a partir de esa base, se puedan desarrollar una amplia gama de experiencias de aprendizaje. La propuesta se presenta en lo que denominan la “rueda de la comunicación en el currículum”, la cual se puede observar en la figura 4-1.

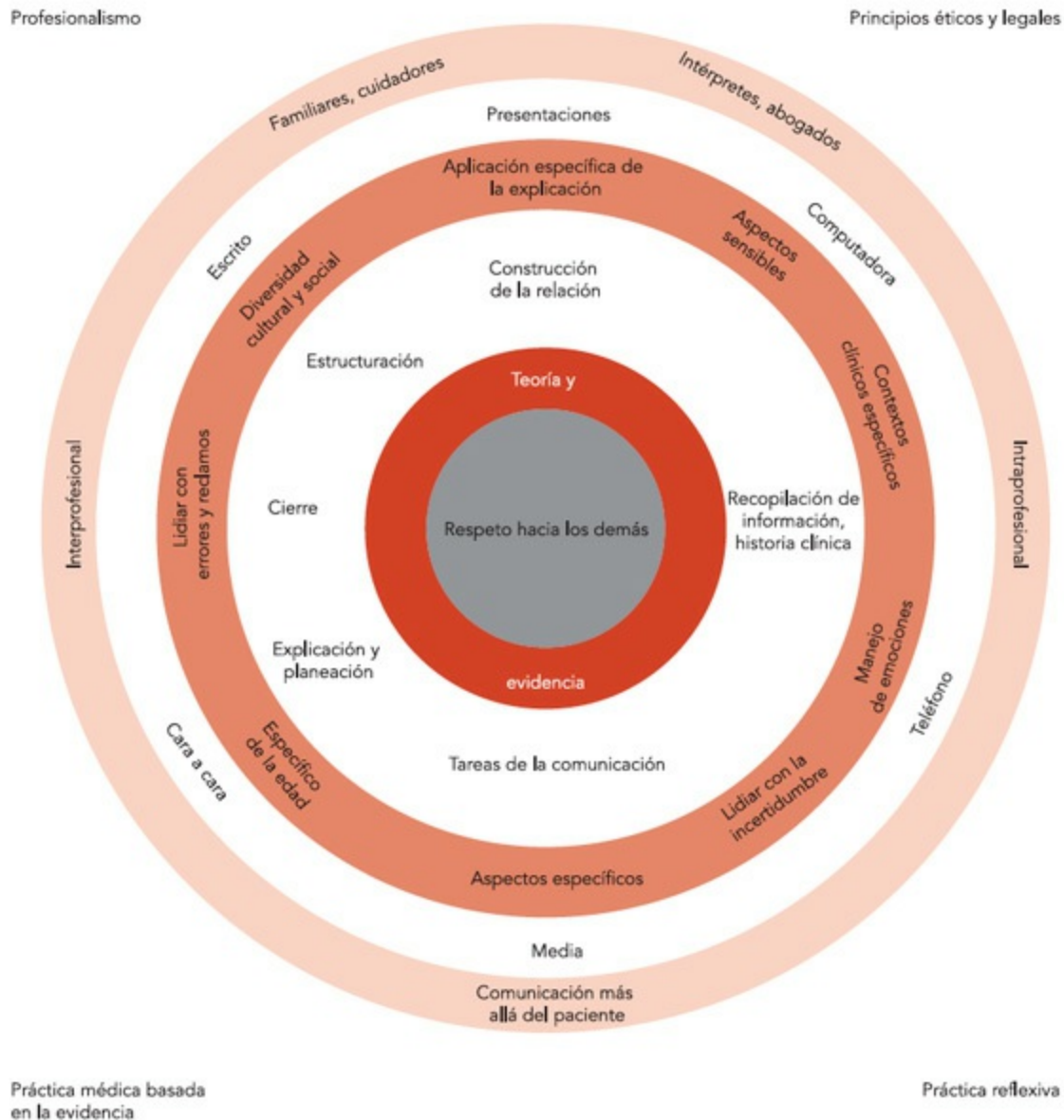


Figura 4-1. La rueda de la comunicación en el currículum.

En la figura 4-1 se muestran los componentes básicos que debe contener el currículum en comunicación, se trata de la presentación y ordenación temática de los contenidos curriculares de la comunicación. Sin embargo, el modelo de Von Fragstein *et al.* (2008), no desarrolla la puesta en práctica de los mismos, es decir, la didáctica y evaluación no están considerados en la propuesta. El diseño curvado del modelo permite la vinculación entre los dominios e indica un proceso reiterativo a través de la licenciatura. Los dominios de la comunicación planteados en el esquema desde el núcleo hacia afuera son: el respeto por el otro, la teoría y la evidencia de las habilidades de comunicación. En los siguientes círculos se

especifican las tareas y destrezas de la entrevista clínica que aluden a las fases de la consulta, seguido de los asuntos específicos que se refieren a problemáticas particulares relacionadas con la comunicación; el redondel relativo a los medios de comunicación destaca el uso de dispositivos tecnológicos como la computadora, el teléfono y otros; y por último, el disco que se refiere a la comunicación que va más allá del paciente incluye las relaciones inter e intraprofesionales o con familiares, tutores, intérpretes, abogados y otros. Todo el modelo circular se fundamenta en cuatro principios que lo sostienen, éstos son: el profesionalismo, los principios éticos y legales, la medicina basada en evidencia (MBE) y la práctica reflexiva.

A continuación se explica con más detalle cada rondel. En el centro del esquema está el respeto y el compromiso con la equidad, al lado contrario los antecedentes sociales, culturales y étnicos o de las discapacidades de las personas; estos principios hacen posible la comunicación dialógica. El contacto cultural es cada vez más frecuente en las sociedades y, en el área de la salud, las creencias y valores deben ser respetados como premisa en las interacciones.

Por su parte, el dominio de las teorías y la evidencia de las habilidades de comunicación tienen relevancia en el diseño curricular, los estudiantes y los profesores necesitan ser conscientes de los efectos del acto comunicativo; por ejemplo, en aspectos como la satisfacción del paciente (Oda *et al.*, 2014), la persistencia de la búsqueda del médico, la adherencia y la concordancia con el tratamiento, el bienestar y el mejoramiento de su salud, los estados psicológicos, los aspectos médico-legales y la seguridad del paciente que implica minimizar los errores médicos.

El mensaje a los estudiantes radica en que la comunicación es intrínseca a la práctica médica, la aproximación teórica centrada en el paciente es un elemento esencial del currículo en comunicación, ya que el respeto a la autonomía del paciente y la noción de corresponsabilidad son básicas para la comunicación dialógica. Los estudiantes no debieran perder de vista el propósito de la consulta por lo que sus habilidades para lograr sus objetivos durante la entrevista clínica deben ser evidentes.

Las actividades que se realizan durante el encuentro han sido enlistadas en distintas modalidades en la literatura médica (Lewkonja, 1991; Makoul, 2001; Neighbour, 2005; Dunn, 2003; Van Thiel *et al.*, 2000; Group of Calgary Cambridge, 2017; Rider *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 2000) y pueden resumirse en los siguientes puntos: establecer y construir la relación, inicio

y definición de la agenda, establecer, reconocer y atender las necesidades del paciente, recoger información, considerar la cosmovisión del paciente, llevar a cabo la exploración física, formular y explicar el diagnóstico, planear, negociar, estructurar, resaltar y priorizar el tratamiento, y cerrar la entrevista, no sin antes abrir la posibilidad de un nuevo encuentro. Las tareas enunciadas en el proceso de comunicación están estrechamente ligadas al contenido de la consulta, por ejemplo, en la recabación de la historia clínica, de ahí que requieran de un acercamiento integrado también en el currículum.

Con respecto a las habilidades, existen ciertos comportamientos observables y específicos que se expresan durante la consulta, algunos serían: el contacto visual, la expresión facial, la escucha atenta, un apropiado balance entre preguntas abiertas y cerradas, la reflexión que denote empatía, la respuesta a las pistas que ofrece el paciente (tanto verbales como no verbales), la síntesis de la información, recalcar lo relevante, considerar el motivo de la consulta inicial al dar información y revisar la comprensión del paciente (Trucchia *et al.*, 2016). Habrá que enfatizar la enseñanza de la competencia de la comunicación, la importancia de la relación terapéutica y las fronteras profesionales de la misma para equilibrar las asimetrías de poder.

En la práctica médica existen situaciones desafiantes que aluden a la comunicación y es deseable que los estudiantes reflexionen sobre ellas y se incluyan en el programa. Cuestiones relativas a la edad del paciente, encuentros donde existen diferencias sociales y culturales como la nacionalidad, la etnia, la lengua, la religión, la sexualidad, el estatus socioeconómico, la discapacidad, el estatus educacional o la espiritualidad deben ser consideradas en la interacción y el facultativo debe saber identificarlas e incorporarlas al acto médico (Brink-Muinen *et al.*, 1999).

Como se ha referido a lo largo de esta obra, es deseable que el estudiante sepa manejarse en las tres dimensiones de la comunicación dialógica, en lo biomédico y en la observación de sus emociones y las del paciente, como la angustia, miedo, enojo, agresión, negación, conflicto, culpa y vergüenza, entre otras. También atender el entorno sociocultural, donde la especialidad, el trastorno biológico, las relaciones familiares y la trayectoria biográfica influyen en el encuentro. Por ejemplo, en el currículo del médico general se puede incorporar la enseñanza en una gran diversidad de situaciones, algunas de ellas serían las características de la entrevista psicológica en temas como la depresión y la evaluación del

riesgo suicida, el trabajo con pacientes psicóticos o con pacientes disfuncionales o adictos. En contraste, los servicios de urgencias tendrán que lidiar con algunos pacientes ansiosos, con crisis, en ocasiones agresivos y violentos, con la presión del poco tiempo disponible y la priorización de los casos. En medicina familiar, uno de los ejes de atención es la promoción de la salud por medio del enfoque de riesgo, el cual busca lograr cambios de comportamiento en los estilos de vida, proceso que implica un tiempo más largo de la consulta, lo mismo sucede, cuando se enfrenta con la incertidumbre de los trastornos que se presentan en cada persona. Por otro lado, el estudiante o médico se enfrenta, en este país, con una diversidad lingüística, costumbres y creencias que se relacionan con el entorno sociocultural donde desempeñará su labor para lo cual tampoco han sido preparados.

Otra situación frecuente ocurre cuando los médicos se enfrentan a pacientes cada vez más informados con síntomas no explicados. Algunos pacientes tienden a somatizar y establecen relaciones de dependencia con el médico que debe saber limitar. En ciertas áreas de la salud como en oncología, es frecuente dar malas noticias, discutir sobre la muerte y el duelo, situaciones que un médico debe saber manejar. Otros temas difíciles se refieren a la sexualidad y la estigmatización como en el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del abuso sexual de niños. Los geriatras se enfrentan a pacientes con déficits sensoriales, algunas personas de la tercera edad no escuchan, no ven o no son capaces de seguir indicaciones. Los pediatras tienen que ser expertos en la comunicación intergeneracional para conectarse con los infantes, los padres y abuelos. Como se puede apreciar, la diversidad de situaciones es enorme y mientras más de éstas se consideren en el programa mejor preparado estará el estudiante para ejercitar sus habilidades de comunicación.

Otro reto para los médicos en la actualidad es comunicarse oralmente, por escrito y por medio de formatos digitales. El uso de los medios es importante en la relación con los pacientes y con el equipo de salud. Según un consenso inglés (Von Fragstein *et al.*, 2008), hay cinco áreas que debieran estar en el currículum con respecto a los medios de comunicación:

1. La comunicación cara a cara que considera factores ambientales, físicos y sociales, así como el lenguaje corporal (Hook y Pfeiffer, 2007).

2. La comunicación telefónica y por dispositivos móviles que demanda del estudiante la comprensión cabal de las necesidades del paciente y la valoración de resolverlas o no a la distancia (Saba *et al.*, 2014). También existe la comunicación por *WhatsApp* o *chats* por medio de los cuales los pacientes describen sus enfermedades e incluso envían fotografías, este tipo de medios puede ser útil para aclaraciones, por ejemplo, sustituir el nombre comercial de un medicamento, especificar dosis, pero no para dar una consulta de primera vez o atender casos complejos.
3. La comunicación escrita en dos sentidos, primero hacia el paciente, se refiere a la redacción de documentos comprensibles que sean útiles a sus propósitos, y el segundo hacia el personal de salud que considera la escritura de historias clínicas, notas e indicaciones legibles, claras, precisas, bien estructuradas y comprensibles con lenguaje conciso en el expediente (Melvin *et al.*, 2015).
4. La comunicación por medio de la computadora alude principalmente al expediente electrónico lo que requiere de la competencia de los estudiantes en informática biomédica. Cada vez más sistemas de referencia y prescripción se realizan por estas vías, de ahí la importancia del manejo de plataformas digitales siempre observando las cuestiones éticas involucradas, así como el mantenimiento de la confidencialidad del paciente.
5. La comunicación y presentación de casos clínicos donde los estudiantes exponen información médica y académica de manera organizada, articulada y coherente a grupos grandes.

El círculo externo de la rueda corresponde al dominio de la comunicación que va más allá del paciente. Los médicos necesitan comunicarse con familiares, cuidadores, intérpretes, representantes legales, personal de otras áreas de la salud (interprofesional) y colegas (intraprofesional), al mismo tiempo que mantienen el respeto a la autonomía del paciente (Veenker y Paans, 2016) y la confidencialidad. Los estudiantes necesitan desarrollar la habilidad de trabajar con amplios equipos de salud como grupos de apoyo, organizaciones voluntarias, trabajadores sociales, con profesionalismo y respeto. Para ello, tendrán que conocer con qué recursos cuentan y cuáles son los factores facilitadores y las barreras para el trabajo en equipo. Es deseable que la enseñanza de este tipo de competencias sea planeada interprofesionalmente.

La comunicación con los familiares y cuidadores requiere que el alumno

explore la manera de incluir a una tercera persona, evitando que el paciente se inhiba y asegurando que tenga la libertad de exponer sus problemas, el desafío radica en mantener la confidencialidad y entender el manejo de una entrevista triádica. Con respecto a los abogados e intérpretes el estudiante debe aprender las habilidades para definir los límites de los roles involucrados y desde ahí trabajar en colaboración con ellos, tomando en consideración las reconstrucciones prácticas y culturales expresadas durante el encuentro.

La comunicación intraprofesional requiere que los estudiantes sean capaces de generar comunicaciones orales y escritas claras, y comprensibles, que entiendan los aspectos relacionados con los cambios de guardia, que sean asertivos al trabajar con colegas y que sean capaces de expresar sus preocupaciones sobre el desempeño de otros. También deben estar conscientes de la importancia de seguir las guías clínicas oficiales y la responsabilidad que conllevan con respecto a los actos médicos propios y de los demás. El estudiante tiene la obligación de conocer el sistema para lidiar con las quejas de los pacientes, para reportar errores médicos e incidir en la cultura de la seguridad del paciente (Massé, 1995).

Por su parte, la comunicación interprofesional exhorta a los estudiantes a apreciar los valores, el desempeño, la experiencia y responsabilidades de otros miembros del equipo de salud. Se pretende la colaboración dialógica y efectiva con ellos, desde la enfermera, la trabajadora social, inclusive el antropólogo clínico, tanto en la atención primaria como en las interfaces secundarias, que apoyan la experiencia del padecer del paciente cuidando en todo momento la manera en que se comparte información confidencial.

En esta área se encuentran el profesionalismo, los principios éticos y legales, la práctica reflexiva y la práctica médica basada en la evidencia (PBE). Estos elementos atraviesan los componentes de la comunicación y están presentes en todo acto médico, en última instancia fundamentan el pacto social del gremio médico con la población y son la base de la confianza en la benevolencia de la profesión.

El consenso inglés es útil para plantear los contenidos curriculares de pregrado con respecto a las competencias en comunicación y constituye una buena plataforma para el desarrollo de la capacitación docente, las actividades de enseñanza y aprendizaje, así como de evaluación y realimentación.

