



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES DURANTE LA
COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES:**

Una estrategia para favorecer la aceptación de la
enfermedad y la persistencia en el tratamiento médico.

Un estudio de caso.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JUAN DANIEL PLAZOLA CAMACHO

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA

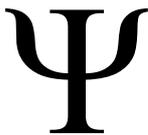
MTRO. RAFAEL PASCUAL AYALA

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLEN RIEBELING

PAPIME PE300506

CONACYT-EDOMEX 2005-C01-29

PAPIIT IN308406-2



México, D.F., Junio, 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Para la consecución de este trabajo se agradece el apoyo otorgado por los proyectos:

- Proyecto DGAPA-PAPIME, UNAM *Modelo orientador de la práctica multidisciplinaria en el área de la salud.* PE300506
- Proyecto Fondos Mixtos CONACYT - Estado de México *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida.* EDOMEX-2005-C01-29.
- Proyecto DGAPA-PAPIIT, UNAM *Yanga: cultura y salud en una comunidad afro-mestiza de México.* IN308406-2



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que me ayudaron para finalizar este trabajo.

Al Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez por todo el apoyo brindado, por compartir sus conocimientos, su experiencia y su tiempo para la consecución de este trabajo.

A Enriqueta Figueroa Rubio por orientarme en este trabajo, por sus enseñanzas a lo largo de mi estancia en el DUPAM.

A la Maestra Gloria Marina Moreno Baena por su amistad, su valiosa colaboración y las facilidades brindadas durante esta investigación.

A la Doctora Raquel del Socorro Guillen Riebeling por apoyarme en este proyecto y motivarme para seguir adelante.

Al Maestro Rafael Pascual Ayala por sus aportaciones y correcciones a lo largo de este trabajo.

A la Licenciada y excelente terapeuta Marcela Mareve Ramírez González por sus atinados consejos en el desarrollo de este trabajo.



DEDICATORIAS

A Dios...

A mi papá por su amor, por ser mi amigo, por ser una guía con paciencia, por convivir conmigo en sus experiencias alegres y tristes y sobre todo, por saber que cuando río puedo sentir que me acompaña.

A mi mamá por su amor, por darme una vida feliz, por mostrarme la fortaleza, por compartir sus sentimientos, y sobre todo por lo que viene.

A Sagrario por su coraje, por obsequiar su tiempo sin reservas, por su ejemplo de firmeza y tenacidad.

A Cani y Alfonso por su amor, por compartirme su casa, por tener esa luz en su mirada y por dibujar al verme una sonrisa.



A mis tíos que siempre me han acompañado y apoyado a lo largo de mi vida: Paz, Jesús, Tere, Manuel, Jorge, Alfonso, Guadalupe y Agustín.

A mis prim@s Claudia y Jacqueline, Alejandro, Areli, Dulce y Jazmín con las que he crecido y compartido mucho cariño en buenos y malos momentos.

A mis sobrinitos Martín e Ismael que son maravillosos, Regina y Emil por su chispa tan especial.

A Marcela Mareve por ser mi alma gemela, por el amor que compartimos, por darme fuerza para superar los obstáculos, por todo el tiempo que nos queda juntos.

A la tía Alis y a María Marcela, a Tania, Elizabeth, Alfonso por abrirme las puertas de su casa, por ser personas muy especiales.

A mis amigos Armando Castilla, Joaquin Gómez, Velia Arroyo, Guillermo Espíndola y Elesban Hernández con los que he compartido una maravillosa amistad.

Al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, a la Mtra. Gloria Marina Moreno Baena, a la Mtra. Ma. Enriqueta Figueroa Rubio que fueron mis asesores en el DUPAM y ahora mis amigos, por esmerarse en compartir su tiempo y sus conocimientos para formarme.

A Nicandro, un maestro que me enseñó como se puede respetar a la persona que está frente a ti y a todos mis amigos gestálticos que me permitieron compartir sus procesos en el aquí y ahora como son Itandehui, Ines, Israel, Carolina, Susana, Arturo y Arturo.



A los profesores y amigos que encontré en la FES Zaragoza, a los cuales les agradezco sus enseñanzas como son: Marlene y Eloisa Rodríguez, Enrique Vargas, Raymundo Galicia, Alberto Montaña, Eduardo Contreras, Liliana Gómez, Alejandra Luna, Patricia Palacios.

A mis amigos que me acompañaron en la universidad: Reina Areli por ser mi amiga durante toda la carrera y a Diana Alejandra por ser tan natural y espontánea, a Juan Manuel por su alegre compañía, a mi amigo el Sr. Leonardo Santiago por ser mi asesor de estadística y ser yo su excelente pupilo, por las buenas partidas de ajedrez de mis amigos Juan Daniel Tizapan que tiene el don de la franqueza, a Javier Pérez por su buen sentido del humor, a Mario Juan de Dios por ser buen amigo.

A mis amigos del 51: Oscar, Rosario, Lupita, Ruby, Bety, Verónica, Coral, Reina, Wilber, Miguel, Samanta, Sandra, Iván, Eva, Lilia, etc.

A los amigos que encontré en el DUPAM como son: Martha Pérez, Rafael Pascual, Ana Teresa Rojas, Mary Trini Mejía, Guadalupe Hernández, Armando Bárcenas, Berenice Tovar, Violeta Valadez, Cynthia Pichardo, Esmeralda Cruz, Jacqueline Islas, Tania Ramírez, Fabiola Tabaco.

Y a todos los que no aparecen y que de alguna forma me han apoyado... Gracias.



ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1 Diabetes: una enfermedad creciente	6
Panorama Evolutivo de la Diabetes	6
Capítulo 2 Táctica y estrategia de los servicios de salud en el manejo de la diabetes (estado del arte)	13
Terapéutica médica	15
Tratamiento odontológico	17
Manejo psicológico	17
Capítulo 3 Competencias médicas y diagnóstico médico	27
Competencias médicas	27
Diagnóstico médico	29
Interrogatorio y exploración física	31
Respuestas emocionales	34
Capítulo 4 Malas noticias y su desafortunado manejo	40
Factores que dificultan comunicar una mala noticia	42
Las diferencias culturales en la práctica médica al comunicar un diagnóstico	44
Mal manejo	45
Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias	51
Disposiciones antes de que la persona entre al consultorio	52
Durante la entrevista	54
Manera de abordar un padecimiento	55



Capítulo 6 Empatía y el método dialogal en la relación yo-tú como métodos para el correcto manejo de los estados emocionales en la comunicación del diagnóstico positivo de diabetes	72
Empatía	72
Cómo manejar estados emocionales con el método dialogal	79
El método dialogal de Yontef	79
Capítulo 7 DUPAM: Diabetes un Programa de Atención Multidisciplinaria	83
Metodología	90
Hipótesis	90
Objetivos	91
Población	91
Escenario	92
Procedimiento	92
Evaluación	93
Programa para comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2	94
Presentación y análisis de resultados	110
Estrategias y habilidades aprendidas durante la formación médica	111
Estrategias aprendidas por el médico para comunicar malas noticias y manejar estados emocionales con el método dialogal	112
El señor Edgardo	116
La señora Mirna	125
Conclusiones	133
Sugerencias y recomendaciones	137
Referencias	139
Anexos	147



RESUMEN

En México y en el mundo la diabetes crece a pasos vertiginosos, no es raro convivir cotidianamente con alguien que tiene esta enfermedad, abuelos, padres, hermanos, vecinos, amigos y eso se debe al hecho de que en nuestro país la diabetes es la primera causa de muerte.

La persona está en continuo proceso que es individual, que tiene un ritmo propio, cuando se percata que está perdiendo salud acude a su médico, este profesional tiene una responsabilidad al conformar un diagnóstico y tratamiento de la persona, aún que la comunicación del diagnóstico a veces suponga algo aparente y se aborde el tratamiento con mucha más atención, en el caso de la diabetes si se hace de una manera inadecuada provoca una reacción negativa que la mayoría de la gente tarda años en superar y cuando lo hace es movida porque algunas de las complicaciones ya están presentes.

Esta tesis centra su atención en la metodología cualitativa, y se utiliza el método fenomenológico para conocer como el profesional de la salud capacitado para transmitir malas noticias y abordar ciertos aspectos psicológicos como parte de su profesión en el momento de transmitir el diagnóstico, obtiene beneficios a favor del bien de la persona enferma.



Su propósito consiste en evidenciar la importancia de ese momento tan efímero que puede ser decisivo para los procesos de una persona, y la propuesta de que estos aspectos sean incluidos en la práctica médica para favorecer la aceptación de la enfermedad y la persistencia a los tratamientos y de omitir esta tarea se afirma que la salud de las personas con diabetes es afectada negativamente.



INTRODUCCIÓN

Esta tesis se circunscribe al programa DUPAM Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria, el cual se va retroalimentando y ampliando su modelo teórico.

En la práctica cuando una persona llega a los servicios de salud puede caracterizarse de dos maneras:

La primera, es una persona que con anterioridad ya ha sido diagnosticada con diabetes tipo 2 y por lo regular a desistido de un tratamiento médico para tratar su enfermedad, incluso en la mayoría de los casos ha aprendido a vivir con los síntomas de la enfermedad, en éste caso se implementa un subprograma del DUPAM llamado Sensibilización, para demostrar a la persona que seguir con su estilo de vida cotidiano finalizará en muchas complicaciones de la enfermedad. A través de un ejercicio psicológico la persona con diabetes imagina su vida con las complicaciones de la enfermedad, se le pide reflexionar el cambio en su vida y cómo saldría adelante, el resultado es un impacto positivo que favorece a la persona a persistir en el tratamiento.

La segunda y motivo de esta tesis es que cuando una persona va por primera vez a los servicios de salud y el médico le comunica su diagnóstico de diabetes tipo 2, dicho diagnóstico le genera estados



emocionales que de no ser tratados de manera eficaz pueden comprometer su persistencia al tratamiento.

También para contribuir a la atención que ejerce en la práctica el médico que comunica un diagnóstico de diabetes tipo 2 y para ayudar a las personas a favorecer sus procesos y persistir en el tratamiento de una manera rápida.

Por esto, se creó un programa de intervención psicológica que aporta una propuesta alternativa al tratamiento médico institucional de la diabetes, pues la manera de abordar este tema como estrategia médico institucional es escasa y a veces nula, lo que puede generar en ocasiones procesos negativos que complican la persistencia al tratamiento, por consecuencia las personas siguen desarrollando las complicaciones que desembocan en la muerte.

Así esta tesis complementa la manera de proceder por parte del médico con las personas enfermas, es un aporte novedoso en el tratamiento de la diabetes y está sustentado en dos aspectos: los conocimientos científicos y tecnológicos utilizados por el médico para dar malas noticias y la propuesta psicológica del método dialogal a través de la relación yo-tú para manejar estados emocionales.

En el primer capítulo se habla del panorama evolutivo de la enfermedad, su incidencia tanto en la morbilidad y mortalidad, tanto en su panorama mundial y particularmente los datos que se manejan en México.

En el segundo capítulo se trata la definición y el concepto de la diabetes, su manejo a través de la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, 2001, sus clasificaciones, así como las estrategias médicas institucionales que no han sido eficaces para controlar la enfermedad, las estrategias psicológicas tradicionales que apoyan el



tratamiento médico y la participación demás disciplinas como enfermería y odontología en el tratamiento de la diabetes.

En el tercer capítulo se aborda las competencias médicas, el concepto de diagnóstico médico, como se elabora el diagnóstico de diabetes tipo 2, la importancia de apoyarlo en el interrogatorio y la exploración física, y algunas reacciones emocionales que pueden producirse al comunicarlo.

El cuarto capítulo trata sobre la comunicación de las malas noticias en medicina, los factores que dificultan su comunicación y el mal manejo representado en casos que a veces los profesionales de la salud tienen hacia sus pacientes.

El quinto capítulo se refiere a las disposiciones médicas para comunicar malas noticias de una manera adecuada atendiendo a los elementos orientadores para dar malas noticias.

El sexto capítulo trata acerca de la empatía como herramienta médica y se desarrollan los elementos del método dialogal en la relación yo-tú como herramientas para el correcto manejo de los estados emocionales en la comunicación del diagnóstico positivo de diabetes.

El capítulo siete aborda la estructura del programa Diabetes: Un programa de atención multidisciplinaria, DUPAM, su modelo de intervención, así como sus actividades.

En el siguiente capítulo se habla de la metodología, de la población que se utilizó, así como el procedimiento para la elaboración de este trabajo dividido en fases como son: la elaboración del programa de capacitación, la capacitación aplicada y la evaluación, también se incluye el programa que se aplicó al médico para comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2.

En el siguiente apartado se ofrecen la presentación de los datos y el análisis de resultados y por último las conclusiones a las que se llegaron como resultado de este trabajo.



Capítulo 1

DIABETES: UNA ENFERMEDAD CRECIENTE

Panorama Evolutivo de la Diabetes

En el 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en el año 2000 existían cerca de 171 millones de personas con diabetes en todo el mundo y estima que para el año 2030 existirán aproximadamente 366 millones de personas afectadas por ésta enfermedad.

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF por sus siglas en ingles) a su vez, calcula que la diabetes afecta a más de 194 millones de personas en todo el mundo y se espera que alcance los 333 millones en el 2025 y en México el 90% de las personas que padecen diabetes presentan el tipo 2 (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2007).

La Secretaría de Salud (SSA) en su comunicado de prensa n° 058 (2003) considera a la diabetes como una epidemia que se presenta en los países en vías de desarrollo y la proyecta como uno de los principales retos en materia de salud.

En el 2000, estos cinco países tenían el mayor número de personas con diabetes mellitus:

Capítulo 1 Diabetes: una enfermedad creciente



India	32.7 millones
China	22.6 millones
Reino Unido	15.3 millones
Pakistán	8.8 millones
Japón	7.1 millones

Tabla 1. Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2007.

Y también en ese mismo año México aparece entre los cinco países con la mayor prevalencia de diabetes en la población adulta:

Papua Nueva Guinea	15.5 %),
Mauricio	15.0 %
Barein	14.8%
México	14.2 %
Trinidad y Tobago	14.1 %

Tabla 2. Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2007.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000) realizada por la Secretaría de Salud registró en nuestro país una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5% en la población mayor a 20 años (Olaiz, *et al.* citado en Vázquez, Gómez y Fernández, 2006).

Cifras parecidas son las que maneja la Federación Mexicana de Diabetes (FMD), menciona que la población de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones, una prevalencia nacional de 10.7 % en personas entre los 20 y 69 años, de ese total 2 millones de personas no han sido diagnosticadas, la prevalencia en México es una de las más altas del mundo y el grupo más afectado es el de las personas en edad productiva (Federación Mexicana de Diabetes, 2007).

Hasta 50% de toda la gente que tiene diabetes no sabe que la padece. En algunos países el porcentaje de gente que desconoce su



condición llega hasta 80% de la población afectada (Federación Mexicana de Diabetes, 2007).