LOS PROFESORES ANTE LA ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN

Una buena parte de los profesores que ejercen en las aulas universitarias o en la práctica clínica no fueron instruidos formalmente en temas de comunicación en el ámbito de la salud. La mayoría aprendió a comunicarse tomando como ejemplo a sus profesores de manera tácita y lo hizo considerando sus rasgos de personalidad y temperamento. Desde la última década del siglo pasado, ante la relevancia otorgada a la comunicación como una de las competencias médicas ineludibles, se han hecho esfuerzos por crear programas académicos orientados a desarrollar estas habilidades en los estudiantes, pero esto ha tomado tiempo, pues implica la “pedagogización” de los contenidos, el diseño de actividades y de modalidades de evaluación.

Además, se requiere la formación de profesores capaces de impartir la materia por lo que los esfuerzos también están dirigidos a la formación docente. La mayoría de los profesores muestran buenas actitudes, entendidas como tendencias psicológicas, hacia el desarrollo de habilidades de comunicación, sin embargo, consideran que la formación de los estudiantes en esta área es pobre (Langille *et al.*, 2001). Las actitudes positivas hacia la comunicación fueron evidentes en los profesores que habían tomado algún taller sobre el tema, pero también mostraron preocupación por la poca atención que se le da al tema en los programas académicos que cursan los estudiantes. Una de las medidas para resolver este problema es involucrar a los profesores en cursos y talleres para que conozcan los contenidos curriculares y los transmitan de modo creativo a los estudiantes, con actividades que susciten la reflexión.

Se podrían construir propuestas de curso-taller para la enseñanza de la comunicación donde se incluyan los aspectos centrales que componen este libro, esto es, las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente (biomédica, emocional y sociocultural), las agendas que confluyen en el encuentro (la del paciente, la del médico, la de la institución de salud y en este caso la educativa), y la mayoría de los temas del diseño curricular antes descrito.

La propuesta buscaría que el clínico considere las tres dimensiones insertas en el fenómeno salud-enfermedad durante la atención que otorga a cada paciente, que observe cómo el mismo modelo biomédico al que ya

está habituado se transforma durante la consulta cada vez que lo conecta con la realidad sociocultural y emocional del paciente. Se pretende no sólo trabajar la dimensión biológica y asumir que lo emocional y sociocultural son propiedades separadas sino integrar los componentes biomédicos de su agenda profesional con las preocupaciones del paciente, sin olvidar la influencia de sus condiciones socioculturales (Brown, 2008), con lo que podrá complementar sus acciones en el encuentro profesional.

Las competencias culturales también se aprenden reflexivamente y son importantes en la educación médica en el área de la comunicación, formular preguntas que permitan valorar cómo el paciente entiende y define su problema de salud, la manera en la que afecta su vida, sus inquietudes, los cambios experimentados y el tratamiento adecuado a su perspectiva (Lee *et al.*, 2015), constituyen el núcleo mismo de la atención médica. Las competencias culturales de comunicación involucran los comportamientos verbales y no verbales (Molinuevo *et al.*, 2011), el reconocimiento de diferencias potenciales, la incorporación de saberes sobre aspectos socioculturales, la habilidad de adaptación, la negociación y la colaboración (Teal y Street, 2009).

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

Una vez que los profesores han sido instruidos y capacitados para distinguir las características de la comunicación dialógica, tienen el reto de armar talleres con temas relevantes, actividades apropiadas, modalidades de evaluación acordes con los contenidos y formas de realimentación que permitan la reflexión sobre la situación de interacción y desempeño. Aunque hay tantas actividades como la imaginación del profesor requiera, este apartado se centra en tres:

1. Uso de guías, instrumentos, cuestionarios, rúbricas, listas de cotejo, entre otros.
2. Realización de sociodramas.
3. Análisis de videos.

GUÍAS E INSTRUMENTOS: ¿QUÉ Y CÓMO OBSERVAR?

Para los médicos no es fácil cambiar sus patrones de comportamiento en contextos clínicos. Existen algunas guías, instructivos, marcos de referencia, modelos, instrumentos, cuestionarios, etc., cuya intención es describir el comportamiento del médico en la práctica a partir de lo que se considera ideal. Estos documentos, que se denominan de manera genérica “guías de comunicación”, varían de manera considerable en extensión, en el número de reactivos, en su estructura, profundidad y detalles sobre los que pretende aportar evidencia (Veldhuijzen *et al.*, 2013).

La mayoría de los autores siguen la lógica cronológica que refleja el curso de la consulta y lo organizan por fases, otros enfatizan la tarea principal del médico en la consulta, pero no describen la secuencia, pues asumen que la labor se desempeña en distintos momentos e incluso en varias consultas (Silverman *et al.*, 2016). Un aspecto relevante de las guías de comunicación se refiere a su influencia en la enseñanza y el aprendizaje. Por ejemplo, ¿qué tan fácil es utilizarlas?, ¿están diseñadas sólo para el profesor o también para el estudiante? La respuesta es que deben ser fáciles de entender para ambos, pero sólo el profesor las utiliza para evaluar el desempeño de los estudiantes. La complejidad de las guías se relaciona con las tareas, la experiencia y la *expertise* del médico,

titulado o en formación. Mientras menos complejas sean las guías, más fácil es usarlas, aunque es más difícil determinar su validez; el nivel de complejidad depende de la función de la guía. Un modelo de aprendizaje para alumnos de pregrado debería contener recomendaciones aplicables y practicables. En estos casos un instrumento de realimentación sencillo podría ser utilizado por estudiantes y profesores aludiendo sólo a las habilidades de comunicación básicas. En cambio para los residentes o médicos especialistas el enfoque podría estar orientado al tipo de problemas que enfrentan en situaciones clínicas específicas.

Las guías de comunicación son muchas y casi en cada país se ha desarrollado alguna, antes de decidir cuál utilizar habría que indagar con qué fundamentos teóricos fue construida, cuál es su contenido, qué estructura presenta, a quién está dirigida y con qué situaciones se relaciona. A continuación se mencionan algunos de los instrumentos referidos en la literatura de educación médica: el *MAAS-Global Manual* (Van Thiel, Ram y van Dale, 2000), la *Calgary Cambridge Guide* (Group of Calgary Cambridge, 2017); en EUA es frecuente el uso del *Essential Elements Checklist* (*The Kalamazoo Consensus Statement*) *Assessment Tool* o el método básico o el *Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education* (Makoul, 2001; Joyce *et al.*, 2010), sobre el cual se basa el *Harvard Medical School* de entrevista centrada en el paciente (Smith *et al.*, 2000) o las preguntas del *American Board of Internal Medicine* (ABIM). En México existe un instrumento de observación que se utiliza para analizar videograbaciones realizadas por los mismos alumnos en medicina familiar, que ha resultado ser útil en el análisis conjunto de profesores y residentes durante su formación académica (Hernández *et al.*, 2012). El instrumento evalúa cinco dimensiones: 1) imagen personal y profesional del médico; 2) imagen del consultorio; 3) comunicación verbal y no verbal; 4) práctica clínica y 5) abordaje familiar. En el capítulo dos de esta obra, se presenta una guía con preguntas abiertas para valorar la comunicación en la consulta que es compatible con el modelo teórico aquí presentado, ejemplificándola con el análisis de un encuentro entre una paciente y un médico familiar.

Para la enseñanza de la comunicación los materiales y recursos que apoyan la docencia son: libros con marcos teóricos que contengan descripciones conceptuales sobre los modelos de la comunicación médico-paciente, el diseño de programas básicos para el entrenamiento en los cuales se especifiquen las habilidades o competencias que se pretende

desarrollen los estudiantes, herramientas de realimentación para observar el desempeño del alumno e instrumentos de evaluación para valorar la calidad del acto comunicativo. A los estudiantes además les son útiles libros de texto con recomendaciones para comunicarse, que les permite aprender acerca del tema, obtener información con antecedentes relativos a los avances de investigación educativa en el área de la comunicación y acceder a listas de cotejo o rúbricas para darse cuenta de lo que necesitan hacer.

Con respecto a los instrumentos se ha discutido acerca de la mejor forma de registrar lo observado, hay quienes prefieren calificar en escalas cerradas tipo Likert, otros consideran que las descripciones son más útiles para realimentar al estudiante, en todo caso, los comentarios deben ser precisos para evitar la ambigüedad y apegarse al marco teórico con el fin de asegurar su validez y utilidad. Sin embargo, la realimentación más apreciada por los estudiantes es la narrativa pues estimula la discusión y motiva a mejorar, cuando sólo reciben malas calificaciones y no hay posibilidad de diálogo, aparece la frustración, es por ello que la combinación de aspectos positivos y negativos resulta adecuada.

Las guías y herramientas para la realimentación no tienen las mismas funciones que los instrumentos de evaluación, por lo que hay que ser cautos y evitar utilizarlas de modo indistinto. Los instrumentos de evaluación tendrían que tomar en cuenta el nivel que cursa el estudiante, la complejidad y extensión requerida, la estructura según el modelo teórico, la profundidad y nivel de detalle de lo observado, la especialidad, el tipo de paciente y mostrar datos de validez y confiabilidad.

Sobre el tema de la validez, aunque muchos consideran que la comunicación es dialógica y tiene que ver con la capacidad humana de relacionarse con el otro, solidarizarse y ayudarlo en sus problemas de salud, la educación basada en competencias tiende a la medición y aplica la lógica estadística y paramétrica en ejercicios de observación. Los médicos además están formados en la tradición epistemológica positivista que busca evidencia científica para probar y demostrar la verdad, de ahí su necesidad de dar validez y confiabilidad a las evaluaciones. Sin embargo, en ocasiones los indicadores son bajos en las listas de cotejo, pero la consulta sale bien y el paciente queda satisfecho o viceversa. Lo importante es no perder de vista que lo que se busca es mejorar la atención médica y lograr que las competencias evaluadas se vuelvan parte intrínseca de la práctica médica y no sólo comportamientos aprendidos para presentar

exámenes, la práctica reflexiva y la visibilización de los aspectos relativos a la comunicación son los que pueden tener efecto en cambiar los comportamientos.

SOCIODRAMAS: EL VALOR DE LA EXPERIENCIA

Existen diversas estrategias didácticas para entrenar a los estudiantes en habilidades de comunicación y en la interacción médico-paciente, algunas serían la tutoría individual, lecciones sobre la competencia de comunicación, ejercicios de rol, demostraciones (Anderson *et al.*, 2014) y supervisión de consultas reales. Varios estudios han argumentado el valor de usar actores como pacientes para aumentar el número y la variedad de escenarios clínicos posibles (Dowsett *et al.*, 2000; Kopecky-Wenzel y Frank, 2010; Kuhn *et al.*, 2007; Neumann *et al.*, 2011; Prose *et al.*, 2010). El uso de pacientes actores es ideal para ensayar consultas complejas, emocionalmente cargadas y mostrar distintas modalidades para moderar el encuentro. Entre las ventajas del sociodrama está la reducción de riesgo y consecuencias no deseadas tanto para el estudiante como para el paciente. Además existe evidencia (Makoul, 2001; Rowan *et al.*, 2003; Hantho *et al.*, 2002; Levenstein *et al.*, 1986) de que estas experiencias pueden tener una influencia prolongada en las habilidades de comunicación con los pacientes y pueden ser susceptibles de medición. En este tipo de ejercicios, la realimentación es un elemento crucial, ésta puede ser personal o colectiva. El uso de guías o instrumentos, así como del video para revisar los momentos y aspectos específicos, puede ser de gran ayuda y hace la diferencia en la experiencia de aprendizaje.

Durante los sociodramas donde se representa el encuentro médico-paciente puede existir una estructura subyacente, pero no un parlamento (*script*), pues cada encuentro tiene una dosis de improvisación que la hace impredecible. La brecha entre lo sorpresivo y desconocido de la improvisación teatral y la instrucción médica permite el desarrollo de las habilidades de comunicación que el médico necesita. La enseñanza de la comunicación, del profesionalismo y otras competencias es posible por medio del arte histriónico, de lo que Katie Watson llama “improvisación médica” (*medical improv model*) y propone integrarla al currículum tanto en la facultad como en la clínica (Watson, 2011). Watson planeó un seminario de 12 sesiones donde los médicos tenían que improvisar y

desarrollar su agilidad mental para pensar de modo creativo y reconocer patrones en situaciones cambiantes, inciertas y ambiguas, todo esto manteniendo la compostura profesional, en condiciones de gran estrés. La idea es que los estudiantes reaccionen y se adapten con rapidez durante la interacción con los pacientes de manera espontánea y honesta. *Improv* es a la vez una forma de arte y una oportunidad para desarrollar habilidades de comunicación, de desempeño y de práctica transformativa donde se aprende a escuchar, observar, reaccionar, dialogar y negociar con las palabras y con el cuerpo, bajo los principios de la ética profesional. Una de las claves de la improvisación es asentir y seguir, es decir, reafirmar la escena que el compañero está creando y contribuir a la misma con una respuesta creativa. Esto requiere pensar bien enfrente del público. A los alumnos que tienen dificultades para hablar ante la audiencia les ayuda a expresarse, a aquellos que hablan demasiado y no escuchan también les sirven este tipo de ejercicios, a aquellos que sienten que no se pueden equivocar les da la confianza de aventurarse en contextos simulados, donde existe la realimentación.

Existen varias alternativas para llevar a cabo los escenarios en los que participan los estudiantes, pueden intervenir pacientes simulados (Gough *et al.*, 2009) entrenados con anticipación o pacientes instructores que también son preparados de manera previa. Estos últimos a diferencia de los anteriores son médicos o académicos o estudiantes avanzados con conocimientos sobre el tema que además de actores fungen como evaluadores y tienen la capacidad de realimentar al estudiante, ya sea justo después del sociodrama o en una reflexión posterior individual o grupal. Según el artículo de Levenkron, Greenland y Bowley (Levenkron, Greenland, Bowley, 1987) los ejercicios realizados con pacientes instructores son preferidos por los estudiantes e inciden en el aprendizaje significativo. En cuanto a los pacientes simulados, Siaw-Cheok *et al.* (Liew *et al.*, 2014) en un estudio realizado en Malasia, encontraron que aquellos involucrados en el campo de la salud desempeñan mejor sus roles en la interacción con los estudiantes, lo que coincide con el estudio anterior.

En términos económicos, los sociodramas (*role play*) son menos costosos cuando no hay que pagar actores como pacientes simulados y no existe evidencia contundente de que haya alguna diferencia en el aprendizaje (Lane y Rollnick, 2007). Los pacientes simulados pueden ser actores versátiles, por ejemplo, padres de familia de infantes (Gough *et al.*, 2009),

adolescentes (Hardoff y Schonmann, 2001) o incluso niños entrenados para desempeñarse en escena. En cuanto a la diferencia del aprendizaje con pacientes estandarizados presenciales y virtuales (cuya interacción es a través de video o audio) (Deladisma *et al.*, 2007) encontraron que la comunicación no verbal y la empatía son más intensas con los pacientes presenciales que con los virtuales sobre todo por el contacto visual. Los escenarios virtuales son tecnológicamente posibles aunque más difíciles de producir, pero a la larga es más barato trabajar con ellos sobre todo para la evaluación masiva más que para la enseñanza (Stevens *et al.*, 2006). Los datos anteriores pueden ser considerados en la planeación, implementación, evaluación y realimentación de cursos sobre comunicación.

VIDEOS

El uso de pacientes simulados o estandarizados en educación médica, introducido en 1988 (McManus *et al.*, 1993) tuvo como objetivo que los estudiantes desarrollaran sus habilidades prácticas con una realimentación individualizada en la práctica deliberada (Barrientos *et al.*, 2015). El uso de videos durante la interacción en la supuesta consulta fue un recurso valioso para revisar los distintos aspectos de la experiencia, desde el razonamiento clínico, la técnica de la exploración física, hasta la comunicación entre el médico y el paciente en sus tres dimensiones. El video como estrategia didáctica prioriza la práctica reflexiva y se combina con otros recursos como guías, instrumentos cerrados, preguntas abiertas, discusiones grupales para analizar la experiencia. En estas sesiones el papel que desempeña el profesor es crucial para moderar las intervenciones y motivar más que desanimar a los estudiantes que participan en el ejercicio, con el fin de que el aprendizaje sea significativo y logren desarrollar la competencia de la comunicación. Los videos pueden conservarse en el tiempo y permiten apreciar longitudinalmente los cambios en las habilidades de comunicación de los estudiantes, pueden formar parte del portafolio digital tanto en la licenciatura como en el posgrado.

No obstante, también se ha reportado que la realimentación con el uso de video puede ser una experiencia estresante para los estudiantes que en ocasiones se resisten a participar. En un estudio cualitativo, con la técnica de grupos focales, Nilsen y Baerheim (2005) indagaron sobre los

problemas que experimentan los estudiantes al dar y recibir realimentación de sus consultas videograbadas y encontraron que al inicio presentan estrés emocional, inseguridad, falta de confianza en sí mismos y miedo a exponer su falta de habilidad frente a otros. Sin embargo, al final del ejercicio valoraron la actividad como positiva y satisfactoria porque aprenden de sí mismos. Lo que demuestra este estudio es la importancia de reconocer la vulnerabilidad de los estudiantes y la necesidad de apoyarlos para reforzar su autoestima y confianza en sí mismos, lo que habría que considerar cuidadosamente al diseñar este tipo de ejercicios. Por su parte Uhm *et al.* (2015) argumentan que la realimentación se vuelve más efectiva y significativa para el aprendizaje cuando se utilizan estrategias cualitativas como los grupos focales, durante y después del análisis de videos, además de que aporta más información sobre el proceso.

En 2007 Zick *et al.* (2007) realizaron una encuesta de autoevaluación a 674 estudiantes de *Northwestern University Feinberg School of Medicine* sobre el desarrollo de sus habilidades de comunicación y encontraron que las fortalezas más frecuentes se relacionaban con la cobertura de los temas en el encuentro, el intercambio fluido de la información, el contacto personal, el “*rappport*”, la conducción de la conversación y la confianza del paciente. Las debilidades fueron: el paralenguaje (tono, ritmo, volumen de voz), problemas para explicar los temas, dificultades para discutir riesgos de salud, incapacidad de seguir la conversación y sentirse incómodos o no preparados para el ejercicio.

Las tecnologías digitales también se han utilizado en el análisis de videos de consultas médicas. El RIAS (por su nombre en inglés *Roter Interaction Analysis System*), es un método para codificar los diálogos en la consulta médica; se ha utilizado en EUA y en otras partes del mundo incluida América Latina (Roter y Larson, 2002). Es un programa adaptable y es capaz de dar cuenta de las dimensiones contextuales asociadas con las situaciones médicas estudiadas. La flexibilidad del sistema se evidencia de varias maneras: codifica el habla de múltiples personas, utiliza subcategorías en el marco del sistema básico para documentar la funcionalidad específica de los tipos de intercambios y permite la elaboración de tópicos con contenidos particulares a través de notas en el registro de códigos. En realidad se trata de un programa que ayuda a identificar y organizar el contenido del diálogo en un video para su clasificación y análisis. El problema con este tipo de herramientas es que fragmenta el material y analiza las partes codificadas, cuando en las

conversaciones la subjetividad y los mensajes no verbales forman parte de una unidad semántica y semiótica más compleja. Aunque el RIAS constituye una valiosa herramienta, que mide variables para darle validez y confiabilidad al análisis (Price *et al.*, 2008), el ejercicio es incompleto si no incluye marcos teóricos y conceptos que permitan formular preguntas profundas en torno a la comunicación dialógica. No obstante, constituye un esfuerzo por trabajar con métodos mixtos en el ámbito de la comunicación médica.

Se han hecho esfuerzos por desarrollar recursos en línea para apoyar a los profesionales de la salud a otorgar realimentación efectiva para el desarrollo de habilidades de comunicación, con la perspectiva conceptual de encuentros centrados en el paciente. Un equipo docente interdisciplinario en la Gran Bretaña llevó a cabo una investigación acerca de la experiencia de profesores experimentados en la enseñanza de la comunicación con el fin de recoger ejemplos de situaciones difíciles de realimentación (Harrison *et al.*, 2012).

Con esa información se elaboraron videos cortos para ilustrar algunos desafíos comunes al dar realimentación en contextos clínicos sobre habilidades de comunicación. Las discusiones se llevaron a cabo en talleres basados en la reflexión de los videos con la utilización de la “técnica de la pared”, método utilizado para registrar las opiniones de los participantes que son redactadas en notas de *post-it*, y colocadas en un pizarrón para iniciar la discusión.

Como resultado de estos ejercicios se desarrolló un programa en línea de acceso abierto (http://www.cetl.org.uk/learning/feedback_opportunities/player.html) para capacitar a los docentes sobre análisis de videos y estrategias de realimentación que contiene ocho escenarios frecuentes en la didáctica de la comunicación con estudiantes, que puede ser estudiado de forma individual o colectiva. La herramienta ha demostrado ser útil para enfocar la discusión sobre aspectos relevantes de la enseñanza y el aprendizaje de las competencias comunicativas.

Las estrategias educativas para desarrollar competencias de comunicación están en aumento y los reportes de las mismas en la literatura de investigación en educación médica, son cada vez más numerosos. La combinación de guías, instrumentos cuantitativos y cualitativos, preguntas teórico-metodológicas para la reflexión, así como el análisis de videos con distintas intenciones y formatos son recursos

invaluables en la enseñanza y aprendizaje de la comunicación médico-paciente. La inclusión de socio-dramas y de ejercicios prácticos que consideren la participación activa de los estudiantes, aporta al aprendizaje significativo y a la calidad de la atención clínica que ofrece el médico.

Como se ha mencionado, el video se ha utilizado de manera versátil de acuerdo con los objetivos y el nivel académico de los estudiantes. En la literatura se han reportado modos diversos con fines didácticos. A continuación, se presentan propuestas nacionales e internacionales ligadas a modelos pedagógicos y de relación médico-paciente que pueden ilustrar el uso de videos en la educación médica.

TALLER DE AUTOIMAGEN

Éste consiste en que el propio médico, que a su vez es alumno, se observe a sí mismo en su actuar profesional. Para ello, se solicita que alguien realice la videograbación de una de sus consultas, con un paciente real (aunque si las condiciones no lo permiten, puede ser un sociodrama o una consulta con un paciente estandarizado), otorgando el mismo tiempo que habitualmente se concede en el consultorio de la institución donde se encuentre realizando sus estudios. La videograbación la puede efectuar personal de enfermería que asiste al alumno, alguno de sus compañeros de clase o su profesor. Se informa al paciente que la grabación del video es con fines estrictamente académicos y se pide por escrito su consentimiento informado. Después, en el aula y durante un tiempo específicamente destinado a ello, se analiza la videograbación con el profesor y el resto del grupo de alumnos con la finalidad de proporcionar realimentación al alumno que presenta la consulta grabada. En el cuadro 4-1 se muestra la transcripción literal de una de estas consultas con el fin de ejemplificar el tipo de análisis que se realiza después. Se trata de un residente de medicina familiar de segundo año con una paciente femenina, adulta mayor, en su primera consulta, quien acude por la dotación de sus medicamentos y a revisión de estudios de laboratorio.

Cuadro 4-1. Transcripción de una consulta médica videograbada con una paciente hipertensa y un médico familiar en formación de segundo año del Curso de Especialización de Medicina Familiar, en una sede de la Ciudad de México, 2014	
Doctor:	<i>¿Cómo está?</i>
Paciente:	<i>Bien doctor.</i>
Doctor:	<i>¿Sí?</i>
Paciente:	<i>Sí pues, estoy muy bien por eso es que vengo.</i>
Doctor:	<i>Ja, ja.</i>
Doctor:	<i>Es hipertensa, ¿verdad?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Y se hizo estudios de laboratorio.</i>
Paciente:	<i>Pues sí, pero no me salió muy bien.</i>
Doctor:	<i>¿Le salió elevadito? ¿Salió con...?</i>
Paciente:	<i>Con el colesterol y ...</i>
Doctor:	<i>Con la glucosa en 146... un poquito elevada. ¿Cómo se ha sentido?</i>
Paciente:	<i>Pues a veces me siento bien y a veces no.</i>

Doctor:	<i>¿Ha habido dolor de cabeza?</i>
Paciente:	<i>Sí, dolor de cabeza, me duelen las piernas y el estómago... le digo lo que me duele...</i>
Doctor:	<i>¿Náusea? ¿Vómito?</i>
Paciente:	<i>No. Nada más para comer me duele al pasar el alimento.</i>
Doctor:	<i>¿Otros hipertensos en su casa? ¿Su esposo, su mamá, su papá?</i>
Paciente:	<i>No.</i>
Doctor:	<i>Bueno ¿Hijos hipertensos?</i>
Paciente:	<i>Tampoco.</i>
Doctor:	<i>¿No se había presentado su azúcar alta? ¿Nada más su presión alta?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Pásele de aquel lado para que le tomemos la presión.</i>
Paciente:	<i>Muy bien doctor.</i>
Doctor:	<i>Es en este brazo donde la vamos a tomar la presión... está muy bien su presión.</i>
Paciente:	<i>Qué bueno doctor.</i>
Doctor:	<i>Vamos a ver su corazón... vamos a ver sus pulmones. Inhale... exhale.... inhale.... exhale.... inhale... exhale... ok. Bueno. ¿Se le han hinchado sus pies?</i>
Paciente:	<i>No doctor.</i>
Doctor:	<i>No están hinchaditos... a ver el otro... ¿le puedo quitar tantito sus zapatos? ... el otro... ok... puede ponerse sus zapatos... es al revés.</i>
Paciente:	<i>Sí, están al revés.</i>
Doctor:	<i>Si pudiera acostarse tantito... voy a revisarle su abdomen... aquí acostadita. Le vamos a poner la sabanita. ¿Ha habido dolorcito de su abdomen?</i>
Paciente:	<i>Sí, sí, doctor.</i>
Doctor:	<i>Con esta sabanita le vamos a poner así... nada más acomode su falda.</i>
Paciente:	<i>¿Así?</i>
Doctor:	<i>Sí, vamos a ver... ¿ha habido algún dolorcito en su pancita?</i>
Paciente:	<i>No, nada más cuando como... y a veces le digo, muchos gases.</i>
Doctor:	<i>¿Muchos gases?... a ver vamos a ver... ¿esto duele?</i>
Paciente:	<i>Sí. ¡Ay!, en serio que apenas ayer me comenzó un dolorcito acá.</i>
Doctor:	<i>¿Acá de este lado?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Ok. ¿Padece de acidez?</i>
Paciente:	<i>No.</i>
Doctor:	<i>Ok. A ver... sentadita... a ver, sentadita para acá. ¿Hay dolorcito aquí?</i>
Paciente:	<i>Sí, acá doctor.</i>
Doctor:	<i>¿Un poquito?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>¿Esto duele?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Ok. Pase de aquel lado. A ver... le ayudo. Eso es.</i>
Paciente:	<i>Ya, doctor.</i>

Doctor:	<i>Muy bien, pase de aquel lado.</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Aquí tenemos sus estudios de laboratorio. Habíamos comentado que salió un poquito elevada la azúcar. Hay que volverle a repetir este estudio, ¿Sí?</i>
Paciente:	<i>Sí doctor.</i>
Doctor:	<i>Aquí tenemos su estudio general de orina. En el cual pues sale... sale bien, sí. Y aquí tenemos estos dos ¿no? Pero el que nos llama la atención es el de la azúcar. Tenemos el colesterol que tiene 240, ¿sí? Hay que volverle a hacer el estudio... repetirle este estudio en la próxima cita que usted tenga con nosotros, ¿sí?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>De los medicamentos que toma ¿es el metoprolol?</i>
Paciente:	<i>Sí, el metoprolol.</i>
Doctor:	<i>¿Qué tiempo tiene tomándolo... el metoprolol?</i>
Paciente:	<i>¡Uh! Ya tiene más de cinco años.</i>
Doctor:	<i>Cinco años. ¿Qué otro medicamento toma usted?</i>
Paciente:	<i>Pues, tomo la ranitidina.</i>
Doctor:	<i>¿Por el dolor del estómago?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>¿Le ha mejorado ese medicamento?</i>
Paciente:	<i>Más o menos doctor. Diclofenaco... parecetamol... todo eso estoy tomando, y luego este... clortalidona.</i>
Doctor:	<i>¿Y se ha sentido bien con estos medicamentos?</i>
Paciente:	<i>Sí, más o menos sí. Me he sentido bien.</i>
Doctor:	<i>¿Se ha sentido controladita?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Bueno, muy bien. ¿No ha habido problema al orinar? ¿Ardor, dolor?</i>
Paciente:	<i>No, doctor. A veces me estriño.</i>
Doctor:	<i>Bueno. Vamos a continuar dándole su tratamiento que estaba ya establecido para que lleve su control.</i>
Paciente:	<i>Sí, doctor, está bien.</i>
Doctor:	<i>A ver vamos a ver... le vamos a dar la clortalidona, ¿esa toma cuánto, cada cuándo?</i>
Paciente:	<i>Una diaria.</i>
Doctor:	<i>Una diaria. ¿El metoprolol cuánto toma?</i>
Paciente:	<i>También, a veces la mitad en la mañana y la mitad en la tarde. Si no, una en la mañana y una en la noche. Según me sienta.</i>
Doctor:	<i>¿El metoprolol, toma una en la mañana y otra en la noche?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Tiene que tomar eso. Una en la mañana y otra en la noche.</i>
Paciente:	<i>¿Cada 12 horas y si no hasta tres veces al día?</i>
Doctor:	<i>Una cada 12 horas, además hay que evitar los irritantes, los condimentos, ¿sí? Hay que bajarle a la sal y evitar las comidas muy condimentadas, ¿no?</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Entonces, la mandamos a laboratorio. Y le damos su receta, ¿no? A ver, esto es para que le hagan su próximo examen de laboratorio, el próximo mes, ¿sí? Y le damos sus recetas. Es el medicamento que ya está tomando.</i>

Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Entonces la esperamos el próximo mes. Hay que bajarle a los azúcares, a los refrescos, los pastelitos y todo eso, para que baje la glucosa en sangre ¿sí? Para que no se nos altere y esté mejor. Hay que bajar de peso.</i>
Paciente:	<i>Sí, está bien.</i>
Doctor:	<i>Y comer un poquito más de fibra y verduras.</i>
Paciente:	<i>Sí.</i>
Doctor:	<i>Entonces nos vemos en la próxima consulta.</i>
Paciente:	<i>Sí, está bien doctor... ¿esto es para el laboratorio?</i>
Doctor:	<i>Sí, es del laboratorio.</i>
Paciente:	<i>Bueno. ¿Mi carnet?</i>
Doctor:	<i>Éste es su carnet.</i>
Paciente:	<i>Bueno, ¿eso es todo?</i>
Doctor:	<i>Eso sería todo. Que esté muy bien.</i>
Paciente:	<i>Hasta luego.</i>

¿Qué es lo que se observa? El material videograbado permite explorar el abordaje que hace el médico. Si se toma en cuenta el modelo de las tres dimensiones propuesta en este libro, la biomédica, la psicológica (emocional) y la de identidad cultural y social, lo que se observa es que el alumno se ubica en la dimensión que conoce y en la que por lo general se siente más cómodo, es decir, la biomédica, para la que ha sido formado.

Algunos datos complementarios para el lector son que: la fase de interrogatorio duró menos de dos minutos, cinco minutos la fase de exploración física y la duración total de la consulta fue de 12:35 minutos. Aunque al inicio el médico creó una relación cordial, el lenguaje no verbal en el resto de la interacción se caracterizó por mantener una relación desanimada, una sonrisa amortiguada y una mirada superficial y sostenida a los ojos de la paciente. En el video se puede ver que el ritmo del lenguaje verbal fue lento, con dicción clara, pero de volumen bajo. La cercanía física a la paciente, excepto en el momento de la exploración física, fue de 1.3 a 3 metros, lo cual se califica como típica de la interacción social y el uso del tiempo se consideró como rígidamente segmentado.

En términos generales el médico atendió sólo la condición biológica de la paciente. Simplemente otorgó los medicamentos que requería y exploró poco otros problemas de salud con lo que perdió la oportunidad de prevenir complicaciones del mismo padecimiento. No se buscaron oportunidades para conocer las principales preocupaciones de la paciente fuera del ámbito biológico y, quizá aún dentro de este mismo ámbito, se realizaron con escaso cuidado, pues el interrogatorio, exploración física y

explicación de los resultados de laboratorio fue exiguo.