La Secretaría de Salud coloca a México en el noveno lugar de la lista mundial de incidencia de diabetes, de seguir esta tendencia nuestro país se colocará en el lugar número siete para el año 2025 (SSA, comunicado de prensa n° 027, 2002).

En México se prevé un crecimiento acelerado de población afectada por la enfermedad, en 1995 se contaba con 3.8 millones de adultos diabéticos, para el 2025 se estima habrá 11.7 millones (Alpizar, 2001).

La cifra real de personas que padecen diabetes tipo 2 no puede calcularse con certeza ya que de cada dos personas diagnosticadas, existe por lo menos una que no sabe que tiene la enfermedad, (Olaiz, *et al.* citado en Rodríguez, López, Rodríguez y Jiménez, 2003).

La FID (2007) menciona que la diabetes se concentra sobre todo en áreas urbanas y esta característica aumentará en el futuro como el resultado de la industrialización rápida en muchos países, esta condición fuerza a las familias a dejar las áreas rurales y dirigirse a las ciudades a buscar empleo, lo que ocasiona un cambio de hábitos tanto alimentarios como conductuales.

Los niños de medio rural tienen una alimentación monótona basada en cereales, leguminosas y su actividad física es intensa, en contraste los niños de la ciudad tienen más acceso a alimentos ricos en grasas y sal, además de que son más sedentarios y tienen más acceso a consumo de tabaco y alcohol; por lo tanto, un niño criado del medio rural no presenta el mismo perfil cardiovascular que uno de una zona urbana (Yamamoto, 2002).



Se registra un aumento de las enfermedades crónico degenerativas entre las que se encuentra la diabetes como consecuencia del envejecimiento de la población como factor de riesgo, en la ENSA-2000 se informa una incidencia de diabetes que va en aumento con la edad, (Olaiz, *et al.* 2003), de seguir así, los servicios de salud en el futuro no podrán contener tanto económica, como físicamente la atención a una población que envejece rápidamente.

Además del envejecimiento de la población Reynals menciona otros factores de riesgo para contraer la diabetes como el aumento de la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el origen étnico y la edad (Figuerola, 2003).

En el 2007 se espera que la diabetes cause 3.8 millones de muertes en todo el mundo, aproximadamente el 6 % de mortalidad total global, según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) sumando los años de vida de las personas que mueren de diabetes en el mundo, sumarían más de 25 millones de años de vida perdida cada año (FID, 2007).

En México la presencia de la diabetes se empezó a consolidar a partir del decenio de 1960. Dicha información proviene de dos fuentes, principalmente: certificados de defunción y estudios de prevalencia, sin embargo éstos estudios solo ofrecen un panorama general y no pueden ser usados para efectuar un análisis comparativo.

En 1950 la tasa de mortalidad se informó de 0.2 por cada 100 000 habitantes (González, 1998), para 1955 según cifras de Zubirán (1960), se registró una tasa de mortalidad de 5.0 por cada 100 mil habitantes, para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100 mil habitantes (Vázquez y Escobedo, 1989)

Capítulo 1 Diabetes: una enfermedad creciente



González (1998) refiere el año 1990 con un indicador de 31.2 por 100 mil habitantes. Velásquez, Lara y Peña, 2003 señalan que para 1997 la tasa de mortalidad fue de 38.0 por 100 mil habitantes y por último para el 2001 fue de 48.96 por 100 mil habitantes lo que la llevó a ubicarse como la primera causa de muerte de nuestro país (SSA, 2001).

Tasa de mortalidad en México	
En el año	Por cada 100 mil habitantes
1950	0.2
1955	5.0
1980	12.0
1990	31.2
1997	38.0
2001	48.96

Tabla 3. Fuente: González, 1998; Velásquez, *et al.* 2003; Zubirán, 1960; Vázquez y Escobedo, 1989; SSA, 2001.

En nuestro país la diabetes ocasionó en el año 2000 más de 46000 muertes, esto es, 5 personas cada dos horas (SSA, comunicado de prensa n° 027, 2002).

Las principales causas de mortalidad general en 2005 fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los accidentes, así como los padecimientos hepáticos y cerebrovasculares, en conjunto causaron 6 de cada 10 defunciones (INEGI, 2006).

En el 2005 en nuestro país el 18.8% de las defunciones femeninas en edad productiva entre 30 y 59 años fueron ocasionadas por la diabetes, mientras que las defunciones de hombres en este mismo rango de edad y enfermedad fueron de 12.2% (INEGI, 2006).



La Encuesta Nacional de Nutrición (2006) menciona que la diabetes se ubica como la primera causa de muerte general en nuestro país, ya que mueren en promedio seis personas cada hora por causa de padecer la enfermedad y sus complicaciones (citada en Carrillo y Perales, 2006)

Leía y Harris afirman que las personas con Diabetes tipo 2 son diagnosticadas tarde, se estima que las personas con esta enfermedad y característica tienen que esperar de 4 a 7 años antes de saberse portadoras de esta condición ya que los médicos siguen basando su diagnóstico en la triada “polidipsia, poliuria y pérdida inexplicable de peso”; afirman que es muy bajo el porcentaje de pacientes que debutan con estos síntomas (Restrepo y Sandoval, 2006).

La FMD (2007) estima que en nuestro país más del 10% de la población adulta padece diabetes; de ésta, 50% lo desconoce o no lo acepta, lo cual retrasa la oportunidad de prever complicaciones como la retinopatía, la neuropatía, enfermedades del riñón, así como amputaciones, lo que ocasiona una demanda creciente en consultas médicas a largo plazo en los servicios de salud.

También la FID (2007) da a conocer que los costos asociados a la enfermedad van desde una consulta médica hasta las visitas prolongadas de personas en el hospital para el tratamiento de complicaciones.

El aumento del número de consultas por diabetes requiere que las instituciones se preparen para recibir la demanda de personas con enfermedades crónicas y sus padecimientos, lo que implica mayor gasto económico a futuro.

Los costos más elevados se encuentran en el padecimiento de la enfermedad. La carga económica que representa una persona con



diabetes tipo 2 se considera si ésta tiene que pagar por los servicios de salud, los medicamentos u otros servicios. Sus gastos médicos son entre 2 y 5 veces más altos que los de una persona que no está enferma (FMD, 2007) y estos costos se van elevando conforme la persona pierde gradualmente salud, lo que implica un esfuerzo y una carga mayor para el enfermo y de aquellos que están a su alrededor.

Esto hace evidente que la enfermedad ha ganado terreno hasta convertirse en un problema nacional con perfiles de epidemia. De no contener el grave problema que se anuncia, la población mexicana tendrá que asumir las consecuencias tanto económicas como bio-psicológicas al padecer esta enfermedad.

Es ahora, cuando la diabetes es la primera causa de muerte, cuando estamos en mayor riesgo de padecerla, cuando aumenta la probabilidad de tener a un familiar con complicaciones, cuando podría prevenirse y controlarse, puesto que, como lo expresa Mercado (1996) y Cardoso (2002), actualmente gracias a la ciencia y tecnología aplicadas a la terapéutica médica las personas deberían controlar su enfermedad sin mayor problema pues solo se requiere llevar una alimentación balanceada, realizar ejercicios de bajo impacto y tomar su medicamento como se le indica.



Capítulo 2

TÁCTICA Y ESTRATEGIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MANEJO DE LA DIABETES (ESTADO DEL ARTE)

En la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2001, (NOM-015-SSA2-1994, 2001), se define esta enfermedad como:

3.16 Diabetes,... enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Existen diferentes clasificaciones de diabetes, de las cuales mencionaremos las dos más frecuentes:

3.17 Diabetes tipo 1... existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

3.18 Diabetes tipo 2... hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

La diabetes tipo 1 también es conocida como diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) y el tipo 2 como diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), aunque estos segundos términos han dejado de usarse por no ser aplicables a las condiciones del momento,



ya que el tipo uno comprende (en la mayoría de casos) la destrucción de las células beta del islote de Langerhans, lo que ocasiona depender de insulina para sobrevivir, actualmente se puede detectar el estado clínico de la persona antes de ésta destrucción (antes de ser insulino dependiente), es decir; cuando está metabólicamente sano, y la del tipo 2 se convierte en una fuente de confusión en las personas al iniciar un tratamiento con insulina ya que para ellas los términos y tratamientos son excluyentes (Figuerola, 2003).

Como menciona Reynals la diabetes es un síndrome definido por un trastorno bioquímico, la generación de un aumento de glucosa en la sangre, alteraciones clínicas, vasculares y neurológicas, que son las consecuencias de las modificaciones que sufren los tejidos al estar en contacto con excesivas concentraciones de glucosa (Figuerola, 2003).

- El síndrome metabólico se refiere a aumento de glucosa en sangre en niveles anormales, (hiperglicemia), glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas como consecuencia de la falta o mal aprovechamiento de insulina (elaborada por el páncreas).
- El síndrome vascular que puede ser macro o microangiopático y que afecta a todos los órganos del cuerpo, especialmente al corazón, la circulación cerebral, circulación periférica, irrigación renal y a la retina.
- El síndrome neuropático que puede ser; autonómico y periférico.



TERAPÉUTICA MÉDICA

El modelo médico en la actualidad sigue orientando el manejo de la enfermedad, la NOM-015-SSA2-1994, 2001 establece los criterios del tratamiento que se mencionan a continuación:

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que este tipo de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien, desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobretodo en presencia de hiperglucemia sintomática.

11.3.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y de ser posible se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), recomienda que el paciente diabético reciba la mayor educación posible en cuanto a la alimentación para beneficio de su salud, además de que conozca acerca de la seriedad de la diabetes, factores de riesgo y maneras de controlar la enfermedad (American Diabetes Association, 2007).

También recomienda un tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria donde se desarrolle un programa en el que los miembros de equipos diferentes conserven su identidad individual disciplinaria, en que la persona asume un papel activo en su cuidado, aprendiendo habilidades que le sean útiles en el manejo de su enfermedad (Diabetes Care, 2005).

Para un adecuado control de la diabetes es necesario implementar un programa de ejercicio de bajo impacto que ayude a establecer cambios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y hormonales ya



que el ejercicio facilita la absorción de nutrientes como glucosa y aminoácidos por los tejidos del cuerpo. Todo esto en combinación con un plan alimentario adecuado y la ingesta de hipoglucemiantes (Cardoso, 2002).

Si bien es cierto que en el presente la diabetes se trata prioritariamente con base en una prescripción médica, como se indicó en renglones anteriores, también hoy en día se recomienda que se combinen diferentes disciplinas científicas para un adecuado manejo de la enfermedad, tales como: medicina, psicología, odontología, nutrición, enfermería y antropología, entre otras.

Una persona perfectamente controlada debe mantener niveles normales de glucosa en sangre de 80 a 120 mg/dl (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997), si logra mantener esta cifra puede seguir llevando el control de su vida sin alteraciones o limitaciones.

Cabe mencionar que la terapéutica médica tiene los elementos para controlar la enfermedad con medidas generales, esto es, recomendando al paciente un plan alimentario adecuado a sus necesidades y por el otro, desempeñar un programa de ejercicio básico.

La Modificación de la Norma Oficial Mexicana recomienda tratar de controlar los niveles de estrés que en muchas ocasiones incrementan los niveles de glucosa. Por otro lado, la mayoría de las personas no logran adaptarse a su nueva condición, y los niveles de glucosa se mantienen muy por arriba de los rangos aceptables, el médico toma la decisión de prescribir hipoglucemiantes como última alternativa, para lograr disminuir los altos niveles de glucosa, entendiéndose que una vez logrado el control tomará medidas para disminuir y eliminar la dosis (NOM-015-SSA2-1994, 2001).



TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El tratamiento odontológico es también muy importante, se aconseja la supervisión del profesional y su pronta intervención cuando exista la necesidad. El odontólogo que maneja a personas con diabetes informa sobre la problemática real, comenta la forma adecuada para manejar aspectos de prevención a complicaciones y está limitado a actuar clínicamente sólo cuando la persona maneja cifras aceptables de glucosa en sangre. En caso contrario el tratamiento se expone a complicaciones innecesarias.

Las enfermedades principales que atiende son: caries dentales y periodontopatía (Zárate, 1997; Buendía, Fernández y Garza, 1980) pero también su trabajo consiste en: el saneamiento básico, aplicar flúor, reconstruir y extraer las piezas dentales, informar y capacitar acerca de técnicas de cepillado, recomendar un plan alimentario y controlar la placa dentobacteriana. (Cardoso, 2002).

MANEJO PSICOLÓGICO

La intervención psicológica se ha orientado básicamente hacia el apoyo al médico para que el paciente lleve a cabo la prescripción, esto se ha pretendido mediante la consecución de las estrategias psicológicas que apoyan a la práctica médica: autocontrol, cumplimiento o adherencia, las cuales han tenido poco éxito.

- ❖ El autocontrol:

El paciente como recurso importante para ayudarse a mantener rangos aceptables de glucosa: con base en los hábitos y costumbres de la persona, tiene la meta de regular



la prescripción del médico. El manejo del estrés y la identificación de ideas irracionales como áreas de trabajo donde el psicólogo ayudará a cubrir la adherencia terapéutica (Noah, 1997).

Para conseguir autocontrol es importante realizar visitas regulares al médico y al educador en diabetes, modificar la dieta e implementar ejercicio físico, modificar las dosis de medicamento según lo requiera la persona (Pallardo, 2004).

También la persona debe tener una formación en cuanto a conocer su enfermedad, conocer el tratamiento prescrito y cómo aplicarlo, conocer cuales son las complicaciones y cómo prevenirlas, por último, conocer y adquirir hábitos de vida sanos que colaboren con el buen control de la diabetes.

La base del autocontrol es adquirir los conocimientos necesarios de la enfermedad y tratamiento para lograr establecer objetivos comunes entre la persona con diabetes y los profesionales de la salud, llegando al final a una responsabilidad compartida que implica mucho esfuerzo y supone una serie de compromisos que la persona tiene que aceptar sobre la base de sus necesidades y posibilidades.

❖ El cumplimiento terapéutico:

Se expresa como: el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a



todas las fases del proceso clínico y se puede valorar tanto cuantitativa como cualitativamente. García *et al.* (2000)

Además los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directos e indirectos:

Los métodos directos son objetivos (estudios de laboratorio) y determinan si en los fluidos orgánicos hay rastros del medicamento sugerido, así se puede cuantificar e indican si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastante objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria.

Los métodos indirectos aunque sencillos y económicos, tienen el inconveniente de no ser objetivos ya que la información obtenida es proporcionada por los enfermos, familiares o el personal de la salud y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que sólo identifica a una parte de los no cumplidores. Los que más se conocen y utilizan son: juicio clínico del médico, asistencia a citas previas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos secundarios, recuento de comprimidos, monitores electrónicos de medicación (MENS), métodos de cumplimiento autocomunicado y conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.

El cumplimiento (*compliance* en la literatura anglosajona) se emplea en mayor medida para sugerir la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y sugerencias del médico, donde la persona asume un rol pasivo y sumiso, se le ve como alguien que es incapaz de tomar sus propias



decisiones debiendo seguir fielmente las recomendaciones (Martín, 2004).