¿Qué elementos se pueden observar en este ejercicio que influyen en forma adversa rumbo a un verdadero diálogo durante la relación médico-paciente? El médico no saludó ni dio la bienvenida a la paciente, aparentemente la frase “¿cómo está?” funcionó como saludo y en la bienvenida (Hernández *et al.*, 2012), tampoco utilizó el nombre de la paciente para referirse a ella. Sin embargo, con su cordialidad inicial aseguró su comodidad y disposición y utilizó diminutivos con frecuencia para suavizar el intercambio verbal.

Propiamente no existió una definición de la agenda a tratar, al preguntar “¿es hipertensa, verdad?” y “¿se hizo estudios de laboratorio?”, se dio por entendido que el motivo de la consulta estaba relacionado con la hipertensión arterial y la confirmación de que los resultados de laboratorio estaban alterados. Por lo anterior, no se reconocieron con claridad los asuntos que la paciente deseaba abordar. No utilizó exclusivamente preguntas cerradas, pero cuando formuló preguntas abiertas, no facilitó oportunidad a la paciente para que se extendiera en sus explicaciones o comentarios, de inmediato la interrumpía para hacer otra pregunta (Hernández *et al.*, 2013) lo que repercute en una falta de escucha activa como es lo deseado (Boudreau *et al.*, 2009). Con el interrogatorio realizado no se aprecian sus habilidades para saber más acerca de otros síntomas, lo cual tal vez se vincula con limitaciones en las aptitudes del médico para relacionarse socialmente, pero también con un desconocimiento de las manifestaciones clínicas de los posibles padecimientos en cuestión.

También se observa falta de búsqueda intencionada sobre el potencial impacto de la enfermedad en las emociones de la paciente, quien aparentemente estuvo acostumbrada a sufrir hipertensión arterial, pero no se menciona gran cosa acerca de la elevación de la glucemia y de las cifras de colesterol. Tampoco se exploraron los valores, creencias o los significados atribuidos a las nuevas alteraciones reflejadas en los resultados de laboratorio. En términos de empatía, más allá de ser cordial durante la consulta, no se observó comprensión hacia la paciente, por ejemplo, por medio de las posibles implicaciones de los resultados de laboratorio ni se observaron señales de reconocimiento del esfuerzo de la paciente por luchar con el padecimiento, ¿hasta dónde realmente se está corresponsabilizando con su paciente?

Durante la exploración física, a pesar de que mencionó las zonas que

exploraría, nunca solicitó autorización para efectuarla, sólo indicó “pásele de aquel lado para que le tomemos la presión”, a lo cual la paciente dócilmente accedió (Hernández *et al.*, 2012). Al decir “muy bien, pase de aquel lado”, se dio por concluida la exploración física, sin mayores consideraciones.

Durante la fase del proceso diagnóstico, que incluye la revisión de los resultados de laboratorio, se apreció cierto esfuerzo por explicar la elevación de la glucosa en forma comprensible para la paciente, sin embargo, no abordó abiertamente el significado de una glucemia de 146 mg/dL. Su discurso fue más bien informativo y no buscó probables dudas en la paciente acerca de los resultados de los exámenes de laboratorio, sólo señaló que se trataba de un resultado anormal, pero no explicó con clara transparencia la sospecha diagnóstica, es decir, el riesgo de diabetes mellitus.

En fase de tratamiento, acordó sólo el manejo de los medicamentos ya establecidos, pero acerca de los resultados de laboratorio, pareció organizar la información sólo para él. No se apreció la intención de establecer un verdadero diálogo dirigido a la elección del mejor plan ni a generar la corresponsabilidad con la paciente. Tampoco preguntó por la estimación que ella hizo de sus resultados de laboratorio ni indagó la posible incertidumbre que se pudo haber generado durante la consulta.

Otro punto a resaltar es el lenguaje manejado, se utilizan palabras en diminutivo, lo que puede traducirse como una minimización del encuentro, en esta consulta médica. Para el cierre de la consulta, al médico le faltó indicar con claridad que la sesión había concluido, por lo que la paciente buscó el desenlace con la frase: “Bueno, ¿eso es todo?”, a lo que el médico respondió “eso sería todo. Que esté muy bien”.

En esta consulta, se puede apreciar mayor preocupación del médico por el llenado del expediente para la institución que por las preocupaciones de la paciente. Por el tipo de material analizado, es difícil conocer el razonamiento clínico del médico, pero parece evadirlo o no lo tiene: es notable el periodo tan corto que dedicó al interrogatorio, durante el cual está comprobado que se establecen las principales hipótesis diagnósticas (Hernández *et al.*, 2013), esta brevedad, le hace pasar a la fase de exploración física en forma prematura. El diagnóstico, que no es emitido con claridad, parece ser reducido al manejo de los datos de laboratorio, y el lenguaje de un médico, aunque debe ser claro y sencillo, y el de este médico parecía el de una persona ignorante; dice “la azúcar”. Su lenguaje

es discordante: “Aquí tenemos su estudio general de orina. En el cual pues sale... sale bien, sí. Y aquí tenemos estos dos ¿no? Pero el que nos llama la atención es el de la azúcar. Tenemos el colesterol que tiene 240, ¿sí? Hay que volverle a hacer el estudio... repetirle este estudio en la próxima cita que usted tenga con nosotros, ¿sí?” Cabe decir que el médico no interrogó sobre la historia personal de la paciente, y llama la atención que ésta se sometió a una interacción sin cuestionar nada acerca de su padecimiento. Finalmente, el médico con dificultad llena las necesidades de un modelo biomédico, requerido por la institución. Si le preguntáramos a la paciente en qué consistió la atención ¿qué nos diría? Tomemos también en cuenta que los pacientes de las instituciones públicas esperan muchas veces por varios meses para llegar a la consulta con el médico y con esta atención puede quedar con vacíos e insatisfacción por la atención otorgada. Con todo esto, la asimetría de poder en la consulta médica resulta evidente y el contexto sociocultural y emocional está ausente.

Esta consulta médica refleja patrones de comunicación instrumentales, con énfasis en la información y las indicaciones expresadas en el discurso biomédico; en este caso el comportamiento afectivo del médico se define por la amabilidad, pero no por comprender los aspectos emocionales o socioculturales del paciente (inquietudes, preocupaciones, empatía), hay poco contacto visual durante la consulta. En el estudio realizado por Hernández *et al.*, (2013) a partir del análisis de 70 videos en toda la República Mexicana, los patrones de comunicación fueron similares.

En contraste, los resultados de la investigación realizada en 1999 en la Unión Europea donde se analizaron las características de la comunicación médico-paciente en los distintos países que la conforman, reportaron rasgos distintos. Los autores argumentaron que en Gran Bretaña, por ejemplo, los médicos eran activos verbalmente, con un discurso social y de acuerdos abundantes, daban menos información, lo cual no es incorrecto, pero la orientación de la interacción era más psicosocial que biomédica y con un contacto visual frecuente. En España, se reportó que la consulta fue instrumental, las preguntas del médico ocuparon mucho espacio, con intercambios en aspectos psicosociales, poco comportamiento afectivo y escaso contacto visual en consultas breves (Brink-Muinen *et al.*, 1999). Estos estudios muestran que la comunicación es una competencia mediada por la cultura y no es ajena a lo que sucede en el contexto, lo que no quiere decir que no puede aprenderse y mejorarse.

COMUNICACIÓN Y PREVENCIÓN EN LA CONSULTA MÉDICA

El profesor Rossi parte del supuesto de que cuando hay una interacción en un contexto de salud, hay una confrontación de culturas: por un lado, la médica y por el otro la popular, lo que genera representaciones. La manera de comprenderlas opera en función de la identidad y de las relaciones que se van construyendo con los demás. Junto con Massé (1995), distingue tres tipos de fuentes de los saberes: la profesional o biomédica, única válida para los médicos; la comunitaria que considera las creencias y concepciones transmitidas por las redes sociales y comunitarias; y la idiosincrática que alude a las creencias del propio individuo. Estas fuentes de saber se negocian en la consulta y la relación de acompañamiento que procede.

La investigación realizada en Suiza en 2012 por Rossi *et al.*, partió de este marco teórico, reconoció estos tres niveles e identificó junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que las campañas de sensibilización pública (publicidad y de mercado) y la perspectiva comunitaria de la prevención del SIDA estaban razonablemente extendidas, no así las prácticas médicas individuales de prevención en la consulta (consejería). La investigación de la que Rossi formó parte, buscó desde la antropología clínica comprender lo que sucedía en las interacciones médicas para mejorar las estrategias de intervención de los profesionales de la salud en la prevención a nivel personal. La intención era ligar las evidencias científicas, las estrategias de salud pública y las representaciones colectivas e individuales.

Para ello se videograbaron las consultas y se analizaron con herramientas metodológicas que validaran las observaciones empíricas. El análisis del diálogo buscaba responder a la pregunta ¿de qué manera los profesionales impulsan la prevención al dar los resultados de una prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? El estudio puso en evidencia que no había interés en la vida de las personas y la prevención se reducía a una mera transmisión de información. Había en los pacientes una incompatibilidad entre sus conocimientos y sus comportamientos. Se dieron cuenta que dar información al revisar la prueba de VIH contribuía sólo de modo parcial a la eliminación de los riesgos: su impacto no era lo suficientemente eficaz. El análisis de las prácticas preventivas de los

profesionales puso en evidencia la necesidad de traspasar los modelos de información asimétricos en la comunicación.

El desafío en el trabajo del equipo interdisciplinario se presentó al tratar de abordar las problemáticas de prevención individualizadas. La infección por el VIH induce a representaciones particulares en relación con el encuadre existencial del individuo, por lo que se entrecruzan las prácticas médicas y las representaciones sociales. De ahí la pertinencia de desarrollar la complementariedad entre prevención y consejo. Con el SIDA, la cultura y la personalidad individual se ponen en juego por lo que resulta ineludible darle la palabra a la persona (productora de saberes y de prácticas ligadas al SIDA). La relación y el diálogo deben ser centrados sobre la persona (Levenstein *et al.*, 1986), las conductas de riesgo del discurso biomédico son sólo la punta del iceberg de una problemática más compleja. La postura relacional que la persona instaaura alrededor de la problemática de la infección por el VIH, permite la modificación de su comportamiento hacia la construcción de sentido y sus implicaciones emocionales y sociales en el marco de su trayectoria de vida. La rehabilitación y su responsabilización se centran en la persona.

En el transcurso de la investigación del Dr. Rossi, hubo aprendizajes valiosos sobre las habilidades de comunicación de los médicos y el análisis de videos fue una herramienta (Elodie, 2012). Uno de los productos de ese proyecto, fue la elaboración de videos de consultas simuladas de personas con VIH-SIDA. También se construyeron instrumentos para su observación y análisis (Rossi, 1996). El material generado con fines didácticos sirvió para sensibilizar a los médicos sobre la problemática planteada y amplió la disponibilidad de recursos didácticos para la enseñanza de la comunicación, con el fin de formar a profesores y estudiantes en el área de la salud.

FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Desde hace dos décadas en que la educación basada en competencias (EBC) tomó auge, se ha reconocido a la comunicación como uno de los dominios principales. El gran reto en el área de la EBC es cómo medir los niveles de desempeño de dicha competencia, cómo incorporarla al mapa curricular en pre y posgrado, cómo enseñarla y cómo evaluarla. La literatura en investigación educativa en medicina está repleta de artículos con propuestas de medición, se han desarrollado decenas de instrumentos más o menos detallados, con enfoques diversos según los actores que intervienen en el acto comunicativo (pacientes, médicos reales o simulados, evaluadores, etc.), de acuerdo con el motivo de la consulta (especialidad, con o sin comorbilidades, de primera vez o subsecuentes, etc.) o a las dimensiones humanas del paciente y el médico (emociones, negociaciones, etc.). En el segundo consenso sobre la enseñanza de la comunicación de Kalamazoo (Duffy *et al.*, 2004), se distinguieron dos aspectos de la competencia: comunicación y habilidades interpersonales. La primera se refiere al desempeño de tareas específicas y comportamientos como sería realizar una historia clínica, explicar un diagnóstico y pronóstico, transmitir instrucciones terapéuticas y dar consejo médico. Las segundas son inherentemente relacionales y orientadas al proceso y tienen que ver con el efecto comunicativo sobre otras personas como sería aliviar la ansiedad o establecer confianza con el paciente.

Aunque ésta es una clasificación realizada con fines de evaluación, puesto que en la realidad no están separados estos dos aspectos de la comunicación, habrá que valorar la manera en que ha funcionado en la enseñanza y evaluación de la misma. En esta sección se explora la elaboración, implementación y análisis psicométricos derivados de los instrumentos utilizados como el examen clínico objetivo estructurado (ECO), examen en video objetivo estructurado (EVO), sesiones de reflexión y realimentación individuales o colectivas, la evaluación ante paciente real (Mini-CEX), la aplicación de encuestas de satisfacción a los pacientes, entre otros. En el cuadro 4-2 se muestran las cinco formas descritas en el consenso de Kalamazoo II para evaluar habilidades interpersonales y de comunicación.

**Cuadro 4-2. Cinco maneras de evaluar las habilidades interpersonales y de comunicación
(Tomado de Duffy *et. al.* 2004: 501)**

Las calificaciones de observación directa de interacciones con pacientes reales	EMP, EMG, actuación práctica	Bajo	La clasificación global de competencias al final de la rotación proporciona una puntuación; por lo general insuficiente para una retroalimentación efectiva; dar alguna información para mejorar; el evaluador puede ser un supervisor o compañero
Estrategia de medición • Calificación global de rendimiento	EMP, EMG, EMC, actuación práctica	Bajo-moderado	Observación del encuentro con un solo paciente utilizado para la enseñanza de habilidades generales y específicas
• Lista de verificación de comportamientos específicos		Moderado	Breves observaciones estructuradas de múltiples encuentros de pacientes reales por múltiples evaluadores; buenas características psicométricas
• Mini-CEX	EMG, certificación	Alto	Entrevista completa y examen de uno o dos pacientes reales
• Examen clínico oral	Graduación, certificación	Alto	Utilizados por algunos programas de residencia y varias juntas certificadoras
Clasificaciones de encuentros simulados con pacientes estandarizados Estrategia de medición • Examen clínico objetivo estandarizado	EMP, EMG, EMC, examen profesional	Alto	Se utiliza para la evaluación formativa y sumativa en la escuela de medicina, residencia y examen profesional
• Encuentros individuales simulados	EMP, EMG, EMC	Moderado-alto	Cursos y talleres de comunicación, centro de aprendizaje en la reunión anual del <i>American College of Physicians</i> (ACP) para el cambio de comportamiento, la salud de las mujeres, el abuso de sustancias, la entrega de malas noticias
• Pacientes normalizados no anunciados	EMG, EMC, calidad de la investigación del cuidado	Alto	Herramienta de investigación para la medición de la calidad de la atención
Clasificaciones de las interacciones de video o audio Estrategia de medición • Revisión de audio o video	EMP, EMG, EMC, graduación, certificación	Alto	Evaluación formativa utilizando una lista de verificación con comentarios de un profesor, compañeros o en la autoevaluación; evaluación sumativa por panel de jueces usando lista de verificación y calificación global Herramienta de investigación para el análisis de patrones. Autoevaluación formal
• Lista de verificación, análisis de la comunicación basada en la lingüística	EMG, EMC, investigación	Alto	Comentarios en CD; las herramientas comunes son el <i>Roter Interaction Analysis System</i> (RIAS) y las clasificaciones centradas en los pacientes
• Análisis de tonos de voz	Investigación	Alto	Herramienta de investigación para identificar paralenguaje en análisis de habla filtrada
Encuesta o cuestionario del paciente Estrategia de medición • Encuestas generales de pacientes	EMC, EMG, actuación práctica	Alto	Los pacientes completan una clasificación de encuesta por correo, teléfono o Internet Utilizado por organizaciones de cuidado de la salud, juntas de certificación y agencias de acreditación
• Encuesta después de las visitas	EMG, actuación práctica	Moderado	Los pacientes completan una encuesta sobre la experiencia durante un encuentro; puede incluir la evaluación de las habilidades interpersonales

• Quejas del paciente	Evaluación de calidad de la práctica	Bajo	Organizaciones de salud
Examen de conocimientos, percepciones, actitudes Estrategia de medición • Preguntas de opción múltiple	EMP, certificación	Bajo-alto	Módulo de autoevaluación del <i>American Board of Internal Medicine</i> (ABIM) en habilidades clínicas; la producción de eventos en video aumenta el costo
• Ejercicio simulado en computadora	En desarrollo	Alto	Programa de computadora interactivo que evalúa la selección de preguntas y estrategia para el diagnóstico
• Escala de empatía e inteligencia emocional	EMP, EMG, investigación	Moderado	Cuestionario que crea una puntuación de empatía
EMP = educación médica de postgrado. EMG = educación médica graduada. EMC = educación médica continua. Mini-CEX = mini-examen clínico.			