El término “cumplimiento denota un rol pasivo, en el cual, el paciente sigue fielmente los consejos y las pautas que el profesional de la salud va imponiendo, además de la falta de cumplimiento denota una connotación negativa y perjudicial para el paciente y a menudo presume el fracaso del paciente por no ajustarse al tratamiento (Meichenbaum y Turk, 1991).

Para Lutfey (1999) el cumplimiento es un concepto rígido, que propone un comportamiento médico restringido, por otro lado sugiere a la adherencia como un modelo dinámico que implica que los pacientes tienen la autonomía necesaria para decidir acerca de los tratamientos médicos.

❖ La adherencia terapéutica:

Implica una gran diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo, en la actualidad este concepto adquiere una gran importancia en el tratamiento de las enfermedades crónicas, no solo porque su carencia hace inútil el tratamiento médico produciendo un incremento en la morbilidad y mortalidad, sino porque incrementa los costos de la atención sanitaria institucional (Ginarte, 2001).

La adherencia terapéutica se conceptualiza como: que el paciente sea parte activa y continua del tratamiento, que mantenga sus horas de visita con los diferentes especialistas y acuda a revisiones, tome sus medicamentos de forma adecuada y en la medición prescrita, si es el caso, que desempeñe cambios adecuados en el estilo de vida, en lo



que se refiere a su plan alimentario, medicamento y manejo de estrés y evite conductas que vayan en contra de la salud como fumar, beber alcohol o usar drogas, etc. (Meichenbaum, Turk, 1991).

La adherencia terapéutica implica que la persona se incluya como parte del tratamiento, llevar a cabo de manera continua las recomendaciones del médico, evitar los comportamientos de riesgo y acrecentar las conductas saludables.

Para que la adhesión se lleve a cabo se deben incluir los siguientes elementos:

- a) Aceptación consentida del tratamiento entre el médico y la persona.
- b) Cumplimiento del tratamiento, donde la persona cumple con todas las prescripciones médicas.
- c) Participación activa en el cumplimiento, grado en que la persona participa en la búsqueda de estrategias que le ayudan a lograr su objetivo.
- d) Carácter voluntario de las acciones del cumplimiento, son los esfuerzos necesarios que la persona lleva a cabo para garantizar que la prescripción se lleve a cabo (Martín, 2004).

En la adhesión al tratamiento influyen algunos de los siguientes factores:

- a) Características de los pacientes.
- b) Características del régimen del tratamiento.
- c) Rasgos de la enfermedad.
- d) Relación entre el personal de la salud y el paciente.
- e) El contexto clínico.



Y estos mismos autores refieren que para evaluar la adhesión al tratamiento se han empleado formas diversas como son: autoinformes, técnicas conductuales, fisiológicas y bioquímicas y resultados clínicos:

Formas de medir la adhesión:

- Entrevista
- Autoinformes.
- Autoregistro.
- Contar las pastillas no tomadas.
- Resguardo de las recetas de reposición.
- Medidas conductuales.
- Evaluaciones clínicas.
- Técnicas de señales (marcadores inactivos o falsos mezclados en el paquete del tratamiento).
- Indicadores bioquímicos.
- Registro de las citas no mantenidas.
- Resultados de mejoría o estabilidad clínica en los síntomas o en la condición médica del sujeto (Meichenbaum y Turk, 1991).

La adherencia sigue siendo un área de interés en lo que se refiere a los tratamientos en enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes, que demanda a la persona enferma seguir acciones conductuales variadas para procurarse salud, acciones que implican seguir un plan alimentario adecuado, realizar actividad física de bajo impacto, tomar los medicamentos de forma adecuada cuando sean indicados y monitorear la glucosa en sangre (McNabb, 1997).



El mismo autor sugiere que la propuesta de adherencia al tratamiento aunque parece adecuada teóricamente no satisface la finalidad para la que fue creada ya que él refiere que las personas con diabetes no se adaptan completamente a todos los aspectos del régimen sugerido.

Cuando la persona no cumple las demandas anteriores (autocontrol, cumplimiento o adherencia), la respuesta médica más característica es la de descalificar a la persona enferma por no cumplir con el tratamiento ordenado (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Las medidas anteriores tanto institucionales como terapéuticas se han implementado para lograr que el paciente controle su enfermedad, sin embargo, todos los avances científicos y tecnológicos no han sido suficientes, hoy día, la diabetes (y en general, todas las enfermedades crónicas), se presenta como un foco de alerta a todos los profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (2003) reporta que la causa para que no se obtengan los beneficios que el medicamento pudiera ofrecer a los pacientes obedece al incumplimiento del tratamiento por parte de los mismos. Este incumplimiento reduce la calidad de vida, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos de las instituciones de salud.

Y también afirma que los pacientes no reciben un apoyo adecuado en cuanto a cambiar sus conductas ya que los equipos de atención sanitaria no están entrenados para ello, ya que los sistemas de salud no permiten que los profesionales respalden los cambios en el comportamiento de los pacientes.

El modelo médico está encargado del manejo de la diabetes tipo 2, su tratamiento obedece a medidas generales acordes a la NOM, ordenar



la actividad física, la dieta, la ingesta de hipoglucemiantes y en una medida menor recomendaciones para evitar estrés.

Mercado (1996,) refiere que:

(...) estos terapeutas traducen el conjunto de síntomas de los enfermos (...), a signos, y luego ubican su equivalente en algún órgano o sistema del cuerpo alterado para entonces definir los procesos corporales afectados. El tratamiento, en consecuencia, lo dirigen a modificar o restaurar el daño celular o sistémico detectado. La persona enferma, por su parte, es vista como un “paciente pasivo”, como el objeto sufriente de un curador activo, o acaso como el portador de un rol de enfermo el cual debe cumplir de acuerdo a lo estipulado (...).

Como lo aprecia Mercado (1996) la persona se convierte en una parte pasiva frente a un médico que adquiere una jerarquía superior como poseedor del conocimiento (parte activa), entonces la persona enferma deberá cumplir con ordenes que le son ajenas a sus intereses porque como asegura Cardoso (2002), la persona con diabetes no puede controlar su enfermedad porque la cultura en la que vive no se lo permite, ya que dicha cultura le conducirá a realizar comportamientos contrarios a la prescripción médica

Del mismo modo, tiempo atrás las instituciones de salud brindaban información como eje de prevención. Informando a la gente, los servicios de salud cumplían con su parte de responsabilidad, dejando al paciente la decisión de cumplir o no con la prescripción (De la fuente, 1994).

Contrario a esto Gómez (2006) menciona que la medicina actual se ha polarizado en torno a dos variantes:

1. La que mantiene que comunicar el diagnóstico y pronóstico es una inútil crueldad.
2. La que defiende una relación basada en la franqueza y la transparencia.

En el caso del primer enunciado los que mantienen la primer postura exponen como motivo los inconvenientes de decir la verdad,



aseguran que los diagnósticos no son exactos y menos aún los pronósticos. Y el impacto de la comunicación de una enfermedad mortal puede desmoralizar al enfermo y precipitarlo a una depresión que le hará más daño.

En caso contrario los que se respaldan en la franqueza y la transparencia son aquellos que no se amedrentan, durante la práctica médica, al enfrentar los estados de ánimo propios y de la persona enferma.

En la mayoría de los casos, cuando una persona acude al médico ya ha atravesado por diversos procesos, ha generado estados emocionales resultado de su propia visión de saberse posiblemente enferma, de comenzar a vivir con síntomas que aparecen en su cuerpo, por tanto, un manejo inadecuado u omisivo de estos estados emocionales por parte del médico, puede no facilitar la persistencia en el tratamiento.

Cuando una persona recibe el diagnóstico de diabetes tipo 2 posiblemente comienza a generar el duelo ante la pérdida de la salud, y es este momento decisivo para que la persona lleve la prescripción de una manera adecuada.

Si la persona no se adapta a su nueva condición se podrá encontrar en una situación de crisis por poseer una enfermedad que rebasa sus herramientas para llevar a cabo un ajuste inclinado a la salud, el proceso encontrado es el duelo y sentimientos de culpa y rechazo (Ramírez, 2008).

Si la persona percibe el impacto de una manera agresiva, poco cálida, indiferente es muy posible que tenga mayor dificultad para adaptarse, en cambio si el profesional maneja elementos psicológicos como parte de su profesión en el momento de dar el diagnóstico es muy



probable que obtenga los beneficios del tratamiento a favor del bien de su paciente ya que como dice Gómez (2006, p.181): “de cómo se lleve a cabo dicho proceso informativo va a depender en gran medida el futuro de nuestro enfermo”.



Capítulo 3

COMPETENCIAS MÉDICAS Y DIAGNÓSTICO MÉDICO

Competencias médicas

Para Leal, la medicina basada en la evidencia (MBE) desde su entrada en 1992 por la Universidad McMaster en Canadá, subraya la importancia de la epistemología científica que adquiere conocimientos médicos en base a diseños y ejecución rigurosa como base de la investigación y divide la autoridad que respalda la experiencia clínica de lo anecdótico y empírico (Ucrós, Caicedo, Llano, 2003).

La MBE busca que los conocimientos que se adquieren en la práctica médica así como las técnicas que se apliquen a cada paciente sean las más óptimas (Teixeria, 2005).

Aunque al parecer cambiar el arte de la medicina por estudios randomizados es su fin, esto no es cierto, cada uno de ellos cumple una función, por ejemplo el arte médico no ayuda a decidir cual es el mejor antibiótico para un determinado germen, tampoco la medicina basada en la evidencia ayuda a identificar un agente emocional, por eso arte y ciencia tienen una función muy diferente, de complementariedad (Leal, en Ucrós, Caicedo, Llano, 2003).

También la medicina basada en la evidencia no tiene ingerencia sobre la relación médico-enfermo, sólo es el conocimiento para ayudar al otro, la complementariedad es ver al otro como la razón de mi



trabajo, con su irreductible individualidad, para entablar un diálogo terapéutico y constitutivo.

Aunque para algunos autores como Dantas y Lopes (citados en Teixeira, 2005) el excesivo énfasis basado en evidencias científicas trae como consecuencia una medicina impersonal, motivo del cual proponen un nuevo sistema llamado medicina centrada en la competencia (MCC) que integra la ética médica con la verdad científica de acuerdo con la experiencia y vivencia de cada profesional.

Para Teixeira (2005) la competencia médica es una capacidad en donde se emplean los recursos cognitivos y técnicos necesarios y suficientes para diagnosticar, tratar y proporcionar el mayor beneficio, la menor morbilidad y el menor costo posible de la persona con su enfermedad.

Y se fundamenta en tres valores que son:

1.- La eficiencia: comprende conocimiento o cultura médica, habilidades o técnicas psicomotoras y actitudes de relación médico-paciente, el conocimiento y el cómo se aplica se obtiene del estudio de las fuentes de información médica que existe en la cultura, esto es, informaciones que sean aplicables a la persona enferma que se atiende.

Este conocimiento o asimilación debe ser conciente y cauto ya que orienta la conducta que se debe tener con cada paciente, las decisiones que se tomen deben ofrecer un trato médico-paciente personalizado ya que aunque hay enfermedades aparentemente iguales las personas que las portan son distintas.

2.- La experiencia: confiere al médico una perfección en el “arte” o maestría en la utilización de los recursos y habilidades con los que cuenta para beneficiar a la persona enferma. Desarrolla sensibilidad, su raciocinio se vuelve más ágil, su conocimiento se complementa,



aumenta su capacidad de análisis y síntesis, afina su sentido de observación y perfecciona sus técnicas en el interrogatorio e interpretación.

3.- La ética: se caracteriza por respeto a la justicia, por el sentimiento de compasión y amor al prójimo, por el interés honesto de querer servir a la otra persona para lograr su bienestar, más allá de su raza, credo, clase social, o enfermedad.

Además existen objetivos a los que debe dirigirse el médico competente, desde procurar a la persona un nacimiento adecuado como una muerte confortable, y en medio de estos dos procesos el de proteger la salud, curar a la persona cuando sea posible, aliviar o aminorar el sufrimiento (Mckeown, citado en Teixeira 2005).

Es por eso que el médico precisa dedicarse tanto a la persona enferma como a su enfermedad, esto es, a los procesos que se derivan de ella, que tienen lugar desde que la persona contacta con el servicio de salud para ser diagnosticada.

Diagnóstico Médico

La palabra diagnóstico o diagnosis se compone de su raíz griega “día” que significa “a través”, y “gnóstico” (o gnosis) que hace referencia al conocimiento o identificación (Günther, 2003). Cuando se menciona este concepto, se comprende como la acción de identificar un padecimiento a través de sus síntomas y signos.

También se define el estudio del diagnóstico como “el conocimiento de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que el agente morbozo ha producido en el organismo; se basa en los síntomas funcionales y signos físicos” (Martínez, 2002, p.8).

Para Peralta la asistencia médica convencional pone su interés en hacer un diagnóstico concreto, para luego, ajustar un tratamiento. Esto no es de lo más apropiado en el caso de las enfermedades



crónicas, ahora es conveniente para un tratamiento eficaz poner atención en la persona y su entorno (Figuerola, 2003).

La comunicación del diagnóstico influye de manera importante en la persona enferma. Ya que el cómo se haga dictará la adaptación de ésta a su nueva condición (Gómez, 2006).

Para Peralta también el diagnóstico de una enfermedad crónica supone un cambio muy importante en el estilo de vida de la persona y en los planes que ésta tenga a corto, mediano y largo plazo, así como también las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales (Figuerola, 2003).

Establecer el diagnóstico, para conocer el estado del paciente, los médicos se basan en las manifestaciones de la enfermedad, los llamados síntomas y signos, los cuales se recogen por la exploración a los enfermos y se efectúan por medio de los procedimientos de exploración: interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, percusión auscultatoria, medición, punción exploradora y estudios de laboratorio (Martínez, 2002).

Para Ortega (1992) el estudio de los signos, lo que significan, o sea, su valor diagnóstico se llama semiótica. Para Martínez (2002) la semiología es el estudio aislado de cada uno de los síntomas que se presentan en la persona enferma, investiga las causas, las interpreta e indica las enfermedades en que dichos síntomas se presentan, en cambio la sintomatología sólo enumera los síntomas de la enfermedad.

Para Laguna, la semiología o sintomatología se definen como la ciencia del síntoma, en su estudio se establecen las distintas opciones del diagnóstico diferencial que pueden agotarse en sí mismas o servir de base para la integración de síndromes o cuadros nosológicos (Jinich, 2001).



De manera general, “síntoma” denota toda manifestación de enfermedad; en sentido estricto los síntomas son subjetivos y sólo los advierte la persona afectada. Los signos puede descubrirlos otra persona, y a veces el paciente mismo (Blacklow, 1989).