En 2006 investigadores de la escuela de medicina de Harvard propusieron un modelo que atraviesa el mapa curricular de pregrado vinculado al proceso de didáctica y evaluación, basado en el marco conceptual del consenso de Kalamazoo. En los programas de cada año escolar se incluyen cursos y distintas modalidades de evaluación (cuadro 4-3); por ejemplo, en el primer año se planeó una evaluación clínica del encuentro médico-paciente, el segundo un ECOE (examen clínico objetivo estructurado), el tercero otra evaluación clínica en el consultorio, y en el cuarto, se les aplica un examen comprensivo de práctica clínica. Los docentes fueron capacitados en talleres para conocer el modelo e implementarlo. Este diseño curricular es un buen ejemplo de la respuesta que la EBC ha tenido ante el desafío de incorporar la competencia de la comunicación en los planes de estudio.

Cuadro 4-3. Evaluación uniforme de habilidades de comunicación a través del currículo de la escuela de Medicina (Tomado de Rider, Hinrichs & Lown, 2006: 131)

	1er año	2o año	3er año		4o año
Valoración	Valoración clínica médico-paciente I	Médico-paciente II ECOE	Valoración clínica médico-paciente III	Valoración de habilidades de comunicación en prácticas clínicas en medicina básica	Examen de la comprensión de la práctica clínica
Descripción del examen	Dos entrevistas videograbadas con pacientes estandarizados (PE), a mitad de año y al final del año, con PE y retroalimentación de los profesores	Siete estaciones ECOE de 20 minutos incluyendo toma de historia clínica, examen físico, diagnóstico diferencial con PE y retroalimentación de los profesores	Presentación de un caso oral videograbado a los profesores seguido de un caso donde se proporcionan malas noticias a un PE y retroalimentación de los profesores	1. Dos entrevistas de pacientes reales observadas por profesores, seguidas de retroalimentación 2. Ejercicio de paciente estandarizado de un solo caso al final del periodo de prácticas con la autoevaluación del estudiante y la retroalimentación del PE y de los profesores	Nueve estaciones CPX: 7 estaciones con PE; historia clínica, examen físico, habilidades de comunicación, diagnóstico diferencial, algunos de los manejos con PE y la retroalimentación de profesores
Instrumento de valoración HMS	Instrumento de habilidades de la comunicación HMS completado por el profesorado durante la evaluación clínica y todas las entrevistas observadas a lo largo del curso	Instrumento de habilidades de la comunicación HMS completado por PE y profesores durante el ECOE de siete estaciones	Instrumento de habilidades de la comunicación HMS completado por profesores, con elementos adicionales específicos del contenido	Instrumento de habilidades de la comunicación HMS completado por el profesorado y utilizado como herramienta de autoevaluación por los estudiantes	Instrumento de habilidades de la comunicación HMS completado por PE y profesores en 7 de 9 estaciones del ECOE
Instrumento de valoración del paciente	Instrumento de satisfacción del paciente ABIM adaptada, completada por el PE durante y al final del año en la evaluación clínica	Instrumento de satisfacción del paciente ABIM adaptada, completada por el PE en las siete estaciones del ECOE	Instrumento de satisfacción del paciente ABIM adaptada, completada por el PE	Instrumento de satisfacción del paciente ABIM adaptada, completada por el PE	Instrumento de satisfacción del paciente ABIM adaptada, completada por el PE en 7 de las 9 estaciones del ECOE

PE: paciente estandarizado.

HMS: *Harvard Medical School Assessment Tool*.

ABIM: *American Board of Internal Medicine Patient Satisfaction Tool*.

CPX: *Clinical Practice Examination*.

ECOE: examen clínico objetivo estructurado.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de la competencia de comunicación está basada en la observación, el registro de lo observado y en ocasiones en la reflexión/realimentación posterior de alguna experiencia observada, de forma oral o escrita. Los instrumentos de evaluación son centrales en este proceso, ya que permiten focalizar los aspectos relevantes de un intercambio comunicativo dialógico que en última instancia redunde en el bienestar del paciente. Una de las preocupaciones principales de quienes evalúan es encontrar variables que puedan ser homogenizadas y generalizadas para establecer estándares de medición con respecto a la comunicación. Lo que hasta hoy sigue siendo una tarea difícil y con serias limitaciones por la naturaleza misma del objeto/sujeto evaluado, en sus diversos roles de evaluadores, pacientes estandarizados o estudiantes. En estudios como el de Guiton *et al.* (2004) encontraron estas diferencias entre los casos por las características particulares de los encuentros clínicos del ECOE que recomiendan una realimentación más cualitativa que cuantitativa. A diferencia de la evaluación de los conocimientos, las actitudes, comportamientos, emociones y prácticas sociales, son tan variados e improvisados que identificar con precisión lo que se indaga en los indicadores de un instrumento resulta un acto interpretativo no concluyente.

No obstante, el esfuerzo por validar y obtener coeficientes de confiabilidad de los instrumentos con análisis psicométricos basados en la estadística ha ocupado a muchos médicos, profesores e investigadores y buena parte de los artículos publicados sobre evaluación de la comunicación en revistas de educación médica están orientados a ese fin. Se encontraron análisis de resultados sobre listas de cotejo, escalas globales, encuestas, comparaciones entre evaluadores, etc., con el fin de determinar el número adecuado de casos para estandarizar la evaluación en situaciones reales o en video (Karabilgin *et al.*, 2012) o para comprobar si tienen la capacidad para distinguir las habilidades de comunicación de los estudiantes en distintos niveles académicos (Hulsman *et al.*, 2006; Humphris y Kaney, 2008), con resultados no siempre alentadores (Colliver *et al.*, 1999). Estas herramientas pueden utilizarse tanto en la evaluación formativa como en la sumativa.

Setyonugroho, Kennedy y Kropmans en un metaanálisis publicado en 2015 encontraron una variedad de instrumentos para medir lo que

denominaron habilidades de “comunicación genérica” que incluyen la realización de la historia clínica, la comunicación médico-paciente, la entrevista, la negociación del tratamiento, dar información, empatía y otros 18 dominios. Encontraron una gran heterogeneidad en las listas de cotejo y las rúbricas utilizadas para evaluar y una falta de acuerdo entre los evaluadores de las competencias de comunicación de los estudiantes, lo que hace difícil la comparación entre instituciones. Los autores sugirieron adoptar un instrumento de evaluación único en pregrado, el *MASS-Global* (Van Es *et al.*, 2012) y estandarizar la medición.

Es de llamar la atención la necesidad de homologar, lo que lleva a disimular la diversidad y la escasa comprensión de las cualidades singulares de las interacciones sociales en la clínica. En la tradición científica positivista, que busca encontrar evidencias y una sola respuesta verdadera homogeneizante, se corre el riesgo de perder la riqueza de las especificidades que surgen en el encuentro y de la valoración de las relaciones interpersonales creativas, sensibles, sinceras, compartidas que sólo se logran en el compromiso auténtico, dialógico, durante el encuentro.

Además del instrumento mencionado, se encontraron referencias a otros recursos para evaluar estudiantes, muchos de los cuales se utilizan en el ECOE. Algunos de ellos son: *Rochester Communication Rating Scale* (Lurie *et al.*, 2008) *Communication Assessment Tool* (Makoul *et al.*, 2007; Myerholtz, 2014) *Communication Skill Attitude Scale* (Ahn *et al.*, 2009), *Integrated Procedural Performance Instrument* (LeBlanc *et al.*, 2009), *Liverpool Communication Skill Assessment Scale* (Humphris y Kaney, 2008) para pregrado. También están las propuestas de evaluación del avance académico de la competencia en comunicación del *Milestones: Outcome Project* de la ACGME para residentes (ACGME, 2017) o las *Entrustable Professional Activities* de la AAMC (AAMC, 2017) para pregrado o el modelo de CANMeds para educar por competencias (Frank *et al.*, 2015).

En contraste con las anteriores el *Global Patient Assessment Tool* (Roberts, Solomon y Langenau, 2011) es una encuesta que completan los pacientes para valorar la comunicación con el médico al terminar el encuentro y también es de uso recurrente. Para ejemplificar este tipo de instrumentos se consideró relevante incluir un ejemplo de escala global aplicada en un ECOE, se trata del *Analytic Global Rating* de Hodges y McIlroy (2003) ampliamente difundida en Europa y el resto del mundo, cuyos datos paramétricos se consideran aceptables (cuadro 4-4).

Cuadro 4-4. Escala global analítica empleada en el ECOE (Tomado de Hodges y McIlroy, 2003: 1016)				
Respuesta a las necesidades y sentimientos de los pacientes (empatía)				
1	2	3	4	5
No responde a señales obvias del paciente (verbal y no verbal), responde inapropiadamente, o ambas		Responde a las necesidades y señales del paciente de forma efectiva		Responde en una forma perceptiva y genuina a las necesidades y señales del paciente
Grado de coherencia en la entrevista				
1	2	3	4	5
Plan de interacción no reconocible; el plan no muestra cohesión o el paciente debe determinar la dirección de la entrevista		El enfoque organizacional es mínimamente flexible, el control de la entrevista es inconsistente, o ambos		Organización superior, demostrando mando de dispositivos cohesivos, flexibilidad y control consistente de la entrevista
Expresión verbal				
1	2	3	4	5
Se comunica en una forma que interfiere con la comprensión del paciente o se comunica de forma inapropiada con el paciente		Exhibe suficiente control de la expresión de ser comprendido por un oyente activo y comprometido (paciente)		Exhibe dominio de la expresión (fluidez, dicción, gramática, tono, volumen y modulación de la voz, nivel de expresión, pronunciación)
Expresión no verbal				
1	2	3	4	5
Deja de participar, frustra, antagoniza al paciente, o ambas		Exhibe suficiente control de la expresión no verbal para involucrar al paciente dispuesto a pasar por alto deficiencias como pasividad, autoconciencia, o inapropiada agresividad		Exhibe elegancia y dominio de las expresiones no verbales (contacto visual, gesticulación, postura, uso del silencio, etc.)

EVALUACIÓN: REFLEXIÓN, INTROYECCIÓN Y REALIMENTACIÓN

Por las características relacionales de las habilidades interpersonales, algunos instrumentos están diseñados para guiar el proceso reflexivo y la realimentación. En situaciones de interacción simuladas con pacientes estandarizados, por un lado, los estudiantes tienen la oportunidad de practicar y perfeccionar sus destrezas y por otro los profesores pueden observar y evaluar las habilidades clínicas y de comunicación sin miedo de dañar al paciente. No obstante, ha habido deliberaciones con respecto a estas mediciones, por ejemplo, se preguntan (Wear y Varley, 2008; Hanna y Fins, 2006) si se puede medir la empatía y la auténtica preocupación de quien desempeña el rol del médico por el paciente durante la interacción

simulada (ECOE). Teherani, Hauer y O'Sullivan (2008) consideran que, en simulaciones diseñadas e implementadas de manera apropiada, las calificaciones y los comentarios de la realimentación de los pacientes simulados sobre el comportamiento empático pueden reproducir la experiencia de empatía de un paciente real. La preparación de los pacientes simulados es central para evitar la heterogeneidad en las formas de realimentación que se utilizan con los estudiantes, pues no siempre están sustentadas en bases científicas (Bokken *et al.*, 2009).

El comportamiento empático está entrelazado con las habilidades de comunicación y al estudiar uno se estudian ambos. Hay dos situaciones a tomar en cuenta, una que el estudiante que conoce el formato del examen cumpla con lo especificado en la rúbrica de comunicación y otra la deseabilidad social, esto es que se comporte de acuerdo con lo que se espera de él, pero no se involucre de modo emocional. Una de las teorías con respecto a la empatía se refiere al trabajo emocional que se expresa en actuaciones superficiales y profundas. La acción superficial se refiere al despliegue intencional de las actitudes como serían la atención y el interés, sin mostrar sus emociones. La acción profunda involucra y altera las emociones del médico en sintonía con las del paciente, lo que no siempre sucede.

Larson y Yeo (2005) argumentan que la relación superficial puede favorecer la corresponsabilidad terapéutica al lograr que el paciente se sienta reconocido y el comportamiento puede ser medido, a diferencia de la relación profunda que involucra aspectos cognitivos y afectivos. Por su parte Stepien y Baernstein (2006) identificaron cuatro formas de empatía caracterizadas por la habilidad del médico para: 1) imaginar las emociones del paciente (empatía emotiva); 2) desarrollar simpatía o afecto por el paciente (empatía moral); 3) identificar las emociones del paciente (empatía cognitiva) y 4) lograr el entendimiento de las emociones del paciente y devolvérselas (empatía conductual o del comportamiento). La acción superficial y la empatía del comportamiento es lo que se espera encontrar en las expresiones de empatía pues denotan una orientación hacia la atención del paciente donde el médico comprende la perspectiva y las emociones del mismo para enfocarse en lo que es significativo para él.

Tomadas en conjunto estas dos teorías sugieren que la empatía clínica requiere de expresiones de atención e interés, escucha cuidadosa y flexibilidad por parte del médico para determinar las necesidades del paciente y darle la atención que necesita. Según Teherani, Hauer y

O'Sullivan (2008) en las situaciones de simulación se puede medir la empatía conductual en acciones superficiales, así como el ajuste al paciente en el diálogo subsecuente, pero sobre todo se evidencia la habilidad de los médicos o estudiantes para conocer y atender sus preocupaciones.

En la simulación el estudiante puede desarrollar *rapport*, formular claramente preguntas relevantes, escuchar y responder cuidadosamente y tomar las acciones clínicas apropiadas para el paciente, entonces se puede afirmar que su comportamiento refleja los elementos básicos o mínimos de la comunicación, pero no necesariamente demuestra competencia. Cuando este mínimo no se alcanza entonces habría que identificar el problema y atenderlo en programas educativos con el recurso de la simulación o en ejercicios ante un paciente real.

El desarrollo de la competencia de la comunicación requiere tanto habilidades prácticas como pensamiento reflexivo. La reflexión es un proceso cíclico de percepción y análisis del comportamiento que involucra el diseño de procesos para alcanzar metas orientadas al cambio. Basados en el modelo de reflexión ALACT de Korthagen y Vasalos (2005), Hulsman, Harmsen y Fabriek (2009) diseñaron un curso de entrenamiento en comunicación para realizar la historia clínica. La intención era desarrollar criterios de medición para la evaluación de los estudiantes y definir el nivel de reflexión según los componentes del ciclo ALACT en cinco fases: 1) habilidades prácticas en la acción: sesión de simulación; 2) ver hacia atrás, observar: revisión del video; 3) conciencia de los aspectos esenciales: eventos clave, metas y motivos; 4) Generación de métodos de acción alternativos: enunciar preguntas reflexivas; 5) ensayo: presentación en sesión. Estudiantes del segundo año de la carrera de medicina, grabaron una consulta con paciente simulado y el video fue revisado con el fin de identificar los tres eventos clave en el encuentro, realizar reflexiones por escrito y realizar realimentación por pares. Para los estudiantes la autorreflexión fue más difícil que dar realimentación a los pares. Los investigadores concluyeron que el ejercicio permite sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la comunicación, se consideró instructivo y resultó susceptible de distinguir niveles. No obstante, como refieren Shitama, Saunders, Gatti y Weissinger (2012) habría que seguir a los estudiantes en su desempeño clínico cotidiano para apreciar el mejoramiento de las habilidades de comunicación y no restringirse a un solo evento de evaluación, lo que implica guiarlos, instruirlos, supervisarlos en la práctica y otorgarles realimentación continua acerca de sus fortalezas y debilidades.

EVALUACIÓN ANTE PACIENTE REAL: MINI-CEX Y OTROS MÉTODOS

Otra manera de evaluar la comunicación es observando a los estudiantes en una consulta actual, con un paciente real, durante la cual se puedan medir sus competencias clínicas y de comunicación. Las listas de cotejo y las rúbricas se utilizan para ubicar el nivel del estudiante en determinada competencia. En el caso de la comunicación existen listas de cotejo sobre la entrevista médica que se usan para la certificación de especialistas y sirven para observar y calificar el desempeño de los residentes en un solo examen clínico comprensivo de un paciente nuevo (CEX = *Clinical Examination*). Con base en este examen el *American Board of Internal Medicine* (ABIM) propuso el Mini-CEX para evaluar habilidades clínicas, incluyendo comunicación y relaciones interpersonales (Norcini, 1995, 2003; Duke *et al.*, 2001) con el fin de mejorar el comportamiento psicométrico de una observación detallada. Al usar el Mini-CEX un evaluador experimentado utiliza una lista de cotejo o rúbrica con descriptores narrativos para calificar tareas específicas observadas en encuentros clínicos cuya duración es de 10 a 20 minutos. Después de calificar el evaluador cambia de rol para convertirse en instructor y realimenta al estudiante basado en sus notas y lo orienta sobre la manera en que puede mejorar su desempeño (Duffy *et al.*, 2004).

A continuación se describe una experiencia educativa en una visita de intercambio académico México-Suiza por una de las autoras de este capítulo (Dra. Hamui), ante un paciente real que tuvo lugar en el consultorio particular del profesor Daniel Widmer de medicina familiar con tres estudiantes de tercer año en Laussane, Suiza, en marzo de 2016. Una tarde antes, el profesor Widmer llamó a uno de sus pacientes programados para preguntarle si no tenía inconveniente en que durante la consulta estuvieran presentes tres de sus estudiantes que llevaban un curso de comunicación con él. El paciente consintió y acudió a la consulta. Antes de su llegada el Dr. Widmer explicó a los alumnos el ejercicio que harían: uno de ellos llevaría la consulta, es decir interactuaría con el paciente, otro tendría la tarea de observar y registrar lo concerniente al razonamiento clínico y las técnicas de comunicación empleadas para asegurar la eficiencia médica de la consulta, una estudiante más se ocuparía del monitoreo de los aspectos emocionales y socioculturales del intercambio

comunicativo; finalmente el profesor Widmer observaría también el encuentro tomando notas.

El paciente de la tercera edad llegó solo, con una molestia en la rodilla derecha y se quejó de no poder amarrarse los zapatos por la mañana, explicó que esto era un problema porque su esposa tampoco podía agacharse y no había quien le ayudara. En los minutos siguientes la estudiante indagó datos de su historia clínica, pero tuvo oportunidad de preguntar sobre la vida familiar del paciente quien incluso narró episodios de su pasado. Posteriormente lo invitó a pasar a la cama de exploración y al revisar su rodilla sospechó de una posible fisura en la rótula. Al regresar al escritorio explicó las posibles causas del dolor y solicitó una radiografía para confirmar el diagnóstico. Dialogó sobre el estilo de vida del paciente y le informó que en cuanto tuviera los resultados del estudio se pondría en contacto con él para indicarle cómo procederían. Le entregó una orden por escrito para que le realizaran una radiografía y salió del consultorio. La consulta duró cerca de 40 minutos.

Una vez fuera, el profesor y sus estudiantes dialogaron sobre la experiencia, primero le preguntó a la estudiante que interactuó cómo se había sentido, si estaba nerviosa, si eso fue cambiando en el tiempo que duró el encuentro, indagó sobre el proceso de la historia clínica y la integración del diagnóstico, después preguntó acerca del momento de la exploración física y su actitud profesional al contacto con el cuerpo del paciente, se habló sobre el uso del lenguaje y la claridad de los mensajes, la confianza y la corresponsabilidad, así como la manera en que terminó la consulta. El segundo estudiante reconstruyó la situación utilizando el esquema de las fases de la consulta e hizo comentarios sobre el interrogatorio y la enunciación del diagnóstico. La tercera estudiante comentó cuestiones relativas a la empatía, las preocupaciones del paciente, los rasgos de su identidad, las relaciones familiares e incluso la historia de vida del paciente. Reconocieron momentos importantes en la consulta donde emergieron narrativas del padecer.

Las narrativas del padecer son recursos valiosos para la comprensión de la afectación biológica, psicológica y sociocultural de los trastornos corporales en tramas sociales concretas donde se expresan los significados tanto del sujeto como del mundo en el que habita. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre, por un lado, el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las

situaciones. Crear y escuchar una narrativa, son procesos activos y constructivos que dependen de recursos personales y culturales. Los relatos pueden constituirse en medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento del otro al propiciar contextos para la comprensión de lo que no se ha experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia, pone en movimiento una búsqueda de significados entre posibles considerados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada. Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio marco al considerar lo que sucede en los relatos particulares (Hamui, 2011). Es en las narrativas de los pacientes donde se encuentran las claves de las creencias, valores y representaciones de la salud-enfermedad que permiten al médico comprender y utilizar en la estrategia terapéutica.

Posteriormente el profesor Widmer formuló algunas preguntas relacionadas con la experiencia de la comunicación, promovió la autocritica de cada uno de los participantes en el ejercicio y realizó la realimentación al señalar las fortalezas de la interacción y las áreas de oportunidad. Antes de finalizar la sesión, su asistente entró con las placas de rayos X del paciente y el grupo, después de revisarlas, confirmó que había una fisura. Inmediatamente el Dr. Widmer llamó por teléfono al paciente para confirmar el diagnóstico y referirlo al servicio de ortopedia del hospital. Les solicitó a los estudiantes sus notas de la consulta y evaluó la competencia de la comunicación utilizando como instrumento una escala global para entregar el documento a las autoridades indicadas de la escuela de medicina.

Como se puede apreciar en los apartados anteriores, las herramientas para enseñar y evaluar las habilidades interpersonales y de comunicación son variadas y están mediadas por modelos teóricos, metodologías educativas diversas y tecnologías de la información. No obstante, estos esfuerzos, en ambas tendencias metodológicas, la cualitativa y la cuantitativa, buscan desarrollar la capacidad de incidir en la práctica profesional de los médicos y futuros médicos para cambiar a los sujetos y transformar la calidad de la atención.

El desarrollo de las destrezas comunicativas en cursos intencionados para ello y con evaluaciones que buscan observar y medir las competencias, son un paso importante, pero pueden ser insuficientes si no se tiene presente su propósito central, esto es, sondear en las preocupaciones del paciente sobre su condición de salud. Esta tarea se realiza al mismo tiempo que se

desempeñan las funciones del diagnóstico y el tratamiento, con el objetivo de que al final de la interacción se asegure que el paciente esté informado para decidir y actuar según sus capacidades. No hay que olvidar que el servicio de atención médica debe ejercerse con flexibilidad, leyendo los datos sociales que existen en la realidad (Grupo Estudio de Comunicación, 2014). Es por ello que definir y conocer las competencias no es lo mismo que usarlas con regularidad en situaciones cambiantes. La cuestión no es si los estudiantes demuestran poder hacerlo en un ejercicio en clase o en un examen sino si lo harán cotidianamente con sus pacientes.

NOTA REFLEXIVA

Las herramientas antes descritas han ido penetrando poco a poco en la clínica, es frecuente escuchar a los profesores de las distintas disciplinas que la comunicación no se debería considerar en la calificación de los estudiantes por ser subjetiva, piensan que sólo lo que se puede demostrar con evidencia científica debiera ser tomado en cuenta. En este sentido, una profesora del área clínica argumentó en un encuentro entre docentes que “la comunicación depende en parte de la personalidad del estudiante, por ejemplo, si es tímido, y que no debería influir en las notas que obtiene afectando su promedio”. Con esta misma lógica, muchos profesores médicos le dan poca importancia al tema, además de que ellos mismos nunca fueron instruidos en esta área. Con frecuencia se piensa que ser amable con el paciente es sinónimo de buena comunicación, lo que resulta inexacto, pues como se analizó en capítulos anteriores, la comunicación implica el diálogo, compartir preocupaciones, experiencias, expectativas, emociones e historias de vida. El médico puede ser amable e indiferente a la vez, esto último impide la comunicación dialógica auténtica, en las tres dimensiones descritas en el primer capítulo de esta obra.

En el mapa curricular de la Facultad de Medicina, UNAM, el tema de la comunicación no se toca a lo largo de la carrera, cuando en realidad debería ser transversal, es decir, considerarse como parte de las materias clínicas en donde el médico tiene contacto con el paciente. A pesar de que cada disciplina y especialidad tiene sus especificidades, que debieran considerarse en las modalidades de comunicación (no es lo mismo tratar con mujeres embarazadas que con personas de la tercera edad, ni con los padres de un recién nacido), existen principios, valores y normas profesionales que orientan las acciones de los médicos en cada situación. Aunque el interés genuino por el bienestar del otro, el manejo de la incertidumbre, o la dosificación de la esperanza, son aspectos que se aprenden por medio de la práctica deliberada y reflexiva.

Surge entonces la pregunta: ¿de quién es la responsabilidad de que un médico, en formación, sepa comunicarse bien? Tradicionalmente ésta recaía en el propio médico, quien autoasumía el desarrollo de esta habilidad como parte de su responsabilidad profesional. Lo aprendía de manera empírica e implícita, por lo general tomaba como modelo a otros médicos que admiraba y repetía patrones que observaba de sus profesores y colegas en los espacios clínicos o comunitarios.

En la interacción con los pacientes, los médicos asumen su rol como profesionales de la salud e incorporan el discurso disciplinar, en el cual se actualizan las prácticas, los esquemas de relación, se despliegan los intercambios comunicativos y emerge la personalidad del médico.

Como se argumentó al inicio de este capítulo, entre los motivos más comunes de quejas médicas están los problemas de comunicación en la relación médico-paciente, por lo que es evidente que no puede ser omitido en los programas instruccionales de la profesión. En este sentido, la enseñanza de la comunicación se vuelve responsabilidad de las instituciones de salud involucradas en la formación de los estudiantes de medicina por un lado, de las universidades que proveen el diseño curricular y los programas pedagógicos para su realización y evaluación, y por otro, de los médicos profesores en las instituciones de salud que supervisan la adquisición y aplicación de los conocimientos en situaciones clínicas reales.

La pregunta que surge entonces es: ¿la responsabilidad de formar médicos competentes incluye asegurarse de que sepan comunicarse dialógicamente?, ¿se deben diseñar cursos o talleres de comunicación?, ¿el supervisor debiera asesorar al estudiante sobre aspectos relacionados con la comunicación?, ¿las materias y el entrenamiento deben ser voluntarios u obligatorios? Aunque muchos médicos en la práctica hospitalaria podrían descartar los esfuerzos para mejorar las habilidades de comunicación, por ejemplo, participando en ejercicios críticos sobre la propia imagen y estilos de comunicación, hoy existe la conciencia de la importancia de escudriñar la propia práctica para desarrollar destrezas acordes con la personalidad de cada quien. Los doctores que tienen dificultades para comunicarse rara vez se dan cuenta de ello y pocos buscan ayuda. Para muchos sigue siendo humillante y estigmatizante aceptar que tienen problemas en esta área fundamental, pues después de todo, hablar y escuchar no debe ser tan difícil. Hay médicos que no son conscientes de su falta de competencia por lo que no hacen nada, otros que son conscientes de sus limitaciones, pero tampoco hacen nada por buscar ayuda, por ejemplo, aquellos que tienen problemas derivados del uso del lenguaje técnico. Aunque también es cierto que no se puede ser perfecto todo el tiempo y en ocasiones los recursos conocidos para comunicarse dialógicamente no son suficientes. Las interacciones comunicativas tienen un fuerte componente de improvisación lo que hace que algunas sean más difíciles de manejar que otras.

Como se ha mencionado, entre los problemas para evaluar la comunicación está la falta de criterios o niveles de desempeño esperados según la experiencia o el año en que se encuentre el estudiante. Por ejemplo ¿cómo se mide?, ¿cómo objetivar lo subjetivo?, ¿cómo se diferencia de un año a otro?, ¿en qué momento tienen que haber adquirido la competencia?, o ¿qué habilidades se requieren según la especialidad? También sucede que cuando los profesores tienen en sus manos los instrumentos no saben utilizarlos o los criterios de una institución educativa difieren una de otra. ¿Es lo mismo pasar exámenes que ser un buen comunicador y viceversa?

Aún no se han identificado con claridad los elementos que separan al novato del experto, y en comunicación evaluar las bases de los conocimientos científicos y la disposición para escuchar y actuar considerando lo que el paciente dice es un buen inicio, aunque no es suficiente. La experiencia puede operar en dos sentidos: si anula la búsqueda demasiado rápido no ayuda, si permite la exploración de aspectos no evidentes, es útil. Una guía para la resolución de problemas es el tiempo dedicado a examinar nuevas dificultades. En la mayoría de los casos la exploración física indica el final de la fase de la solución de problemas, la exploración por lo general es confirmatoria, a veces reveladora y, para entonces, la explicación que sigue está prácticamente elaborada. Así que, por simple heurística, mientras más rápido sea el diálogo preliminar, el interrogatorio y la exploración, hay menos profundidad en el análisis y mayor fragilidad para la solución del problema. Con problemas complejos es aún más difícil y una habilidad útil es la de mantenerse abierto a la información y las nuevas ideas.

La síntesis efectiva en el razonamiento clínico es lo que diferencia al novato del experto, y lo que hace que unos médicos se integren mejor que otros. Se trata de una combinación de la “ciencia” del razonamiento clínico y el “arte” de la buena práctica médica. La comunicación está presente en todo momento, en la capacidad de escuchar y en la de hablar, y de sus cualidades de la misma depende que el encuentro sea o no dialógico y con ello que haga diferencia en la vida del paciente y del propio médico. En la medida en que el conocimiento, la experiencia y la solución de problemas aumentan, los comportamientos denotan mayor competencia y el razonamiento clínico se vuelve más asertivo, con tendencia a presentar menos errores (Cary y Kurtz, 2013).

¿Cómo se puede saber el grado de competencia en comunicación que

posee el médico, titulado o en formación? Actualmente, la comunicación es un componente de las evaluaciones del aprendizaje situado. Los instrumentos están diseñados para la evaluación formativa, pero con frecuencia se utilizan de manera sumativa con calificaciones asignadas de acuerdo con determinado desempeño. Estos indicadores pueden ser útiles para pasar las materias, pero no aseguran que el estudiante tenga la capacidad para comunicarse dialógicamente, esta cualidad se desarrolla en la práctica profesional e implica la reflexión continua de uno mismo en relación con el otro. No obstante, la utilidad de estas evaluaciones es amplia pues evidencia la importancia del tema y la necesidad de aprender a comunicarse; posibilita el ensayo en ejercicios interactivos con los que se puede enseñar e ilustrar la puesta en práctica de habilidades y recursos.

Con respecto a los exámenes, la comunicación casi siempre es evaluada por medio de la observación directa en situaciones estandarizadas simuladas. Algunas cuestiones se siguen planteando con respecto a la validez de este sistema, aunque la ventaja práctica es innegable. La evaluación de la competencia en comunicación se sustenta en el establecimiento de metas medibles durante las interacciones. Conceptos como establecer “*rapport*”, “propiciar la comodidad del paciente”, “poner interés en lo que refiere el paciente” son aceptables, pero rara vez se puede ir más allá de lo superficial. Para quienes estas destrezas son sencillas piensan que no hay necesidad de exámenes, para quienes es difícil, perciben que no hay quien les ayude a superarlo en la práctica.

De la misma manera “demostrar empatía” es un concepto complejo para los médicos, pues les cuesta trabajo comprender los problemas desde la perspectiva del paciente (Vannotti, 2002). Definir los criterios es un paso importante, pero reconocerlos en la práctica no es fácil. Por ejemplo, en el reactivo “el médico recupera las pistas que le da el paciente”, hay un consenso casi total en que es un elemento que demuestra la competencia de comunicación en el encuentro médico, pero al preguntar a los expertos qué significa “recuperar las pistas” inmediatamente afloran las dudas.