Interrogatorio y exploración física

Para Vail el análisis de datos en pacientes que no saben que tienen diabetes o cualquier otra enfermedad y los de recién diagnóstico positivo de diabetes es amplia. Menciona que el interrogatorio inicial debe abarcar los siguientes elementos (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005):

1. Síntomas actuales y síntomas previos consistentes con diabetes.
2. Cambios en el peso corporal.
3. Patrones de alimentación, estado nutricional (crecimiento y desarrollo en niños).
4. Antecedentes de ejercicio y capacidad para realizar ejercicio.
5. Detalles sobre tratamiento previo, así como registros y vigilancia previa de Hbba1c.
6. Régimen terapéutico actual, incluidos medicamentos y dieta.
7. Complicaciones agudas o graves previas.
8. Infecciones previas y actuales, sobre todo en la piel, pies y sistema genitourinario.
9. Antecedentes de hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad coronaria y resistencia a la insulina.



10. Complicaciones crónicas, incluidas retinopatía, neuropatía, problemas gastrointestinales, problemas vasculares, disfunción sexual y problemas con los pies.
11. Medicamentos y alergias.
12. Antecedente familiar de diabetes, otros trastornos endócrinos o cardiopatía.
13. Antecedente de diabetes gestacional, lactantes grandes para la edad gestacional o abortos.
14. Consumo de tabaco, alcohol y drogas.
15. Trastorno en los lípidos o hipertensión.
16. Estilo de vida, factores culturales, psicosociales, educativos y económicos que influyan en el control.

La exploración física debe ser detallada para que abarque todos los sistemas orgánicos de la persona, pues la exploración de la diabetes tiene que hacerse sabiendo que es una enfermedad sistémica.

En ella se mide la estatura y el peso, se calcula el IMC, se registra la presión sanguínea, incluidas mediciones ortoestáticas.

Otros elementos de la exploración son:

1. Exploración oftalmológica.
2. Examen bucal.
3. Palpación de la tiroides.
4. Exploración cardíaca.
5. Exploración abdominal.
6. Examen de la piel (incluidos sitios de inyección en personas que usan insulina).
7. Madurez sexual en los niños y adolescentes.
8. Evaluación de pulsos.



9. Examen neurológico con atención principal en los reflejos, sensibilidad a la vibración, contacto ligero (examen con un filamento en los pies) y propiocepción.
10. Prueba de papanicolaou y examen pélvico si es apropiado.
11. Tacto rectal si está indicado.

En visitas posteriores ya no se hace un interrogatorio tan extenso, se debe prestar atención al cumplimiento y a los problemas especiales de las personas en tratamiento. Es importante cualquier antecedente de hipoglucemia o hiperglicemia, los resultados de la vigilancia personal y los ajustes en el régimen terapéutico.

El revisar brevemente que complicaciones, medicamentos, aspectos psicosociales y cambios en el estilo de vida y valorar las metas del paciente y su motivación para alcanzarlas.

En visitas posteriores se debe dar seguimiento al chequeo del peso y presión sanguínea, hacer exploraciones oftalmológica, cardíaca y cutánea breves. Se hace un chequeo de pies en donde se revisa su piel, se palpan sus pulsos y el chequeo con un filamento del número 10 que el paciente debería sentir.

En el caso particular de la diabetes, cuando una persona va al médico, éste investiga sobre su sintomatología. Puede encontrar presente alguna o algunas de las llamadas cuatro “P” que Durán, Bravo, Hernández, y Becerra (1997) mencionan: el aumento del apetito (polifagia), el aumento de las micciones urinarias (poliuria), aumento de la sed (polidipsia), la pérdida de peso. Además de otras manifestaciones como fatiga, mareo, sueño y somnolencia, entre otras.

También investiga sobre los factores de riesgo que posee el paciente, como son: los hereditarios de diabetes tipo 2 por parte de padres o hermanos, obesos con peso corporal > 20% del peso



deseable o bien índice de masa corporal (IMC) > de 27 kg/m² de superficie corporal, mujeres que tienen hijos al nacer con peso igual o mayor a 4 kg, individuos con hipertensión arterial (140/90 mmHg), con dislipidemia (triglicéridos > 250 mg/dl y HDL colesterol <35 mg/dl, así como pacientes con hábitos de tabaquismo. Sí la sintomatología está presente se respalda la hipótesis con estudios de laboratorio (Alpizar, 2001).

Para Reynals el diagnóstico de diabetes se establece por la consecuencia principal, esto es, el aumento de glucosa, en condiciones basales o después de una sobrecarga de glucosa y se establecen criterios de normalidad y enfermedad (Figuerola, 2003):

Normalidad	Inferior a 110 mg/dl en ayunas Inferior a 140 mg/dl a las 2 h de la sobrecarga de 75 g de glucosa
Glucosa basal anómala	Entre 110 mg/dl y 125 mg/dl en ayunas
Tolerancia anormal a la glucosa	Entre 140 mg/dl y 199 mg/dl a las 2 h de la sobrecarga con 75 g de glucosa
Diabetes	Glucosa puntual igual o superior a 200 mg/dl con síntomas clínicos compatibles Glucosa en ayunas igual o superior a 126 mg/dl en dos determinaciones Glucosa igual o superior a 200 mg/dl a las 2 hrs. de sobrecarga con 75 g de glucosa

Respuestas emocionales:

Cuando una persona es diagnosticada diabética, además de los signos y síntomas le surgen sentimientos, pensamientos y actitudes ante esa mala noticia, tenga conciencia de ellos o no (Durán, Bravo, Hernández, y Becerra (1997).



Para Gómez (2006) la persona atraviesa por tres fases desde el momento en que consulta al médico y éste hace el diagnóstico, hasta cuando le es comunicado que está enferma.

La primera es la ignorancia: dónde la persona ya empieza a tener dificultades de su nascente condición, pero desconoce que la tiene.

La segunda es la inseguridad: la persona enferma tiene la esperanza y la expectativa de curarse y en su polaridad vive miedos e intranquilidades. Éste autor aconseja investigar la causa de esa inseguridad.

También se sabe que la inseguridad se manifiesta cuando la persona busca apoyo en aquellos que no están calificados para diagnosticarle su condición como una manera de escapar a la verdad.

En esta fase la persona enferma empieza a sentir una necesidad de ser escuchada y de tener compañía, lo que le acompañará hasta el final.

La tercera es la negación implícita: es una etapa breve y está en contacto con las etapas anteriores, si dura demasiado, es contraproducente, ya que la persona percibe, de forma conciente o no su situación y el proceso de su enfermedad, que gradualmente puede acabar con la muerte, pero al percibirla la niega, es implícita cuando la persona se expresa por medio de conductas nuevas; comprarse ropa, proyectos de trabajo, vacaciones, etc., la negación en esta etapa no es equivocada, puede ser el proceso para habituarse a la realidad.

En cambio al hablar de negación explícita; la persona ha sido informada de manera adecuada de su situación y la



rehúsa. La negación implícita es la pauta que marca la persona enferma para conectar la verdad con sus procesos.

Según Peralta la respuesta emocional varía en los primeros momentos del diagnóstico, e influye en cada reacción (Figuerola, 2003):

- Las características del individuo.
- Su momento vital.
- La edad.

Además, según Pichardo (2004), también influye su cultura.

La respuesta emocional también puede ser muy variada, Durán, Bravo, Hernández, y Becerra (1997) clasifica en cuatro fases por las que atraviesa la persona al recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, la diabetes como una de ellas:

1. La negación. Cuando la persona diabética piensa y siente que la enfermedad no es parte suya, considera que no debió ser atacada por ella.
2. El temor. El miedo a quedar inválido y a morir por causa de la diabetes, esto representa muchas veces el ser derrotado.
3. La súplica. En esta etapa la persona pide ayuda por todos los medios para deshacerse de la diabetes, muchas veces a cambio de cualquier cosa.
4. La aceptación. Cuando la persona acepta su enfermedad, reorganiza su vida y busca información.



Desde que se recibe el diagnóstico, muchos cambios emocionales y de comportamiento aparecen dentro de estas cuatro etapas, Durán Bravo, Hernández, y Becerra (1997), menciona algunos de ellos:

1. Negación y rechazo de la enfermedad.	13. Agresividad.
2. Sentimientos y pensamientos de muerte.	14. Culpabilidad.
3. Conflictos de dependencia-independencia.	15. Autoagresión o suicidio.
4. Deficiente identificación sexual.	16. Sentimientos y pensamientos de invalidez.
5. Chantajes.	17. Miedo al abandono.
6. Ansiedad.	18. Hostilidad.
7. Depresión.	19. Cambios de apariencia.
8. Sentimientos paranoides.	20. Baja estima.
9. Sobreprotección.	21. Irresponsabilidad.
10. Anorexia.	22. Necesidad de aprobación y atención.
11. Ingestión exagerada de alimentos.	23. Manipulación.
12. Dependencia.	
Listado de cambios emocionales y de comportamiento	



Para Levine y Block los pacientes tienen también infinidad de respuestas emocionales frente a su enfermedad, para estas autoras manejar a pacientes tristes o ansiosos es más sencillo si el médico adopta actitudes empáticas y suponen un reto en manejar a pacientes enojados ya que en primera instancia la reacción ante la ira es la defensa, no la empatía y comentan que se necesitan desarrollar habilidades de comunicación para desarrollar empatía en un paciente enojado (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005).

También mencionan que hay pacientes que después de la mala noticia quedan en silencio y es necesario preguntar “¿cómo se siente con esto?”, la respuesta de la persona determina el desarrollo de la entrevista, sin importar a dónde vaya la discusión desde ese momento, el médico debe estar atento y responder a las emociones del paciente, su comprensión y deseo de información.

A menudo después del diagnóstico de una enfermedad, el tratamiento es una contribución bienvenida para la salud general del paciente, sin embargo, como menciona Vail, hay que valorar las metas del paciente, y comprender su motivación para alcanzarlas (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005).

Para Gómez (2006, p 182) hay que ser flexible cuando se manejan “fases”, ya que para él más que fases “son sentimientos que el paciente y sus familiares tienen a lo largo del proceso, que muchas veces aparecen, desaparecen y reaparecen a lo largo mismo”.

Y lo que recomienda es que no se caiga en procedimientos rígidos, en etiquetar a la persona en una fase y pensar que se encamina a otra, ya que en el proceso pueden estar presentes uno o varios sentimientos al mismo tiempo, y también puede haber retrocesos.



En esta línea lo ideal es conocer e integrar los sentimientos de las personas enfermas, interesarse por ellas y por lo que están pasando, conocer cual es el proceso de esos estados de ánimo y acompañar a la persona como un facilitador de esos procesos.



Capitulo 4

MALAS NOTICIAS Y SU DESAFORTUNADO MANEJO

Alves (2003) define una mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la perspectiva del paciente en relación con su futuro. Tomando en cuenta que lo “malo” de la noticia depende de cuál es la perspectiva del paciente en relación con su futuro, perspectiva única e individual.

Y menciona que las malas noticias pueden vincularse no sólo a situaciones terminales, sino también cuando se informa a una persona con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes, entre otras.

En su práctica el médico es exigido a comunicar malas noticias al enfermo, a su familia o su grupo primario de apoyo, ya sea cuando encuentra algo por medio del diagnóstico, durante el tratamiento, o complicaciones de diversa índole, durante la evolución de la enfermedad severa, crónica o incurable. Saltini, Singer, Thayre sugieren que implica un elevado impacto psicológico a nivel del paciente, para Eden, Guttenberg, Kleiber, Seo el impacto también se da en su red de apoyo y Espinosa lo evidencia en el equipo médico (citados en Almanza-Muñoz y Holland, 1999).



Para Gómez (2006) no todas las personas viven sabiendo que pueden morir en cualquier momento. Para él, todos nosotros proyectamos planes a futuro para nuestra vida dentro de lo que llama trayectoria potencial de muerte; esto es, programar nuestras actividades y planificar nuestra vida.

Cuando enfermamos la amenaza de muerte se hace presente y provoca un estado de crisis ya que es una situación de separación, la crisis indica un “cambio brusco y decisivo”. Queda fuera del grupo de vivientes sanos que sólo se ocupan de vivir, la persona se enfrenta al hecho próximo de morir, sobreviene una sorpresa catastrófica, las representaciones-expectativas de futuro se desmoronan, sus proyectos pierden sentido.

La crisis produce la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confrontación, también la necesidad de crear nuevas formas de regular placer.

También menciona que la conciencia de la muerte coincide en la práctica médica diaria con el momento de la comunicación a la persona de un diagnóstico y pronóstico desfavorable y deduce la importancia que tiene el acto de informar, ya que, como se haga, dependerá en gran medida la adaptación del enfermo a su situación.

Asimismo menciona lo perjudicial de informar a la persona enferma que no quiere saber nada, como no informar nada a la persona que quiere saber todo, evidencia el “encarnizamiento informativo” como una práctica dónde se informa más allá de lo que la persona requiere o demanda y que es capaz de soportar.



Factores que dificultan comunicar una mala noticia

Para Alves (2003) existen varios factores que dificultan el comunicar malas noticias, que reúne en tres esferas:

❖ Factores sociales

En el mundo occidental perder principios como la juventud, la salud y la riqueza convierte en marginales a los viejos, enfermos y pobres, cuando un médico se enfrenta a la persona y le comunica la mala noticia en razón de estar enfermo, le está diciendo que su valor social está disminuyendo, lo que puede ser más doloroso si la noticia implica un riesgo de perder la vida.

❖ Factores del paciente

Las reacciones del paciente por el impacto de una enfermedad varían y pueden evaluarse solamente en el contexto de la experiencia vital de éste. Por eso mismo es difícil saber cual es el impacto real, aún así se debe tomar en cuenta factores que se darán más adelante que ayudan a entender mejor este impacto.

❖ Factores médicos

Miedo a causar dolor. Porque las malas noticias causan dolor y los médicos han sido educados para aliviarlo y para aplicar anestésicos o analgésicos para calmarlo, sin embargo no hay analgésicos para aliviar el dolor que causan las malas noticias.

Dolor empático. Cuando el médico comunica una mala noticia, se siente incómodo, no advierte que esta incomodidad es causada por el estrés de la misma persona. Se experimenta una contraparte empática de la experiencia del paciente.



Miedo a ser culpado. Comúnmente el mensajero de una mala noticia se convierte en el blanco de la ira y enojo de la persona que la recibe.

Miedo a la falla terapéutica. En los últimos años con los avances científicos y tecnológicos en los diagnósticos y tratamientos, se ha creado la ilusión de que existen pastillas para todos los males, esto no es así y sólo de alguna forma, se niega la posibilidad de la muerte.

Miedo legal. En la sociedad se ha generado un sentimiento que toda persona tiene derecho a ser curado y que cualquier falla producto de un error, humano o del sistema, deba ser castigado civil y penalmente.

Miedo a lo desconocido. Porque son escasos los médicos que han recibido instrucción formal sobre como comunicar las malas noticias, la mayoría no conoce como hacerlo, a diferencia de procedimientos rutinarios como puede ser el tratamiento de la diabetes.

Miedo a decir “no sé”. Aunque la honestidad mostrada por los profesionales durante las entrevistas fortalece la relación y aumenta la credibilidad en las personas, existe la idea que el médico pierde valor si cae en esta posición.