La EBC está vigente en este momento, el modelo basado en objetivos de aprendizaje parece pasado de moda. Las instituciones educativas y de salud exigen resultados medibles sobre las habilidades profesionales de los estudiantes y de los profesionistas. Los planes curriculares están compuestos por programas de entrenamiento intensivos que aseguran resultados efectivos en tiempos cortos según la lógica del costo-beneficio. Los esquemas de entrenamiento ahora buscan ofrecer instrucción

estandarizada que produzca resultados objetivos. Sin embargo, la comunicación como competencia es más densa, más subjetiva. Los cursos de capacitación sobre comunicación son mucho más difíciles de plantear y fundamentar. A pesar de que hay coincidencia en considerar que la comunicación es esencial, sin instrumentos de medición fácilmente accesibles, las intervenciones en hospitales y programas académicos seguirán siendo no prioritarias. Descomponer la comunicación en tareas alcanzables (como la propuesta de las actividades profesionales confiables) o enmarcándolas en habilidades específicas puede ayudar (como “dar malas noticias”), pero hay un componente subjetivo irreducible que permanece y hay que lidiar con él.

Cada vez es más frecuente que los pacientes sean atendidos por distintos profesionales de la salud en contextos institucionales, en esta conjunción de interconsultas se expresan los conocimientos médicos, aunque pueda haber aspectos positivos para el paciente, tal vez de manera inadvertida, se devalúa la importancia de la comunicación médico-paciente, pues cada uno desde su área de *expertise* le explica al paciente lo que le corresponde. Si el técnico en imagenología explica los resultados de los estudios realizados, el hematólogo hace lo referente a los estudios de laboratorio y el cirujano a los procedimientos que realizará en quirófano, ¿dónde queda la comunicación entre el médico tratante y su paciente? Todo se centra en los saberes médicos y no en las preocupaciones y expectativas del paciente, en este escenario el rol del médico se reduce a prescribir y sellar papeles como se explicó en el capítulo anterior. Quitarle al médico el rol central de líder del equipo de salud puede devenir en fallas a la atención, así como a una tendencia a la fragmentación y deshumanización de la misma.

Ser buen comunicador no necesariamente implica ser buen doctor, se pueden tener las capacidades para desarrollar una gran empatía y relaciones terapéuticas, pero no ser aptos para integrar razonamientos clínicos adecuados. La comunicación es sólo una de las competencias requeridas, no la única, aunque sin ella, el desempeño profesional se ve afectado. El conocimiento aplicado, el reconocimiento semiológico, la toma de decisiones y el juicio situacional son otras habilidades sin las cuales la comunicación se reduce a ser amables con las personas, y el paciente puede encontrar eso en cualquier otro sitio. La tarea clínica sigue siendo central y no hay que descuidarla.

El trabajo más difícil para los médicos es aprender a lidiar con la

incertidumbre intrínseca e impredecible de la enfermedad. Esto implica humildad y el reconocimiento de las propias limitaciones, lo que no siempre se enseña en las escuelas de medicina o por los profesores en las instituciones de salud. La comunicación con los pacientes forma parte de este espacio ambiguo e incierto difícil de maniobrar (Hamui-Sutton *et al.*, 2015). Los médicos están acostumbrados a pensar en probabilidades y aquellos que prefieren hablar que escuchar, fácilmente caen en formas paternalistas de relación y actúan por el bien del paciente, pero sin conocer sus necesidades, sus decisiones son bien intencionadas, pero en ocasiones dañinas, lo que conlleva a una precaria práctica médica y deficiencias en la comunicación. Los estudiantes deberían aprender a compartir la incertidumbre y evitar pretender que lo saben todo.

Como se mencionó en el capítulo 1, la motivación es la clave de la comunicación dialógica. Los exámenes son buenos incentivos y son útiles para dar cuenta del progreso a pesar de su alto costo. Si hay que demostrar las habilidades de comunicación para acreditar un examen, los estudiantes aprenden lo que se espera de ellos y lo hacen, aunque no les sea connatural. El asunto es que para la acreditación pueden comportarse de una manera y no practicarlo posteriormente. La competencia de la comunicación va más allá de lo demostrable, se tiene que creer que vale la pena cultivarla en cada encuentro, día a día y mantener la motivación por conectarse con el otro y ayudarlo en su padecer. La buena comunicación necesita del esfuerzo continuo y ante otras demandas inmediatas se puede deslizar hacia abajo en la lista de prioridades. Habrá que esforzarse para asegurarse de que prevalezca la motivación y hacer que la comunicación dialógica se logre. Al aplicarse en ello se descubre que la herramienta terapéutica más poderosa que se tiene es la propia personalidad, pero hay que trabajar en ella (Tate y Tate, 2010). Volviendo al ejemplo de la profesora que consideraba que la comunicación no debía evaluarse por ser un atributo de la personalidad del médico en formación, se podría argumentar que la personalidad, cualquiera que ésta sea, al potenciarla con el aprendizaje de las habilidades comunicativas, emerge y posibilita tanto el razonamiento clínico como la empatía con el paciente.

De lo anterior se desprende que la comunicación en el área de la salud no es la habilidad para sostener una buena charla, tiene que estar vinculada al diagnóstico, al tratamiento y sus resultados. La tarea en la mayoría de los encuentros médicos es lograr un entendimiento compartido con el paciente, independiente de la fase de la enfermedad en la que se encuentre, donde ambos, el médico y el paciente, estén involucrados.

CONCLUSIONES

La buena comunicación puede mejorar la situación de salud de los pacientes, por lo que en los planes curriculares merece tener el mismo peso que la enseñanza y aprendizaje de los conocimientos básico y clínicos o de las destrezas procedimentales (Warnecke, 2014). El desarrollo de competencias para el manejo de situaciones está anclado en el comportamiento y en la aplicación de las habilidades en la práctica, mismas que pueden ser observadas, supervisadas, evaluadas y realimentadas en tareas específicas con el uso de los recursos adecuados para ello.

A lo largo de este capítulo se han presentado una diversidad de recursos pedagógicos para enseñar la comunicación, realizados a nivel nacional e internacional. Es evidente que la comunicación no puede permanecer como un dominio implícito en el quehacer del médico. Partir del reconocimiento de que se trata de una competencia que se puede enseñar y aprender y que puede mejorarse con empeño y con práctica, es un gran comienzo. En este capítulo se revisaron diseños curriculares para incorporar la didáctica y la evaluación al implementar planes de estudios durante toda la formación médica. Las propuestas pedagógicas estuvieron basadas en marcos teóricos que consideran las necesidades del paciente (en este caso se centró en las tres dimensiones de la comunicación dialógica explicadas en el primer capítulo de esta obra). Además se describieron diversas estrategias didácticas para favorecer el aprendizaje de la comunicación utilizando diversos recursos como las guías, las listas de cotejo, las rúbricas, las escalas globales, los sociodramas, el uso de dispositivos tecnológicos como el video y programas de codificación como el RIAS. También se mencionaron propuestas de cursos de capacitación docente con el fin de preparar a los profesores, que enseñan esta materia, en talleres de comunicación para que aprendan a analizar y realimentar a los estudiantes. Por último, en la sección de evaluación se puntualizaron algunos de los desafíos para valorar, cuantitativa y cualitativamente, la acción comunicativa en escenarios simulados y ante pacientes reales, con el propósito de calificar no sólo la interacción en el nivel biomédico sino en el plano reflexivo que abarca lo emocional y lo contextual, tanto de la trayectoria biográfica del paciente, como en la dimensión institucional.

Es evidente que existe una tensión entre el dispositivo pedagógico relativo a la enseñanza de las competencias que aluden a la comunicación

médico-paciente y lo que sucede en las interacciones situadas en contextos clínicos. En los primeros dos capítulos el tema de la comunicación está enfocado sobre las necesidades del paciente en su contacto con el médico y el resto del personal que forma parte del sistema de salud. La propuesta del modelo de las tres dimensiones y las tres agendas tiene sentido en ese espacio social complejo y en la práctica clínica cotidiana. Las guías de reflexión que se presentan en dichos capítulos pueden ser útiles para valorar y analizar las pautas de interacción, así como las fortalezas y limitaciones de los médicos en ejercicio profesional.

En contraste, el cuarto capítulo recupera la literatura reportada sobre las estrategias para enseñar y evaluar las habilidades de comunicación en los médicos en formación, que están mediadas por los lineamientos académicos, como la necesidad de demarcar los conocimientos, comportamientos y actitudes para expresarlos en calificaciones que formen parte de la historia académica del estudiante. Cuando el alumno no obtiene una nota precisa y se queda en la ambigüedad de la subjetividad de la experiencia educativa emerge la ansiedad y la incertidumbre sobre lo que está haciendo, de ahí la necesidad de crear este tipo de dispositivos pedagógicos (guías, instrumentos, listas de cotejo) que buscan juzgar el desarrollo de la competencia objetivamente y responder a los requerimientos escolares. No es gratuito que la literatura referida sobre el tema ponga un peso excesivo en la evaluación de la “comunicación efectiva”.

Entre la propuesta reflexiva de las preguntas cualitativas abiertas para analizar la comunicación en una consulta médica, y las herramientas para enseñar y evaluar las competencias, existen diferencias epistemológicas, metodológicas y éticas importantes que no se pueden perder de vista en la planeación curricular, en la didáctica y la evaluación. Ambas estrategias cumplen su función y tienen relevancia en el momento en que se implementan, al final lo que importa no es la calificación obtenida en el curso sino la práctica de la comunicación dialógica en el desempeño profesional que devenga en una mejor atención a los enfermos.

La comunicación médico-paciente es más que una materia en el mapa curricular y está presente en todos los momentos de la formación y la práctica médica. En ese sentido, en el ámbito de la educación médica debería estar presente en todo el plan de estudios, para ser desarrollada como una competencia transversal y no sólo ser incluida en los contenidos temáticos de algunas asignaturas. Por ejemplo, en el programa de la

Licenciatura de Medicina en la Facultad de Medicina de la UNAM el tema se incluye en el punto 6 de la materia de primer año “Introducción a la Salud Mental” y en la asignatura de tercer año denominada “Medicina Psicológica y Comunicación”, con 24 horas teóricas y 24 horas prácticas y está ubicada en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, cuando la comunicación dialógica atraviesa a todas las especialidades clínicas.

Este esquema es insuficiente e inadecuado, por lo que se requiere que la enseñanza de la comunicación médico-paciente sea reorientada para lograr acoplarlo en el programa, se transmita y se evalúe en la escuela, con lo que suceda en situaciones clínicas reales. La reflexión sobre la comunicación dialógica debería estar presente en todos los momentos en que los estudiantes aprenden medicina, en la teoría y la práctica. Se precisan cambios en los diseños curriculares donde se dosifiquen los contenidos, las experiencias de aprendizaje y las diversas modalidades de evaluación, en toda la licenciatura. Se necesita atender la formación y actualización de los docentes para orientarlos en las estrategias didácticas para enseñar la comunicación dialógica con los criterios adecuados para evaluarla, no sólo utilizando pruebas sumativas con lógicas cuantitativas sino en el proceso formativo con herramientas más cualitativas.

Esta libro genera nuevas perspectivas, aporta ideas sobre cómo orientar los esfuerzos en la enseñanza y en la práctica clínica con respecto a la comunicación dialógica y es útil para los profesores, para los estudiantes, para las autoridades educativas, para aquellos médicos que se interesan en la reflexión sobre sus habilidades de comunicación médico-paciente y para quien quiera saber más sobre el tema. La variedad de las propuestas educativas y las guías reflexivas que aquí se presentan están a la disposición del lector para que las aplique con creatividad. En última instancia, el objetivo es lograr un cambio en la mentalidad que permita entender las relaciones interpersonales de otra manera, enseñar diferente y abordar la comunicación dialógica con toda su complejidad y profundidad considerando al sujeto que padece como un ser humano íntegro, con cambios corporales y emocionales que afectan sus relaciones sociales y su historia de vida. Ahora el reto está en llevarlo a la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2017).

- Milestones. [Online] Disponible en: <http://www.acgme.org/What-We-Do/Accreditation/Milestones/Overview> [Consultado el 24 enero 2017].
- Ahn S Yi, YH, Ahn DS:** Developing a Korean communication skills attitude scale: comparing attitudes between Korea and the West. *Medical Education*, 2009;43(3):246-253.
- Anderson HA, Young J, Marrelli D, Black R, Lambreghts K, Twa MD:** Training students with patient actors improves communication: a pilot study. *Optometry & Vision Science*, 2014;91(1):121-128.
- Association of American Medical Colleges (AAMC): Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. [Online] Disponible en: <http://members.aamc.org/eweb/upload/Core%20EPA%20Curriculum%20Dev%20Guide.pdf> [Consultado el 24 Enero 2017], 2017.
- Barrientos M, Durán VD, León AG, García SE:** La práctica deliberada en la educación médica 1. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 2015;58(6):48-55.
- Bokken L, Linssen T, Scherpbier A, Van Der Vleuten C, Rethans JJ:** Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature. *Medical Education*, 2009;43(3):202-210.
- Boudreau DJ, Cassell E, Fuks A:** Preparing medical students to become attentive listeners. *Medical teacher*, 2009;31(1):22-29.
- Brink-Muinen AV, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al.:** The Eurocommunication study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. [Online] Disponible en: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/eurocomm.pdf>, 1999.
- Brown J:** How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Medical education*. 2008;42(3):271-278.
- Cary J, Kurtz S:** Integrating clinical communication with clinical reasoning and the broader medical curriculum. *Patient education and counseling*. 2013;92(3):361-365.
- Colliver JA, Swartz MH, Robbs RS, Cohen DS:** Relationship between clinical competence and interpersonal and communication skills in standardized-patient assessment. *Academic Medicine*, 1999;74(3):271-214.
- Deladisma AM, Cohen M, Stevens A, Wagner P, Lok B, Bernard T et al.:** Do medical students respond empathetically to a virtual patient?

- American Journal of Surgery. 2007;193(6):756-760.
- Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R et al.:** Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*. 2000;9(2):147-156.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R:** Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*. 2004;79(6):495-507.
- Duke MB, Griffith III CH, Haist SA, Wilson JF:** A clinical performance exercise for medicine-pediatrics residents emphasizing complex psychosocial skills. *Academic Medicine*. 2001;76(11):1153-1157.
- Dunn N:** The New Consultation: Developing Doctor–Patient Communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2004;97(1):45-45.
- Fernández Ortega, MÁ, Hernández Torres I, Urbina Méndez R, Hernández Vargas CI:** Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar en México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012;28(4):668-681.
- Frank J, Snell L, Sherbino J:** CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Associated Medical Services Inc. Disponible en: http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/CanMec2015.
- Gough JK, Frydenberg AR, Donath SK, Marks MM:** Simulated parents: Developing paediatric trainees' skills in giving bad news. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2009;45(3):133-138.
- Group of Calgary Cambridge: Calgary Cambridge guide to the medical interview - communication process. 2017. [Online] Disponible en: http://www.gp-training.net/training/communication_skills/calgary/guide.htm [Consultado en 17 Jan. 2017].
- Grupo Estudio de Comunicación: La comunicación médico-paciente. [Online]. 2014. Disponible en: <http://www.estudiodecomunicacion.com/extranet/wp-content/uploads/2014/07/140508ISO-ESTUDIO-Com-MedPac-V3.pdf> [Consultado en 25 Jan. 2017].
- Guiron G, Hodgson CS, Delandshere G, Wilkerson L:** Communication skills in standardized-patient assessment of final-year medical students: a psychometric study. *Advances in Health Sciences Education*.

2004;9(3):179-187.

Hamui Sutton L: Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco. 2011;18(52):51-70.

Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Leenen I, Sánchez-Mendiola M: A typology of uncertainty derived from an analysis of critical incidents in medical residents: A mixed methods study. BMC Medical Education. 2015;15(1).

Hanna M, Fins JJ: Viewpoint: power and communication: why simulation training ought to be complemented by experiential and humanist learning. Academic Medicine, 2006;81(3):265-270.

Hantho A, Jensen L, Malterud K: Mutual understanding: a communication model for general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2002;20(4):244-251.

Hardoff D, Schonmann S: Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. Medical Education. 2001; 35(3):206-210.

Harrison G, Hayden S, Cook V, Cushing A: Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. Patient Education and Counseling. 2012;88(3):414-419.

Hernández TI, Hamui SL, Navarro GAM, Valencia IY: Comunicación médico-paciente en Medicina Familiar. Editorial Prado/Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.

Hodges B, McIlroy JH: Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training. Medical Education. 2003;37(11):1012-1016.

Hook KM, Pfeiffer CA: Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills. Medical Education. 2007;41(2):154-159.

Hulsman RL, Harmsen AB, Fabriek M: Reflective teaching of medical communication skills with DiViDU: Assessing the level of student reflection on recorded consultations with simulated patients. Patient Education and Counseling. 2009;74(2):142-149.

Hulsman RL, Mollema ED, Oort FJ, Hoos AM, De Haes JCJM: Using standardized video cases for assessment of medical communication skills: reliability of an objective structured video examination by computer. Patient Education and Counseling. 2006;60(1):24-31.

Humphris GM, Kaney S: Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. Medical Education.

2001;35(3):225-231.

Jarris YS, Saunders P, Gatti M, Weissinger P: Critical reflection: lessons learned from a communication skills assessment. *Medical Education*. 2012;46(5):504-504.

Joyce BL, Steenbergh T, Scher E: Use of the Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted) in an Institutional Interpersonal and Communication Skills Curriculum. *J Graduate Med Educ*. 2010;2(2):165-169.

Karabilgin OS, Vatansever K, Caliskan SA, Durak HI: Assessing medical student competency in communication in the pre-clinical phase: objective structured video exam and SP exam. *Patient Education and Counseling*. 2012;87(3):293-299.

Kopecky-Wenzel M, Frank R: Videogestütztes Training in Gesprächsführung für Ärzte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2010;59(3):207-223.

Korthagen F, Vasalos A: Levels in reflection: Core reflection as a means to enhance professional growth. *Teachers and Teaching*. 2005;11(1):47-71.

Kuhn KA, Warren JR, Leong TY: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics. *Medinfo* 2007;vol. 129.

Lane C, Rollnick S: The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*. 2007;67(1):13-20.

Langille DB, Kaufman DM, Laidlaw TA, Sargeant J, MacLeod H: Faculty attitudes towards medical communication and their perceptions of students' communication skills training at Dalhousie University. *Medical Education*. 2001;35(6):548-554.

Larson EB, Yao X: Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*. 2005;293(9):1100-1106.

LeBlanc VR, Tabak D, Kneebone R, Nestel D, MacRae H, Moulton CA: Psychometric properties of an integrated assessment of technical and communication skills. *The American Journal of Surgery*, 2009;197(1):96-101.

Lee AL, Mader EM, Morley ChP: Teaching Cross-Cultural Communication Skills Online: A Multi-Method Evaluation. [Online]. Disponible: <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol47Issue4/Lee302> [Consultado en 17 Jan. 2017], 2015.

Levenkron JC, Greenland P, Bowley N: Using patient instructors to

teach behavioral counseling skills. *Academic Medicine*. 1987;62(8):665-672.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB: The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986;3(1):24-30.

Lewkonja RM: The Medical Interview: The Three-Function Approach. 1991. By Steven A. Cohen-Cole. Published by Mosby Year Book Inc. 197 pages. *Canadian Journal of Neurological Sciences/Journal Canadien des Sciences Neurologiques*. 1991;18(03):368-369.

Liew SC, Dutta S, Sidhu JK, De-Alwis R, Chen N, Sow CF, Barua A: Assessors for communication skills: SPs or healthcare professionals? *Medical Teacher*. 2014;36(7):626-631.

Lurie SJ, Mooney CJ, Nofziger AC, Meldrum SC, Epstein RM: Further challenges in measuring communication skills: accounting for actor effects in standardised patient assessments. *Medical Education*. 2008;42(7):662-668.

Makoul G: Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*. 2001;76(4):390-393.

Makoul G: The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*. 2001;45(1):23-34.

Makoul G, Krupat E, Chang CH: Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 2007;67(3):333-342.

Massé R: Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Gaëtan Morin Ed. Montréal, 1995.

McManus IC, Vincent CA, Thom S, Kidd J: Teaching communication skills to clinical students. *BMJ*. 1993;306:1322-1327.

Melvin L, Connolly K, Pitre L, Dore KL, Wasi P: Improving medical students' written communication skills: design and evaluation of an educational curriculum. *Postgraduate Medical Journal*, 2015;91(1076):303-308.

Molinuevo B, Escorihuela RM, Fernández-Teruel A, Tobeña A, Torrubia R: How we train undergraduate medical students in decoding patients' nonverbal clues. *Medical Teacher*, 2011;33(10):804-807.

- Myerholtz L:** Assessing family medicine Residents' communication skills from the Patient's perspective: evaluating the communication assessment tool. *Journal of Graduate Medical Education*, 2014;6(3):495-500.
- Neighbour R:** *The Inner Consultation – How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style*, 2nd Ed. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005;18(7).
- Neumann E, Obliers R, Schiessl Ch, Stosch CH, Albus Ch:** Student Evaluation Scale for Medical Courses with Simulations of the Doctor-Patient Interaction. *GMS Journal for Medical Education, GMS Z Med Ausbild*, 2011; 28(4): Doc 56.
- Nilsen S, Baerheim A:** Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it—a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education*, 2005; 5(1):28.
- Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS:** The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*. 2003;138(6):476-481.
- Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR:** The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Annals of Internal Medicine*, 1995;123(10):795-799.
- Oda Y, Onishi H, Sakemi T, Fujimoto K, Koizumi S:** Improvement in medical students' communication and interpersonal skills as evaluated by patient satisfaction questionnaire after curriculum reform. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*. 2014;55(1):72-77.
- Pailhe É:** *Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes en médecine générale à la communication: enquête qualitative auprès de maîtres de stage* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble), 2012.
- Price EG, Windish DM, Magaziner J, Cooper LA:** Assessing validity of standardized patient ratings of medical students' communication behavior using the Roter interaction analysis system. *Patient Education and Counseling*, 2008;70(1):3-9.
- Prose NS, Brown H, Murphy G, Nieves A:** The morbidity and mortality conference: A unique opportunity for teaching empathic communication. *Journal of Graduate Medical Education*. 2010;2(4): 505-507.
- Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA:** A model for communication skills

assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*. 2006;28(5):e127-e134.

Roberts WL, Solomon M, Langenau E: An investigation of construct validity of humanistic clinical skills on a medical licensure examination. *Patient Education and Counseling*, 2011;82(2):214-221.

Rossi I, Jeannin A, Dubois-Arber F, Guex P, Vannotti M: The clientele of an anonymous HIV test centre and the general population tested: similarities and differences. *AIDS Care*. 1998;10(1):89-103.

Rossi I: «J'ai besoin de savoir "1st ed. Bern: [sn]. Roter, D. and Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*. 1996;46(4):243-251.

Roter D, Larson S: The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 2002;46(4):243-251.

Rowan KE, Sparks L, Pecchioni L, Villagran MM: The CAUSE model: a research-supported aid for physicians communicating with patients about cancer risk. *Health Communication*. 2003;15(2):235-248.

Saba GW, Chou CL, Satterfield J, Teherani A *et al.*: Teaching patient-centered communication skills: a telephone follow-up curriculum for medical students. 2014. *Medical Education Online*, 2014;25;19:22522.

Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJ: Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(12):1482-1491.

Silverman J, Kurtz S, Draper J: Skills for communicating with patients. Third Edition. CRC Press, Oxford, 2016.

Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmayr BE, Gardiner JC: Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Education and Counseling*. 2000;39(1):27-36.

Stepien K, Baernstein A: Educating for empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(5):524-530.

Stevens A, Hernandez J, Johnsen K, Dickerson R, Raij A, Harrison C, Jackson J: The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *The American Journal of Surgery*. 2006;191(6):806-811.

Tate P, Tate L: *The doctor's communication handbook*. 1st ed. Oxford,

U.K.: Radcliffe Pub. 2010;16.

Teal C, Street R: Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*. 2009;68(3):533-543.

Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P: Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Education and Counseling*. 2008;71(2):148-152.

Trucchia S, Olmas J, Quiroga D, Halac E: Comunicación en Medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 2016;73(3):212-218.

Uhm S, Lee GH, Jin JK, Bak YI, Jeoung YO, Kim CW: Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. *Medical Education Online*, 2015;20(1):28453.

Van Es JM, Schrijver CJ, Oberink RH, Visser MR: Two-dimensional structure of the MAAS-Global rating list for consultation skills of doctors. *Medical Teacher*. 2012;34(12):e794-e799. Epub 2012 Sep 3.

Van Thiel J, Ram P, van Dale J: *Maas Global Manual 2000. Guidelines to the rating of communication skills and clinical skills of doctors with the maas*. [Online], 2000.

Vannotti M: L 'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 2000;29(2):213.

Veenker H, Paans W: A dynamic approach to communication in health literacy education. *BMC Medical Education*, 2016;16(1):280.

Veldhuijzen W, Ram PM, van der Weijden T, van der Vleuten CP: Communication guidelines as a learning tool: an exploration of user preferences in general practice. *Patient Education and Counseling*, 2013;90(2):213-219.

Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S et al.: UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 2008;42(11):1100-1107.

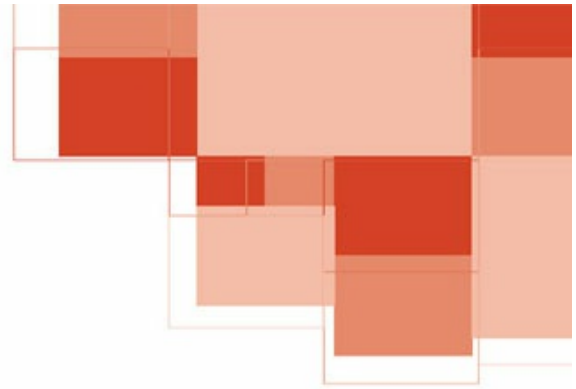
Warnecke E: The art of communication. *Australian Family Physician*, 2014;43(3):156-158.

Watson K: Perspective: Serious play: teaching medical skills with improvisational theater techniques. *Academic Medicine*. 2011;86(10):1260-1265.

Wear D, Varley JD: Rituals of verification: the role of simulation in

developing and evaluating empathic communication. *Patient Education and Counseling*. 2008;71(2):153-156.

Zick A, Granieri M, Makoul G: First-year medical students' assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*. 2007;68(2):161-166.



Epílogo

Al inicio de este proyecto cuando se planeó un libro sobre la comunicación médico-paciente, se pensó en dirigirlo a los profesores responsables de la formación de los futuros médicos. Conforme se fue desarrollando se concluyó que también podría ser de utilidad para los estudiantes de medicina, e incluso extenderse a todos los profesionales de la salud.

Los argumentos plasmados en los capítulos de esta obra constituyen puntos de partida para la reflexión y permiten vislumbrar diversos panoramas de la comunicación médico-paciente. Se planteó que el desarrollo de las habilidades comunicacionales, se puede aprender y evaluar transversalmente a lo largo de la formación de los médicos. No obstante, adquirir estas competencias también implica reconocer que se trata de un proceso que dura toda la vida profesional, por lo que requiere reflexionarse y ponerse en práctica.

Con el fin de despertar la inquietud por la comunicación y fortalecer la formación de los alumnos de medicina se proporciona una visión general del estado del arte y se detallan estrategias pedagógicas que involucran el uso de diversos recursos. Sin embargo, sería errado concebir este libro como un manual de procedimientos que vaya en una sola dirección. Las diversas ideas y posturas teórico-metodológicas plasmadas por los autores del libro, invitan a los lectores a la reflexión sobre la comunicación médico-paciente en contextos cambiantes y, por lo tanto, apela a su capacidad creativa.

En el primer capítulo la Dra. Liz Hamui señala que la comunicación médico-paciente acontece en contextos y situaciones socioculturales concretas, por lo que en su expresión se conjuntan las dimensiones biológica, emocional y sociocultural. Así, se reflexiona cómo en un breve tiempo, de un espacio institucional, se permite la expresión simultánea de sentimientos y emociones, trayectorias de vida y relaciones familiares, pero también están presentes las normatividades institucionales de los servicios de salud e incluso el contexto histórico y político-económico.

Desde el enfoque biomédico, la comunicación médico-paciente puede favorecer la fluidez en el interrogatorio, la integración de diagnósticos

certeros, la promoción del apego al tratamiento y la prevención. La dimensión emocional potencia una relación empática, interesada en la comprensión de los padecimientos expresados por los pacientes; mientras que, en el plano cultural, la co-construcción de las narrativas del paciente, abre la opción de conocer la trayectoria y el proyecto de vida, antes y después de la enfermedad.

La actividad comunicativa de carácter dialógico involucra la toma de decisiones compartida, el entendimiento del tratamiento y la satisfacción del paciente. Esta perspectiva lleva a cuestionar y transformar las nociones que reducen el apego, a una “eficaz” adherencia al tratamiento farmacológico.

Por su parte el Dr. Ilario Rossi analiza las transformaciones de las sociedades a nivel mundial y su impacto en la comunicación médico-paciente. Entre otros aspectos, esto ha obligado a diversas disciplinas a colaborar en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención y conceptualizar la “salud global” con sus configuraciones en las diferentes regiones del mundo.

Esta tendencia ha impactado a los sistemas nacionales de salud los cuales han experimentado una paulatina expansión del aparato administrativo; el predominio de una lógica económica-empresarial y una gran expectativa en el uso de la tecnología. Aspectos que, a corto y mediano plazos, están generando grandes cambios en la comunicación médico-paciente.

No obstante, en un contexto mundial de transformaciones; a nivel nacional y regional, diversos profesionales de la salud, grupos académicos y organizaciones de la sociedad civil, han ido definiendo posturas reflexivas respecto al ejercicio de la profesión médica y su impacto en la comunicación médico-paciente.

Así, han generado propuestas que plantean una alianza entre médico y paciente, basada en la participación mutua, el respeto y la toma de decisiones compartida de una forma que se afiance la comprensión del padecer y la enfermedad.

En el capítulo tres, un equipo de antropólogos y médicos al analizar el caso de dos instituciones de salud mexicanas y las expresiones concretas durante la consulta en el ámbito de la medicina familiar, logra identificar la lógica imperante en torno de la “eficiencia”. Esta última, se manifiesta en los tiempos destinados a la consulta, el impulso del expediente electrónico y el manejo de diversos documentos administrativos; aspectos que se ven reflejados en la calidad de las habilidades comunicativas

durante la relación médico-paciente.

Lo anterior, abre el debate sobre los avances tecnológicos y su impacto en la consulta clínica. No obstante, a parecer de los autores, la discusión no debe centrarse en el uso o no de los medios tecnológicos, como el expediente electrónico sino en problematizar las lógicas que rigen su implementación y su impacto en la comunicación médico-paciente.

Finalmente, el último capítulo aborda la enseñanza de las habilidades de comunicación durante la formación de los profesionales de la salud. Los autores destacan que ésta aspira a lograr vínculos dialógicos con sus potenciales pacientes. Sin duda, se trata de un gran desafío, en especial, si se reconoce que, en cada consulta y encuentro clínico, se establecen relaciones particulares y diferenciales.

Se exponen argumentos sólidos para afirmar que las “narrativas del padecer” son un constructo teórico valioso para dar cuenta de la afectación biológica, pero también favorecen dimensionar las emociones y la perspectiva sociocultural del paciente. Su co-construcción implica el establecimiento de relaciones dialógicas, pues al abordar los trastornos corporales del paciente, se expresan múltiples relatos que dan cuenta de los sentidos y significados (experiencias del dolor, incertidumbre, sufrimiento) que les atribuyen, así como da indicios de los contextos sociales en los que se vive la experiencia.

El reto de la comunicación dialógica, es el desarrollo de habilidades tendientes a comprender el relato del paciente, pero también la de construir una nueva narrativa que teniendo como eje la experiencia significativa y visión cultural de la salud favorezca la incorporación de nociones sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Sin duda, el estudiante tiene que desarrollar habilidades con el fin de establecer un razonamiento clínico adecuado. No obstante, es errado minimizar el peso que juegan las competencias relacionadas con la comunicación médico-paciente en el conocimiento aplicado, pues éste se vincula con el reconocimiento de patrones, la toma de decisiones y el juicio situacional.

Es importante reflexionar sobre la injerencia de las escuelas y facultades de medicina en la enseñanza de la comunicación médico-paciente. De aquí la importancia de incluir en el diseño curricular y programas académicos, asignaturas que favorezcan su implementación en situaciones clínicas reales, lo cual involucra la participación directa de los médicos-profesores de las instituciones de salud.

El gran impulso de programas de educación basado en competencias (EBC) es una oportunidad para fomentar en la formación de los profesionales de la salud, habilidades de comunicación dialógicas y de mutuo involucramiento en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades.

Alfredo Paulo Maya