Miedo a expresar emociones. Porque los médicos son entrenados para pensar objetivamente y en calma a pesar de las contingencias, esto dificulta que expresen sus propios sentimientos, ya que hacerlo es considerado una acción no profesional que debilita la imagen frente a la persona enferma.

Miedo a la propia muerte. Los médicos -como seres humanos- tienen algún grado de temor frente a su propia muerte, y se agrava si percibe a la otra persona como alguien similar al propio médico, podrá ver en él (en una proyección) algún grado de la enfermedad y muerte en él mismo.



Para Richardson (2006) el término “burnout” corresponde a “estar quemado, desgastado, exhausto, y a haber perdido la ilusión por el trabajo” (p. 156), puede manejarse en el trabajo clínico de cualquier especie, comenta que el síndrome burnout puede reflejar al igual que la depresión y la ansiedad psicósomáticos: cefaleas, fatiga, insomnio, alteraciones menstruales, pérdida de peso, en lo conductual: agresión, violencia, ausentismo, abuso de alcohol, y en emocionales distanciamiento afectivo, tristeza, irritabilidad, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, ironía, negación de emociones, evasión, etc.).

También menciona que este estado se relaciona por un esfuerzo físico y emocional que tiende a despersonalizar al médico frente a la persona enferma, hacia el trabajo y a la propia persona con disposiciones de indiferencia ya que un médico insatisfecho o desgastado sólo puede otorgar atención limitada y distante.

Hay que considerar que el médico como cualquier profesional de la salud es una persona que también tiene necesidades, como pueden ser fisiológicas, orgánicas, psicológicas, y existenciales, para Yontef (2005) cuando las necesidades se satisfacen los asuntos se cierran, pero si por el contrario no se cumplen el organismo se sobrecarga, la homeostasis se pierde y el organismo se satura.

Las diferencias culturales en la práctica médica al comunicar un diagnóstico

Las diferencias culturales varían en el acto de informar a las personas enfermas, y en este sentido han sido puestas en manifiesto por Bruera, *et al.* (citado en Gómez, 2006), en su estudio han comparado la disposición de los médicos dedicados a cuidados paliativos al respecto



de la comunicación del diagnóstico a las personas enfermas, de ahí que médicos de lengua francesa en varias partes del mundo mostraran lo siguiente:

En el caso de médicos sudamericanos (Argentina y Brasil) los médicos manifestaron que las personas enfermas a su cargo conocían su diagnóstico de cáncer y el 24% su carácter terminal, en el caso de los médicos europeos (Suiza, Bélgica y Francia) las cifras fueron 69% y 38% y en los canadienses 100% y 93%. Los médicos canadienses (que son los que dan más frecuentemente el diagnóstico) declararon que al menos el 60% de las personas enfermas quieren conocer el estado de su situación terminal, muy por arriba de lo que expusieron los europeos con el 26% y los sudamericanos con el 18%. Contrario a estas cifras la mayoría de los médicos de estos grupos expresaron que a ellos si les gustaría ser informados en caso de que ellos fueran las personas enfermas.

Mal manejo

Para Bickley y Hoekelman (2000) la confianza se adquiere desde los primeros contactos con la persona enferma, si la primera impresión no es positiva, tal vez la persona restará confianza a su médico y no cooperará con él.

Para Prior (1973) el médico que tiene un mal aspecto en su imagen y atuendo personal, difícilmente despertará respeto a su paciente. Le transmite al paciente la sospecha, y a veces con razón, que no sólo refleja el descuido en su persona, sino que, incluso puede descuidar su trabajo, esto es, hacer un mal diagnóstico y tratamiento.



Su lenguaje adquiere también características negativas cuando emplea sobrenombres como el empleo de “abuelita” para una anciana, “querida” o “madre” para la mamá de un niño, ya que tienden a despersonalizar y son denigrantes (Bickley y Hoekelman, 2000).

También la comunicación del médico se ve bloqueada por sus reacciones que reflejan disgusto, reprobación, pena, impaciencia, aburrimiento y también por los comportamientos que implican condescendencia o mofa hacia el paciente. Tanto con él, como en discusión con otros colegas.

Y menciona algunas de las conductas que imposibilitan la comunicación:

- Que el médico se recargue en la pared.
- Mirar de reojo la puerta.
- Cambiar continuamente la posición.
- Saludar o entrevistar al paciente cuando éste se encuentra en una posición incómoda.

Para Gómez (2006) los médicos que no extreman la delicadeza cometen una serie de errores, como los cirujanos que tras un hallazgo no pueden camuflajear su emoción, lo que conduce a una relación fría, incluso cínica.

El siguiente ejemplo describe el informe al padre de un chico de 15 años (que se hallaba en el quirófano de cirugía): El médico sale a la puerta del quirófano (con la ropa manchada de sangre) le dice al padre sin más preámbulo: “no hay nada que hacer, es un Ewing” (cáncer)

En solo cuestión de segundos se cometieron los siguientes errores:

- Mal sitio y malas condiciones.- su vestimenta manchada de sangre, de pie, en el pasillo, el propio médico seguramente afectado.



- Cierre de toda esperanza.- “no hay nada que hacer”, estas frases son tan negativas que no pueden pronunciarse nunca.
- Uso de palabras técnicas ininteligibles.

Cuando no se está absolutamente seguro de un diagnóstico, el médico y demás personal sanitario (enfermera, psicólogo, nutriólogo) deben abstenerse de dar diagnósticos precipitados a la persona, ya sea cada quién en su área de trabajo (disciplinar) y abstenerse de invadir el área de otra profesión, a menos que se haga con la responsabilidad que un equipo multidisciplinario implica.

Gómez (2006) ilustra lo anterior con el ejemplo siguiente:

Una persona había ido a consulta por una ronquera persistente, su doctor le dijo que debía ir rápido al especialista “porque una ronquera con más de quince días de evolución, es un cáncer mientras no se demuestre lo contrario”. El médico hizo bien en pensar en esa posibilidad que parece indicado en los libros médicos, pero debió de mandar al especialista a la persona sin ese comentario, a la semana fue diagnosticado con un papiloma benigno, pero la angustia que le duro más de una semana fue innecesaria.

También el médico no debe informar los detalles muy precisos de la enfermedad y que pueden hacer daño a las personas enfermas (los pronósticos de la enfermedad, las estadísticas, etc.).

Predecir entraña un riesgo a la equivocación, basarse en estadísticas nuevamente es incierto, a la persona no le interesa oír “usted tiene 14% de posibilidades de lograrlo” ya que el desconoce a los que están dentro del porcentaje positivo y los que lo están en el negativo, al final a la persona enferma solo le interesa ella misma, su vida le representa el 100%.



Así los médicos pueden cometer dos descuidos ya que:

- Pronosticar no está exento de errores.
- En su comportamiento no responde a la esperanza de vida, al calor y lo hace con una estimación gélida.

La experiencia de la señora “T” (Murillo, 1999) que nos relata la actitud del médico cuando le transmite el diagnóstico, en su trato se evidencia nula empatía, la información que da el médico es escasa, y no le da la importancia a la señora como persona, no aprovecha la información acerca de la personalidad, ni pone interés en manejar la situación que enfrenta esa persona cuando es diagnosticada como diabética.

“nada más dice tiene niveles altos de azúcar tiene que empezar a tomar pastillas y le dije yo creo que después y él dijo no, yo empezaría ahorita, eso fue todo, recuerdo que me dijo yo empezaría ahorita y eso fue todo, pero nunca, “mire ahora salió baja y es preferible que si ahora salió con ciento y tantos mantenerla baja”, no nada absolutamente nada ni siquiera que problemas tendría después sino me cuidaba, no nada. Insisto en que les falta conciencia y les falta responsabilidad, ética médica para que alguien que apenas está empezando decirle, mire quiero hablar con usted y con sus familiares. Yo creo que si hubiera encontrado un médico así no me dejo tanto tiempo, ni me dejo engordar tanto, ni nada de eso porque yo siento que si no soy ordenada si tengo conciencia de mi enfermedad”.

“Así estuve como un año y medio, cada mes acudía al estudio que me mandaba a hacer y los niveles salían altos y altos, porque yo no sabía que alimentos debía consumir, ni que alimentos tenía que dejar de comer. El nada más me mencionaba que dejara el refresco y los dulces y hasta ahí, el nunca me dijo, esto le va a causar esto, no hasta el año y medio me dijo, “yo ya no la quiero conmigo, usted no se cuida, “pero si usted no me ha explicado”, “no váyase al módulo del diabético”.

Algunos médicos al querer comunicarse con pacientes con enfermedades irreversibles se encuentran con problemas propios, sus propias incomodidades, inquietudes y deseos de evitar el tema, incluso evitar al paciente. Como en cualquier caso de índole clínica, el médico



debe estar alerta a las reacciones que tendrá el paciente (Bickley y Hoekelman, 2000).

Gómez (2006) señala que los mecanismos de defensa de los médicos se hacen presentes para no involucrarse mucho con las personas enfermas, e invita a tomar un cambio de actitud que dice el médico no está preparado a asumir.

Jinich (2002) en su libro “El paciente y su médico” ilustra muy bien lo anterior y plantea un caso representativo ilustrando la confusión entre enfermedad y padecer.

El caso de la señora Altagracia Sánchez, mujer de 39 años de edad, su enfermedad es crónica, tiene hipertensión arterial, vive en la periferia de Ciudad Nezahualcóyotl, en un tugurio en compañía de cuatro hijos, dos nietos y su madre y trabaja de mesera en una lonchería. Ha estado casada dos veces, pero en ambos casos fue abandonada por el esposo; más recientemente estuvo viviendo en amasiato con Eduardo P., a quien mataron a puñaladas en una riña de cantina hace exactamente un año. Sostiene a toda su familia; la madre de sesenta años es hipertensa y sufrió un accidente vascular cerebral que la dejó con hemiplejía y afasia. La hija mayor es madre soltera de dos niños, está embarazada y no trabaja, anduvo metida en drogas; otra hija de quince, también está embarazada; un hijo de diecisiete esta en la cárcel y otro más chico ya anda en “malas compañías”; solo Amalia, la hija menor “es un ángel”. Acudió Altagracia a una consulta en una clínica del IMSS y se grabó la entrevista que se transmite a continuación:

-No me estoy sintiendo bien doctorcito. ¡ay, no sé! Puede que sea la presión. Me está doliendo rete harto la cabeza, no he podido dormir bien.

-¿Ha estado tomando sus medicinas? –A veces, pero cuando no siento la presión las dejo de tomar.

-Vaya doña Alta, pero si ya le he dicho que si no las toma puntualmente le va a pasar lo que le pasó a su mamá; las tiene que tomar todos los días sin falta; ¿y la dieta con poca sal?

-Doctorcito, cómo quiere, no puedo andar cocinando sin sal para la familia, ni modo que cocine para mí, no me da tiempo y en la lonchería todo tiene rete harta sal.

-Bueno, éste sí que es un problema, a ver cómo le hace, pero la dieta con poca sal es muy importante..

-¡Ya lo sé, doc!, quisiera hacer todo lo que me manda pero a veces se me olvida, tengo tantísimos problemas encima y todo me afecta la presión; tengo dos hijas enfermas de niño y mi madre está cada día peor y luego la preocupación por Alfonso, que lo metieron al bote y yo...

-¿Siente falta de aire?

Seguido me despierta en las noches.

-¿Dolores de pecho?

Capítulo 4 Malas noticias y su desafortunado manejo



-No doc.

-¿Se le hinchan los tobillos?

-Algo, pero poquito, pero es que estoy parada todo el santo día en la lonchería.

-¿Me dijo que le duele la cabeza?

-A veces se me figura que mi vida es un puro dolor de cabeza. Me han dado desde hace muchos años, pero están aumentando. Sabe usted, el domingo hace un año, usted sabe, me mataron a Eduardo y...

-¿Los dolores le dan en el mismo sitio de siempre?

Sí, son los mismos pero me dan más seguido, pero sabe usted, Eduardo me había dicho que...

-¿Tiene molestias en la vista?, -¿Le dan náuseas?

-No, doc.

-¿Alguna otra molestia?

-No he podido dormir bien, doctorcito, creo que es porque...

-¿Le cuesta trabajo quedarse dormida?

-Sí, doctor, y me despierto muy temprano. He soñado mucho con Eduardo, me dejó muy solita, no sé si...

-¿Algún otro problema?

No, doc. Sólo cansancio, pero no es novedad, doctorcito. ¿Le puede dar a uno dolor de cabeza por las preocupaciones y por extrañar a alguien?

Si son dolores por contracción muscular, puede que sí. ¿Ha notado otros síntomas, como mareos, debilidad, fatiga?

-No le digo, siempre estoy cansada y la presión me empeora. Yo le quería preguntar de mis preocupaciones, tengo hartísimas, me siento como decaída y como que ya no puedo.

Bueno, la voy a mandar con la trabajadora social. Ahora déjeme que la examine, a ver como la encuentro.

-Pues, ¡cómo me va encontrar!, pues mal, yo se lo puedo decir, doctor, tengo demasiada presión y eso me sube la presión.

-Bueno, bueno; ya veremos, anímese y tome sus medicinas.

Una vez terminada la consulta el doctor flores escribió la siguiente nota de evolución: Paciente femenina de treinta y nueve años, con hipertensión arterial esencial, tratada con hidrolorotiazida 100 miligramos y alfa-metil dopa 2 gramos al día. Presión arterial 160/105. La paciente no toma sus medicinas regularmente, a pesar de las indicaciones médicas, hay signos de leve insuficiencia cardíaca, resto negativo.

Diagnóstico: 1. Hipertensión esencial mal controlada. 2. Insuficiencia cardíaca grado 1.

Tratamiento: Insistir en dieta hiposódica. Cambio de alfa-metil dopa por captopril. Nueva consulta en un mes.



Capitulo 5

DISPOSICIONES MÉDICAS PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS

Para Jinich (2002) el interrogatorio y la exploración no son sólo procedimientos encaminados al diagnóstico, tienen virtudes terapéuticas, mediante ellos se establece una relación interpersonal médico paciente.

La primera impresión favorece la comunicación, se establece desde que una persona llama o acude al médico, la cortesía, el interés y deseo de ayudar son percibidos por ella, si puede ser atendida con prontitud y el médico es puntual desde el primer contacto, se ganará un ambiente propicio que dará una relación de confianza (Bickley y Hoekelman, 2000).

Además el paciente debe sentir que el médico piensa en él y que tiene toda su atención en ese momento, si se proyecta una imagen de cordialidad, los pacientes tienden a quedar más satisfechos y a cooperar mediante el cumplimiento de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas.



Disposiciones antes de que la persona entre al consultorio

Ambiente físico

Cuidar el lugar donde se dará desarrollo a la práctica médica es importante, algunos autores como Gómez, (2006); Alves, (2003); Almanza y Holland, (1999); Bickley y Hoekelman, (2000); etc., coinciden en las siguientes recomendaciones: buscar un lugar tranquilo, que pueda ofrecer privacidad y comodidad, si la persona no puede deambular y esta encamado se pueden correr las cortinas si las hubiere. Apagar la televisión, cerrar las puertas y ventanas si hay ruido exterior en demasía y también hacerlo cuando la comunicación se desarrolle en el domicilio de la persona.

Si se da en el consultorio del médico, hay que prever que no haya interrupciones de visitas inesperadas, también desconectar aparatos como celulares tanto del médico como de la persona enferma o sus familiares.

También en la habitación la distancia que se adopta entre médico y paciente debe ofrecer un ambiente de intimidad (de unos pocos metros), no tan cerca para un trato íntimo, no tan lejos para dificultar la conversación, es preferible, para que el paciente hable con más calma, se siente a un lado del escritorio del médico (evitando barreras físicas), (Bickley y Hoekelman, 2000).

Atuendo del médico

El médico debe prestar atención a la limpieza de su ropa, vestir de forma apropiada para los pacientes que atiende. Un atuendo conservador y una bata blanca son recomendados para atender a la mayoría de los adultos.



También el uso del gafete con su nombre tranquiliza a las personas (Bickley y Hoekelman, 2000).

Recibimiento

Cuando un médico está listo para tratar a un paciente debe saludarlo por su nombre, presentarse con el suyo y brindarle toda su atención, lo más común, un saludo con un apretón de manos (si parece oportuno hacerlo), debe dirigirse al paciente con los títulos correspondientes, señor, señora (Bickley y Hoekelman, 2000).

Para Culhane-Pera y Patten muchos pacientes hispanos consideran como una atención el uso de los nombres de pila (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005), mientras que Bickley y Hoekelman, (2000) recomienda su uso con niños, adolescentes o un paciente que se conoce muy bien.

Comodidad del paciente

El médico también debe prestar atención a la comodidad del paciente, debe detectar indicaciones de malestar, por ejemplo, si el paciente tuviera necesidad de orinar antes de pasar al consultorio, o de un momento para despedirse de sus familiares. Si sucede en un hospital, siempre debe preguntar si la visita es lo más conveniente en ese momento (Bickley y Hoekelman, 2000).

Los participantes

Cuando la persona enferma acude a los servicios de salud, ya sea en un consultorio, clínica u hospital, la actividad que percibe es muy distinta, en un grado mayor o menor las personas que encontrará dentro del consultorio y las que le acompañen modifican el desarrollo de su consulta, para Almanza y Holland (1999) en el momento de comunicar una mala noticia es indispensable la intervención de otro profesional



clínico, (médico o enfermera) que este relacionado con el caso, De Navas (1999) en su práctica pediátrica incluye al psicólogo como un tercer participante y menciona que si se tiene definido el campo en que éste último actúa, su intervención como un tercero no será intrusiva, sino será un facilitador en el proceso y desarrollo de la consulta.

Para Almanza y Holland (1999) es importante saber la necesidad de la persona en cuanto a solicitar la compañía de algún (os) familiar (es) durante su consulta, la justificación obedece a que su presencia sirve como apoyo cuando la persona motivo del impacto de las malas noticias se pone a llorar expresando sus emociones.

Para Bickley y Hoekelman (2000) y Alves (2003) cuando la persona es acompañada por familiares también es importante preguntar si desea que permanezcan en la habitación o si desea que salgan.

Durante la entrevista

Comunicación

Bickley y Hoekelman, (2000) menciona que hay que usar un lenguaje comprensible y apropiado para el paciente, dependiendo de su nivel y sustituyendo los tecnicismos por un lenguaje coloquial.

Para Levine y Block el saber médico es básico, pero solo no es suficiente para atender a las personas enfermas. La importancia del médico es traducir su conocimiento al paciente (comunicarse de forma adecuada) y obtener su confianza para lograr la mejor atención en beneficio de la salud de la persona (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005)

La comunicación verbal también tiene una gran importancia en la relación médico-enfermo, Gómez (2006) afirma que además de ser una forma de comunicación contiene poder terapéutico.



Manera de abordar un padecimiento

El motivo de la visita al médico brinda la oportunidad a las preguntas iniciales, momento para preguntar los síntomas principales, si los hay, y el padecimiento actual. La entrevista comienza con una pregunta general que permita una respuesta amplia, por ejemplo: ¿Qué le trae por aquí? Después que el paciente haya contestado, se le pregunta varias veces ¿algo más? Cuando el paciente haya terminado se le propicia una descripción más amplia diciendo: “cuénteme acerca de esto”, conforme el paciente responda, el médico va tomando el hilo de la historia y lo sigue hasta donde quiera llegar (Bickley y Hoekelman, 2000).

Las pistas que da el paciente al médico muchas veces son muy directas y específicas, pero también, en otros casos, son muy ambiguas y no pueden expresarse de manera clara. El médico debe dejar que el paciente refiera espontáneamente su historia, tratar de no intervenir muy pronto, ya que puede no captar la evidencia que está buscando. Para Bickley y Hoekelman, (2000) el médico utiliza técnicas para lograr guiar a los pacientes y no distraerlos de sus propios relatos, las cuales son:

- **Facilitación:** Cuando mediante las posturas, acciones, palabras, se alienta al paciente a proporcionar más detalles.
- **Reflexión:** Consiste en una repetición de las palabras del paciente que lo incitan a que refiera más detalles.
- **Clarificación:** Para comprender mejor las palabras del paciente que resultan ambiguas se le pide una aclaración.
- **Respuestas empáticas:** Demostrando entendimiento o aceptación por las sensaciones vergonzosas expresadas por el paciente, provocan que éste, se sienta más seguro y se anime a continuar.

Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias



- **Confrontación:** Demuestra ciertos detalles acerca de las propias palabras o comportamientos de los pacientes.
- **Interpretación:** Incluye una inferencia, más que una simple observación.
- **Interrogatorio acerca de los sentimientos:** Puede preguntársele al enfermo simplemente cómo se siente, o se sintió, respecto de ciertos síntomas o sucesos. A menos que el médico demuestre interés por los sentimientos de sus pacientes, éstos los omitirán.

El médico durante su experiencia profesional debe desarrollar mediante el contacto con sus pacientes, la capacidad de disfrutar el contacto humano con otras personas y debe acostumbrarse a escuchar, ya que el paciente acude al médico porque tiene, o cree tener problemas; quiere encontrar alguien que le ayude, y sólo oyéndole se inicia esta ayuda. Sólo oyendo se transmite al paciente la idea de que se está interesado en él, preocupado por él, deseoso de resolver su problema (Bickley y Hoekelman, 2000).

Otros elementos imprescindibles en un buen médico son: conocimientos médicos y confianza fundada en la competencia, control emocional ante situaciones de estrés, dignidad, bondad, afabilidad y educación.

Para Levine y Block también debe incluir cortesía, atención, el saber escuchar, empatía y simpatía, el centrar el encuentro en el paciente y no en las preocupaciones del médico (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005).

El paciente advierte por lo regular estas cosas, incluso durante la primera entrevista. También percibe:

- **Interés:** que nace del deseo de comprender y ayudar, es patente para el enfermo, y lo alentará a hablar. Le indicará que está frente a alguien



que quiere ayudarlo, viendo que el médico se interesa en él como persona y no como un “caso” de enfermedad.

- **Aceptación:** ya que el paciente sólo revelará sus sentimientos más básicos si siente que la otra persona lo acepta sin condición alguna. No debe mostrar sus propios juicios morales, ni sus propias reacciones emocionales en cuanto a las actitudes, la conducta o las afirmaciones de los enfermos. No entraña obligadamente aprobación, pero se debe ser tolerante y comprensivo.
- **Cordialidad y empatía:** El tratar de compartir en verdad las experiencias de la otra persona tratando de acercarse a los demás. El médico puede combinar la percepción y la comprensión sensitiva con un enfoque objetivo y sensato del problema del paciente y por lo regular, ganará rápidamente la amistad y confianza del mismo.
- **Flexibilidad:** los temas elegidos y la dirección del interrogatorio nacen de manera natural de las manifestaciones actuales del enfermo. El médico muchas veces descubre que no puede abordarse la historia de una manera rígida, ya que las posibles divagaciones de un paciente muchas veces resultan en información muy reveladora (Bickley y Hoekelman, 2000).

También se le debe ayudar para que hable de sus preocupaciones, para lo cual se utilizan técnicas indirectas. De ese modo se da pie a que el paciente haga preguntas en cuanto a su enfermedad y sobre cómo será cuando regrese a casa. Se debe explorar las preocupaciones, proporcionar la información que el paciente esté demandando, explorar y aceptar los sentimientos del paciente y responder a sus preguntas.

Cuando un médico se encuentra próximo a informar a una persona le resultará muy útil recordar las recomendaciones de Gómez (2006), que le ayudarán a enfrentar la situación:



1. Estar absolutamente seguro.

Se debe estar seguro antes de informar un diagnóstico a la persona enferma, los diagnósticos express no tienen aceptación, pues muchas veces inducen un estado emocional negativo que se desmiente con el tiempo.

2. La persona tiene derecho a conocer su situación.

El enfermo tiene derecho a conocer la verdad, sin embargo no todas las verdades deben ser dichas de cualquier modo y en cualquier momento.

- En dos casos el médico no está obligado a informar:
 - Cuando accede a un privilegio terapéutico de no informar, esto es cuando el médico crea que la información pueda ser inconveniente a la persona enferma, esto apoyado en elementos y juicios objetivos como son antecedentes psiquiátricos serios, tentativas de autolisis previas (autodestructibilidad, intentos suicidas).
 - Rechazo de la persona enferma a conocer su situación, esto es, cuando la persona enferma no quiere hacer uso del derecho a estar informado. Puede observarse en expresiones directas “doctor, me pongo en sus manos y haga lo que considere mejor, yo no quiero saber nada”, o tácita, la persona enferma que no pregunta.

3. Informar malas noticias es un acto humano, ético, médico y legal (y en ese orden).

Comunicar a una persona enferma que tiene una dolencia mortal tiene que ser antes que nada: un acto humano y a medida que la persona está próxima a su muerte, esta actividad se torna mucho más difícil, aún así el médico debe hacer gala de una autentica humanidad.

Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias



Lo ético es tan simple como dar la adecuada información como única manera de que la persona enferma posea la autonomía de decidir sobre sí misma.

Como acto médico se comprende que el médico debe estar preparado con conocimientos de la comunicación y no debe improvisar en este aspecto.

Por último, cuando el médico comunica a la persona enferma obligado por órdenes legales únicamente se produce una secuencia como la que sigue a continuación:

Diagnóstico → Pronóstico → Veredicto → Sentencia

4. No existe una fórmula.

Influirá en el médico su experiencia profesional, su habilidad y conocimiento en técnicas de comunicación, así como su talla humana, no es preciso realizar juicios de valor en la forma de comunicar malas noticias ya que no existen buenas o malas formas de hacerlo. Además se debe tener en cuenta las reacciones que tendrán lugar en las personas enfermas.

5. Indagar lo que el enfermo sabe.

Es importante averiguar lo que la persona sabe de su enfermedad, de la gravedad de padecerla y como cambiará su vida en el presente, en el presente inmediato y futuro, lo que sólo se logrará con mucha atención por parte del médico y una capacidad de escucha, se puede comenzar preguntando lo siguiente:

-¿Está usted preocupado por el estado de su salud?

-¿Ha pensado en la posibilidad de que su enfermedad podría ser grave?

-¿Qué piensa usted de este dolor y esos vómitos?



-La primera vez que tuvo problemas para respirar, ¿a qué pensó que podría deberse?

Estas respuestas comunican información relevante contenida en tres aspectos (Buckman, citado por Gómez, 2006):

- Lo que la persona enferma comprende de la enfermedad desde el punto de vista de quién le atiende. A veces manifiesta el no haber recibido información hasta ese momento, de saber que no es así, debemos entender que la negación como mecanismo de defensa está operando, en este caso es oportuno no discutir con ella, pueda ser que la persona enferma esté comprobando si va a escuchar la misma información que ya en un pasado escucho.
- Cómo se expresa la persona enferma. El cómo se expresa una persona es resultado del nivel de su educación y de su estado emocional, hay que estar atento a qué frases utiliza y cuales evita pronunciar. Es importante esta evaluación porque sitúa al profesional en informaciones posteriores.
- El contenido emocional de los mensajes de la persona enferma. Y son de dos tipos:
 - El mensaje verbal que contiene las implicaciones de emociones de las que la persona enferma habla y de las que sus palabras contienen. También es conveniente conformar una idea de lo que la persona enferma evita decir.
 - El mensaje no verbal. Que nos ofrece la información del estado de ánimo de la persona enferma, si llora, si está sentado rígidamente, etc.

Es importante comparar las dos clases de mensajes para detectar discordancias, a este nivel la persona enferma ya se sabe escuchada y que el médico se interesa por ella en su situación.



6. Impulsos informativos que le llegan al paciente.

Aparte de lo que el médico comunica a las personas enfermas existen otras formas en que la información puede llegar a la segunda, Gómez (2006) lo ejemplifica para casos de cáncer pero se puede aplicar a cualquier enfermedad crónica:

Comentarios del médico a otras personas, escuchados por casualidad, cuando creyéndole dormido o apartado los familiares preguntan por el estado real de la salud de la persona y ésta escucha.

Afirmaciones directas por parte del personal, en las cuales las personas enfermas captan información en referencia a la actitud y comentarios de los profesionales de la salud que están cercanos.

Comentarios entre médicos, escuchados por casualidad, cuando se pide una interconsulta y los dos médicos discuten acerca del mal, si lo hacen con voz muy baja, empleando tecnicismos, o evitando a la persona, ésta se tornará suspicaz.

Afirmaciones directas por parte de amigos, parientes, sacerdotes, abogados o notarios; algunas personas son inconscientes ante el hecho de regalar frases tales como: que mal te ves; ¿no tendrás “x” enfermedad?, los sacerdotes que pueden excederse en sus comentarios por tratar de acercar a la persona a Dios, o los abogados y notarios que acompañan a los familiares para “arreglar papeles”.

Cambio de comportamiento de los demás hacia el enfermo, los familiares y amigos desde que conocen el pronóstico de la persona enferma, tendrán un cambio de actitud hacia ella y por mucho que intenten disimularlo ésta se dará cuenta, las personas enfermas están en constante alerta, atendiendo todas las pequeñas pistas en la relación de sus médicos con sus familiares, como de las expresiones de sus mismos médicos.

Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias



Cambio de los tratamientos médicos, cuando se suspenden por ejemplo tratamientos médicos agresivos y en su lugar solo se dan analgésicos, laxantes y somníferos.

Autodiagnóstico: lectura de libros médicos, del historial clínico, etc., es sorprendente el hecho de que algunas personas consultan diccionarios y enciclopedias para conocer su enfermedad y que puedan hacer autodiagnósticos, que puedan leer estudios de laboratorio y aprecien sus significados.

Señales del propio cuerpo y cambios del estado físico, es difícil que la persona enferma no se de cuenta del deterioro de su propio cuerpo, la aparición de diversos síntomas que van incrementando su frecuencia e intensidad y la alteración de su propia imagen corporal.

Respuestas alteradas de los demás con respecto al futuro, cuando se tenían planes a futuro estos cambian como resultado de un ajuste a la dinámica familiar.

Comentarios hechos por otros enfermos, en las salas de espera, las personas enfermas adquieren mucha información por este canal.

7. Averigüe lo que la persona quiere saber.

Dar oportunidad a la persona enferma de preguntar, de esta manera se puede estar al corriente de qué es lo que la persona quiere saber y a qué ritmo.

La mejor fórmula es preguntar a la persona que es lo que quiere saber con preguntas del tipo:

-Si en algún momento se comprobase que su enfermedad es grave, ¿desearía ser informado de ello?

-¿Le gustaría que le explicase todos los detalles de su diagnóstico?

-¿Le gustaría que le explicase su enfermedad con todo detalle o prefiere que le hable solamente del tratamiento a seguir?



-¿Le gustaría tener mucha información o prefiere que me limite a hablarle a grandes rasgos?

Estas preguntas le sirven al médico para sondear la voluntad del enfermo de recibir abierta y directa la información que le incumbe. Gracias a estas preguntas tiene la ventaja de establecer líneas de comunicación abiertas, si la persona se manifiesta negativa a recibir información detallada se deja un canal abierto para una plática posterior, comentando que si hay un cambio de opinión la persona no dude en preguntar lo que quiera y comentar que no se le bombardeará con información que no desee conocer.

8. Averigüe lo que la persona está en condiciones de saber.

Es importante saber en qué condiciones se encuentra la persona antes de ser informada, ya que no sería de lo más satisfactorio en una situación poco apropiada.

La persona enferma algunas veces experimenta sobre todo en los primeros momentos miedo a preguntar. En este sentido existe una polaridad en cuanto a que es positivo que la persona acepte su enfermedad lo más rápidamente posible, pero también lo es dar relevancia a los temores que son parte real de la persona. Esto es, que tanto es real y verdadero el miedo a la muerte que conlleva tener una enfermedad y la necesidad de negar esa situación en algunos casos como la importancia de tratar la enfermedad; ya que puede ser más urgente para la persona tratar sus miedos con la misma meticulosidad que en sí tratar la enfermedad biológica.

9. Espere a que pregunte (¡Dar la oportunidad de preguntar!).

Hay que preguntarse como profesional si la persona enferma ha tenido oportunidad de preguntar, entendiendo que hay factores que dificultan esta acción, por ejemplo cuando se tiene poco tiempo en la consulta por



tener que atender a muchas personas más, en este caso es difícil que se adquiera un ambiente que favorezca la situación antes expresada.

También la ausencia de prisas y la aparente disponibilidad física del médico no son suficientes, ya que la persona enferma a través de los canales de comunicación no verbal –que es el 80% de la comunicación entre médico y persona- puede detectar si existe esta disponibilidad emotiva o no por parte de su médico.

Las personas pueden percibir que algunas de sus preguntas no son acogidas de una manera positiva por el médico y prefieran el silencio, de hecho si el médico no da una respuesta a sus preguntas dejará de intentarlo y cerrará el canal de comunicación.

10. Ofrecer algo a cambio.

Ofrecer una verdad en el diagnóstico de la persona enferma, atribuye un compromiso de integrar esa verdad, de compartir las preocupaciones que van apareciendo en el trayecto, de acompañar y aceptar a la persona en esos momentos que le aproximan.

Lo substancial es hacer saber a la persona enferma que el equipo de salud no le abandonará y que estará ahí para él cuando lo necesite ya que ella también es importante para el equipo.

Se puede conseguir esto con frases como las siguientes, que sí integran cierta responsabilidad del paciente, sirven tanto para enfermos terminales como para cualquier padecimiento:

-Con su ayuda le cuidaremos bien y no lo dejaremos solo.

-Si usted quiere lo veremos con regularidad.

-Trataremos cualquier problema que se le presente y quiera compartirnos.

-Con su participación podemos manejar su enfermedad y hacer que sus síntomas disminuyan.



-Si su familia lo solicita también la ayudaremos.

11. No discutir con la negación.

La negación sirve para que las personas nos adaptemos a una situación nueva, menciona que la negación implica el considerar o reinterpretar una parte que nos es dolorosa, tiene como fin evitar aquello que nos es una amenaza y empeñarse en una realidad que ya no existe y nos muestra diferentes formas de negación que adaptamos a la diabetes (Weisman, citado por Gómez, 2006):

- Racionalización: El uso de argumentos para justificar (si mi enfermedad fuera grave entonces porque no siento molestias).
- Desplazamiento: Explicaciones alternativas de la realidad, (me siento cansado porque trabajo mucho).
- Eufemismo: Uso de expresiones alternativas, (no es diabetes, solo es que mi glucosa subió un poco).
- Minimización: Entender que el problema no es grave. No tengo el azúcar muy alta.
- Autoinculpación: La persona supone control interno. El problema es que comí demasiado, voy a tratar de comer menos.

Y distingue tres tipos de negación:

- De primer orden o repudiación del diagnóstico, esto es negar la situación de que la persona esté enferma.
- De segundo orden, o disociación del diagnóstico y/o de sus manifestaciones secundarias.
- De tercer orden o rechazo del deterioro, cuando la persona niega el deterioro físico y mental.

Cuando se habla de negación es importante distinguirla de desinformación o ignorancia, una persona puede no estar enterada de lo



grave de su enfermedad porque no ha recibido la información adecuada o porque la que se le ha dado es ambigua, también una negación persistente puede significar que la persona no está lo suficientemente preparada para escuchar la noticia.

12. Aceptar ambivalencias.

La persona enferma puede conocer perfectamente su estado real, y esto no es obstáculo para que sus mecanismos de negación aparezcan.

La tranquilidad mental que ofrecen los mecanismos de alerta requiere que los pensamientos se relacionen con las trivialidades del momento y con recuerdos placenteros, así como los que se proyectan al futuro dando esperanza y fantasía.

13. Lenguaje sencillo, sin palabras “malsonantes”.

Existen algunas palabras que pueden hacer daño como filosos bisturís, por ejemplo en el caso del cáncer que tiene un carácter condenatorio, muchas personas lo asocian automáticamente con la muerte.

Menciona que las enfermedades no incluyen por sí mismas el ser perversas e invencibles, la mayoría de los enfermos de cáncer por ejemplo se desmoralizan al enterarse de lo que padecen, la solución no está en no decirles la verdad sino en tratar, de acuerdo a nuestra capacidad, de rectificar la idea que se tiene de la enfermedad, aclarando sus mitos.

14. No establecer límites y plazos.

El médico debe evitar dar pronósticos desfavorables, si le es solicitado hacerlo es conveniente decir la verdad: no lo sé con exactitud, que el tiempo que se necesite la persona contará con el apoyo médico de la mejor forma y que nunca se le dejará solo.



15. Gradualmente, no es un acto único.

Lo más favorable es tener una relación previa con la persona enferma, con su familia, saber acerca de su contexto y de sus posibles reacciones. No es conveniente que un extraño informe las malas noticias.

Hay que tener presente:

- Evitar dar demasiada información en el primer encuentro.
- La información dosificada permite al médico darse cuenta de la reacción de la persona enferma a la información que obtiene.
- La persona enferma marca las pautas y el ritmo

El transmitir información es un proceso dinámico, que si se hace bien es terapéutico y el criterio que se debe seguir es el de la verdad soportable (la que pueda asumir y tolerar la persona).

Es importante distinguir entre lo insoportable para la persona enferma con lo incomodo para el médico.

16. A veces es suficiente no desengañar al enfermo.

Las respuestas de algunas personas enfermas pueden servir para sondearlas, cuando la persona afirma: creo que tengo algo malo, se puede preguntar: ¿por qué opina eso?, la respuesta afecta la actitud a tomar, muy diferente si responde: “porque de tenerlo me suicidaría” a “porque todavía tengo muchas cosas por hacer, en el primer caso debe ser más cauto, en el segundo mucho más explicito.

Esto se puede facilitar si el médico pregunta: ¿qué piensa usted de su enfermedad?, lo que da a la persona enferma la oportunidad de proyectar ella misma su diagnóstico o una hipótesis diagnóstica que el profesional médico tendrá que matizar según su percepción disminuyendo o aumentando el grado de gravedad.



17. No diga nada que no sea verdad.

El médico debe tener autenticidad como cualidad fundamental en su trato profesional y humano, esta condición es esencial para establecer una confianza mutua entre médico y la persona enferma.

La persona puede perder la confianza en su médico si descubre que le ha mentado y será más difícil para este último cuidarla como resultado de la decepción.

La mentira casi nunca es necesaria, la mentira ata, encadena, es definitiva, lo contrario a la verdad cruel no es la mentira piadosa, la verdad libera, la verdad es lo más piadoso que existe en la medida que sea adaptada, escalonada y respetuosa.

Aunque la mentira no es permitida, tampoco es necesario decir la verdad total y absoluta, dos cosas diferentes son el decir una mentira y otra el callar la verdad, se pueden eludir respuestas de las personas a interrogantes indirectas (que hacen para sobreponerse al miedo, ganar esperanza, etc.), pero esperando el momento más oportuno para ir dando la verdad gradualmente.

Por último la verdad es antídoto del miedo, la verdad es un poderoso agente terapéutico, lo terrible y conocido de la enfermedad es por más amable que lo terrible y desconocido, nos da opciones para hacer frente a la vida.

La gente que conoce su enfermedad puede percibirla, además de los aspectos negativos, como algo que la ayudará a vivir de una mejor manera (Pichardo, 2004; Gómez, 2006).

18. Tenga en cuenta la “amnesia post-información”.

Cuando se comunica a la persona enferma el diagnóstico con un pronóstico desfavorable, se establece un bloqueo de información y la persona enferma puede no recordar nada de lo que se platicó, en los



momentos del shock, la persona enferma puede hacerse las preguntas siguientes y otras tantas:

- ¿Por qué yo?
- ¿Cuánto sufriré?
- ¿Qué pasará con mi familia?

En países como Inglaterra se graba la consulta en dónde el médico da el diagnóstico a la persona, si ésta es invadida por el shock y no puede captar toda la información, en un mejor momento podrá recurrir a la cinta de video que su médico le proporcionó y obtendrá las mismas recomendaciones.

Si no se puede adoptar esta sugerencia lo más pertinente es convenir una nueva cita lo más rápidamente posible para dar seguimiento a la persona y su enfermedad.

19. No quitar la esperanza.

“Esperanza” es una palabra abstracta que refiere la expectativa de un bien que está todavía por venir, de una percepción de un estado futuro en el que se alcanzará una meta deseada (p. 133).

La persona enferma está en un proceso de polaridades entre la esperanza y la desesperanza en la fase vivir-morir:

- La esperanza de la espera: cuando la persona tiene expectativas con alguna posibilidad que se lleven a cabo (remisiones, detener el avance de la enfermedad, incluso sanarse).
- La esperanza del deseo: cuando la persona entra en una fase crítica y puede esperar no morir como una manifestación del deseo, pero se trata de una expectativa no alcanzable.

El pasar de la esperanza al deseo puede manifestar el proceso psicológico de la rendición, por lo tanto la esperanza no debe finalizar hasta el final o solo poco antes de la muerte psíquica.

Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias



Y además menciona que el dar información a las personas enfermas no destruye la esperanza, los profesionales que atienden a enfermos críticos saben que la persona necesita mantener una esperanza, cualquiera que se tenga y es obligación respetarla (no provocar la desesperanza).

20. Entender que ofrece el curandero, que él medico no.

Muchas terapias alternativas ofrecen un recorrido agradable aunque finalmente son tramposas.

Menciona una lista de métodos que no han sido probados científicamente para el tratamiento con cáncer: aceite de espárragos, aloe, aceite de serpiente, almendras, fagotitos, té de chaparral, muergado Iscador, terapia con células vivas, toxinas mezcladas ce Coley, vacuna de Livingston, etc., por nombrar algunas.

En México es frecuente ver en los tianguis (mercado informal) y plazas a curanderos que ofrecen tratar la diabetes con: aceite de caguama, calcio de coral, baba de caracol, etc. remedios que no han sido respaldados científicamente.

Gómez (2006) afirma que la medicina se ha fraccionado en una parte científica que no incluye a otra humana, dejando ver a la ciencia como algo alejado y frío, contrario a lo que buscan las personas enfermas que necesitan:

- Fe en el tratamiento.
- Esperanza en su curación.
- Amor que da la amistad
- Ayuda como persona y no como individuo
 - que alguien se interese por su enfermedad
 - su familia
 - sus problemas

Capítulo 5 Disposiciones médicas para comunicar malas noticias



El enfermo busca lo que se menciona en los puntos anteriores para satisfacer las necesidades espirituales de adivinar el destino, modificarlo de forma favorable, prever los sucesos de dolor, muerte y postergarlos, de hacer que los demás brinden afecto y apoyo.

Los curanderos, charlatanes, en grados mayores o menores de sapiencia medicinal, conocen la forma de ganar los adeptos de las personas enfermas, -en donde son muy buenos- pero no son eficaces al tratar una enfermedad.

Cuando una persona se enferma pregunta a su médico si puede tratarse con una medicina alternativa, por tanto, se debe comentar acerca de lo que realmente se piensa de ella, si el médico cree que puede ofrecer los mismos resultados, lo tiene que comentar con el enfermo sin miramientos.

La decisión de ir o no con curanderos o terapias alternativas corresponde a la persona enferma y sus familiares, ya que, si no acuden a ellas cuando sintieron un deber en hacerlo, les generará un sentimiento de culpa muy fuerte.



Capítulo 6

EMPATÍA Y EL MÉTODO DIALOGAL EN LA RELACIÓN YO-TÚ COMO MÉTODOS PARA EL CORRECTO MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES EN LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE DIABETES

Empatía

La empatía es una herramienta que se usa en la práctica médica. Para Wispe (1992) el concepto empezó siendo Einfühlung y se aplicó en las artes estéticas en Alemania a finales del siglo antepasado y fue traducido como empatía en la psicología experimental norteamericana a principios del siglo XIX.

El psicoanálisis puso su atención en el concepto, Freud lo utilizó como: el proceso de ponerse en el lugar del otro consciente o inconsciente, y continuó empleando ese término de esa forma por el resto de su vida, no lo usó nunca en el sentido de la empatía estética hacia los objetos, sino en el sentido de la comprensión entre los seres humanos (Bolognini, 2004).

El concepto ha sido trabajado y ha tenido algunas diferencias de énfasis y connotación, durante los años 30 fue utilizado por teóricos de la personalidad, en los 50's los psicoterapeutas rogerianos trabajaron el



concepto revitalizándolo; tuvo un breve encuentro con teóricos del condicionamiento en los 60's y más recientemente fue utilizado por psicólogos sociales y evolutivos para explicar la conducta altruista Wispe, (1987) citado en Eisenberg y Strayer, (1992).

La empatía para Eisenberg y Strayer (1992) implica compartir la emoción percibida en otro, "sentir con" otro. Está reacción afectiva vicaria como respuesta a unas claves perceptivas externas, indicadoras del estado afectivo de otro, por ejemplo las expresiones faciales de una persona, o como resultado de la inferencia del estado emocional en base a claves indirectas, por ejemplo la naturaleza de la situación del otro.

De lo anterior las autoras definen la empatía como una respuesta emocional que brota del estado emocional de otro y que es congruente con ese estado emocional del otro, e implica que puede empatar con una amplia gama de sentimientos.

La empatía es inherente a los seres humanos, puede surgir en la plática de amigos, familiares, compañeros de trabajo, incluso en la práctica médica o psicológica, por ejemplo Pigman le atribuye mucha importancia a un pasaje de 1913, en el que Freud aconseja que el analista no empiece a interpretar hasta que la relación entre paciente y analista no se haya vuelto suficientemente estable y para hacerlo el segundo solo tiene que dar tiempo, "Si se le testimonia un serio interés, se pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos yerros, el paciente por sí solo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor (Bolognini, 2004).

Para Levine y Block la empatía genuina es fundamental en la relación médico-paciente y tiene tres elementos para que se lleve a cabo (South-Paul, Matheny y Lewis, 2005):



- 1) Saber como la persona enferma se percata de su problema (enfermedad).
- 2) Comprender ese punto de vista.
- 3) Reconocer ante esa persona que uno mismo comprende ese punto de vista.

La empatía se puede dirigir hacia situaciones positivas como alegría y el optimismo o con situaciones negativas como son la rabia y situaciones de dolor. Alves (2003) menciona el “dolor empático” que tiene un médico cuando comunica una mala noticia, éste siente una incomodidad que es causada porque se ha empatado con el estrés de la persona enferma.

Algunos médicos al querer comunicarse con pacientes con enfermedades irreversibles se encuentran con problemas propios, sus propias incomodidades, inquietudes y deseos de evitar el tema, incluso evitar al paciente. Como en cualquier caso de índole clínica, el médico debe estar alerta a las reacciones que tendrá el paciente (Bickley y Hoekelman, 2000).

El siguiente caso es mencionado por Jinich (2002), en él se evidencia como este proceso empático brindan un beneficio curativo, él propio médico nos lo refiere de la siguiente manera:

Rosa V. Es una mujer de 50 años de edad. La veo periódicamente desde hace aproximadamente 10 años. Recuerdo su primera visita. Venía a verme porque llevaba varios años de padecer de su estómago; había consultado a numerosos médicos y había recibido otros tantos diagnósticos, todos sin éxito duradero. Le habían dicho que tenía amibas, úlcera, nervios, gastritis, colítis y también que no tenía nada.

Revisé el grueso fajo de recetas coleccionadas: antimibianos, antiespasmódicos, digestivos, sedantes, antidepresivos, etc. Las radiografías de su aparato digestivo eran normales. Los análisis de laboratorio eran normales también, excepción hecha de algunos informes de hallazgo de amibas de diverso tipo. A pesar de mi esfuerzo no me fue posible integrar una historia clínica satisfactoria: el dolor se localizaba preferentemente en el hipocondrio izquierdo, pero la paciente no pudo

Capítulo 6 Empatía y El método dialogal en la relación yo-tú.



precisar su carácter, relación de las comidas y funciones digestivas, duración y frecuencia: las respuestas eran demasiado vagas y contradictorias.

Se trataba de una mujer humilde, de bajo nivel cultural, limitada en su capacidad de observación y, muy especialmente, en su capacidad de expresarse verbalmente. Era una mujer de constitución fuerte, ligeramente excedida de peso, nerviosa, tímida; no usaba ningún maquillaje ni adorno; la piel de sus manos y cara estaba curtida por la exposición a la intemperie; sus ojos revelaban a la vez susto y tristeza. La exploración física no reveló otros datos de importancia clínica. Procedía de la provincia y, muy joven, había emigrado a la capital impelida por la pobreza; vivió algún tiempo “arrimada” a parientes que no la trataban bien; consiguió un empleo humilde en una oficina de correos y telégrafos; se caso con otro empleado algunos años menor que ella; tenía una hija de 15 años. Ahora se ganaba la vida vendiendo alhajitas adquiridas en los remates del Monte de Piedad.

El cuadro clínico me pareció sugestivo de corresponder a una dispepsia funcional, aunque sin poder descartar una úlcera péptica, a pesar de las radiografías negativas; consideré la conveniencia de solicitar una gastroscopia pero se asustó y opté por darle un tratamiento de prueba con un régimen antiulceroso estricto.

En la siguiente consulta, un mes más tarde, me indicó que se sentía algo mejor. Nuevamente intenté, sin éxito, precisar los aspectos vagos de su historia clínica. Aprendí en cambio que su hija era una buena estudiante; que le había enviado a colegios particulares, a pesar del sacrificio económico que ello implicaba; y que su esposo era un hombre “muy bueno”, sin vicios, que se portaba bien, pero tenía un sueldo miserable y no era como ella, puesto que no hacía ningún esfuerzo por mejorar su situación, por progresar y ganar más; que siempre estaba conforme con sus ingresos personales y dejaba que ella se encargara de la mayor parte de los gastos.

Han transcurrido más de diez años y Rosa sigue viniendo a la consulta, a intervalos irregulares, a veces de muchos meses. Dedicar los primeros minutos de la consulta a señalar la existencia de su molestia dolorosa, pero es evidente que ya no le presta mucha importancia, porque a continuación, y siguiendo mi invitación a hacerlo, se dedica a referirme los problemas y sucesos de su vida.

Su trabajo es muy pesado; es la única mujer que participa en los remates del Monte de Piedad, teniendo que competir en desventaja con todos los hábiles “coyotes”, quienes siempre le ganan las mejores piezas. Vende su mercancía en abonos, recorriendo a pie o en camión grandes distancias. Al final de la jornada llega a su casa agotada muchas veces sin haber probado alimentos en muchas horas, adolorida de las piernas y la espalda. Con grandes esfuerzos logró ahorrar lo suficiente para adquirir un lote de terreno y fincar una casa humilde, pero propia. Yo la escucho y la felicito por su espíritu de progreso, su laboriosidad y su abnegación como madre y esposa, mas le hago notar la importancia de que se cuide, se alimente a horas regulares, tome vacaciones ocasionales.

Capítulo 6 Empatía y El método dialogal en la relación yo-tú.



Me ha confiado su infelicidad conyugal; la falta de ambición de su esposo, su desinterés por colaborar en la solución de los problemas hogareños, su poca energía en el control de su hija. Yo le hago notar que, por otra parte hay muchos defectos, comunes en el medio social que la rodea, que su esposo no tiene, y le pido que no olvide sus cualidades y las aprecie mejor. Se resiste a tratar el aspecto sexual de su vida matrimonial, más allá de insinuar que nunca le ha interesado ni le ha causado placer. Está distanciada de sus familiares “ricos” y no tiene amistades cercanas. No tiene a nadie con quién compartir sus problemas y desahogar sus penas. En casa nadie aprecia sus sacrificios. Su hija ya ha completado su maestría en historia, lengua y literatura inglesas; está haciendo su doctorado y da clase de inglés en una escuela; desprecia a la madre por ser inculca y por no entender el mundo moderno.

Yo le hago notar que admiro sus cualidades morales, su entrega al trabajo y a la familia y su vida virtuosa; me conmueve, siento simpatía por ella y ella se da cuenta. En varias ocasiones he querido reducir el monto de mis honorarios y ella porfía en no aceptar ninguna rebaja y opto en no insistir para no ofenderla. La consuelo de la actitud despectiva de su hija, asegurándole que es normal a su edad, que indudablemente pasará con el tiempo, y algún día le expresará su gratitud por todo su amor y sacrificios. A menudo le hago notar que, si bien la cultura es un valor admirable, son más admirables aún las virtudes morales, las cuales ella evidentemente posee. Le preocupan las amistades de su hija, sus formas raras de vestir y dejar crecer sus cabellos, así como el hecho de que está llegando a casa cada vez más noche; yo comparto su ansiedad aunque la oculto y le digo que vivimos en un mundo diferente, cambiado; que su hija es culta e inteligente y se sabe cuidar, y está aprovechando las ventajas que le ofrece una sociedad más justa, en la que la mujer está adquiriendo una posición igual a la del hombre, lo cual es bueno. Ella me mira con sus ojos tristes y con evidente falta de convencimiento, pero se siente aliviada por mis comentarios y optimismo.

He hablado con su hija, quién me ha expresado sus problemas personales: la falta de un modelo adecuado de mujer y hombre en su casa; el aislamiento social vivido durante su infancia y adolescencia; las dificultades que está teniendo para encontrar su identidad personal y para relacionarse con los hombres, y la he referido a una psicóloga.

Rosa es una paciente fiel, y lo ha sido por muchos años. A pesar del tiempo transcurrido no he podido diagnosticarle ninguna “enfermedad”. Es una mujer que sufre y que obtiene alivio al verme y comunicarse conmigo; soy la única persona con la que comparte sus frustraciones más íntimas; la única que trata de comprenderlas, que le da apoyo, le muestra aprecio por la forma que ha conducido su vida, la ayuda a valorarse mejor a sí misma; que siente lo que ella siente.

Cuántas veces ha querido decirme con sus pobres labios, tan torpes para expresarse, y yo le he repetido con palabras más atinadas, lo que ella me ha querido decir, y entonces sus ojos brillan, una sonrisa de felicidad me llega como regalo, y me doy cuenta que, durante un breve lapso nuestras mentes se han conectado, y ambos experimentamos en ese momento una sensación sui generis de bienestar. Cuando termina la

Capítulo 6 Empatía y El método dialogal en la relación yo-tú.



consulta que por lo general ha sido breve, yo me siento enriquecido, no por los pesos que entregará con la recepcionista, sino porque, durante esos minutos de conexión transpersonal, al darle un poquito de mi humanidad, me ha humanizado.

Dudo que tenga una “enfermedad orgánica”, su dolor ya casi no se menciona, quizás sea solamente un recurso usado para legitimar su condición de paciente y justificar su visita al médico. A mí, como médico, la ausencia de enfermedad no me molesta ni me sirve como razón para dejar de recibirla, pues creo que la misión del médico va más allá del tratamiento de la enfermedad, puesto que va dirigida a aliviar el padecer.

Quando se siguen las indicaciones médicas es posible generar una ayuda determinante al paciente para enfrentar su problema como lo demuestra el relato siguiente sobre la experiencia de Lucía y lo que le aconteció cuando le diagnosticaron diabetes, la experiencia que vivió y sus reacciones emocionales (Figuerola, 1997). Es un caso donde se aborda la diferencia en el trato que el equipo médico debe tener hacia sus pacientes:

Recuerdo mi 5° curso de carrera, pero no por mi experiencia estudiantil, sino justamente por mi vivencia con la enfermedad en aquel año. Llevaba desde diciembre sintiendo cómo mi carne se fundía, cómo no paraba de comer o beber. No lo atribuía a nada físico, ni mucho menos, sino que creía que era debido al estrés académico que estaba viviendo en el último curso.

Pero los síntomas persistían y empezaba a llamar mi atención el hecho de que cada vez eran más las personas que me mencionaban una evidente pérdida de peso, no obstante, siempre me he considerado una persona optimista y, a pesar de la evidencia, pensaba que los demás exageraban.

Finalmente un día, subiendo las escaleras del metro, tuve que detenerme por una gran sensación de fatiga. Acepte que algo no andaba del todo bien y decidí buscar ayuda con un médico conocido esperando escuchar aquello que tanto quería oír: “no pasa nada”. La respuesta no fue precisamente esta, sino que, después de un análisis, me dijo que tenía diabetes. Me remitió a un especialista al que no conocía, que me propuso la hospitalización.

Me pareció la cosa más descabellada, una especie de locura incomprendible. Sentada en la camilla de su sala de exploración, reaccione de forma absolutamente colérica. Recuerdo como se apoyó en la pared y me dijo: (que edad me pondría usted a mí) como pude, le conteste que algo más de cuarenta. Afirmó con la cabeza y añadió: Píenselo tranquilamente, pero si con sus 21 años quiere llegar a una edad y disfrutar de la vida como lo estoy haciendo, tendrá que aceptar el tratamiento. Me

Capítulo 6 Empatía y El método dialogal en la relación yo-tú.



gustaría poder decirle otra cosa, pero lo siento, no puedo hacerlo. La alternativa que le ofrezco es la única para lo que usted tiene. Se que eso le crea angustia, pero es lo más positivo que yo puedo ofrecerle.

Estuvimos un largo rato hablando sobre la vida, sobre mi historia, sobre lo que me gustaba y lo que no, y después salió y me dejó sola. Lloré y me desesperé. Pero también sabía que aquel hombre había guardado conmigo una sinceridad absoluta y, lo que era mejor, no me había obligado e impuesto nada. Me había dado la oportunidad de elegir.

Mi madre se encontraba en la sala contigua a donde yo estaba y observe como hablaba con el doctor. No podía hacer nada más que derrumbarme y acceder a esa única alternativa que me ofrecía. Esto me provocaba una inmensa rabia por la indefensión que sentía hacía ese único camino. No obstante, el otro era seguir derritiéndome como hasta el momento hasta poder seguir.

Al día siguiente ingresé por mi propio pie al hospital. La actitud del equipo médico me pareció muy positiva, pero mi horno no estaba para bollos y lo que más odiaba era aquello de “¡tranquila, no pasa nada!”.

Empezaron por lo que ellos llamaron la educación del paciente, pero yo seguía anclada en mi mundo, incapaz de recibir nada de lo que decían en mi exterior. Me pareció tremendamente agresivo lo de pincharme y no veía el momento de hacerlo yo sola: Me acordaba de mi abuela, pues era la única de mi familia que tenía diabetes y eso me alentaba porque la recordaba alegre.

Durante el primer día de ingreso sentí una gran necesidad de que no se detuviera nada de lo que estaba haciendo hasta entonces, como era el hecho de estudiar para presentarme a los exámenes finales. Necesitaba sentir que lo de fuera de mi continuaba y no se paraba. Creo que me agarraba a esto para encontrar sentido a algo.

Quizá necesitaba comprobar que a la salida de aquél hospital podía reincluírme de nuevo al mundo, sin sentirme diferente por el hecho de la enfermedad. Y luche por esa continuidad, pero debo confesar que no atendía demasiado a la información que me daban constantemente. Tan sólo me interesaba saber como debía pincharme para no hacerme daño. Sonrío ahora cuando recuerdo que tildaban mi actitud de “negación”. Me parecía una majadería freudiana.

Y el séptimo día salí. Llovía aquella mañana de la preciosa primavera naciente. Al pisar la calle me estremecí. Llegó el lunes y al entrar a la Facultad me emocioné, no sé si por luchar por el examen o por luchar por tratar de seguir siendo la misma que era una semana antes.

Ahora me debía controlar, palabra que a mis 21 años me parecía horrible. Así empecé debatiendo entre la adaptación y la rabia, llevando poco a poco aquello que ahora se ha convertido en un automatismo. Pienso que entonces fue básico el soporte que el equipo médico me dio. Creo que me convencieron no por la información técnica que me dieron sino porque se empeñaron, tanto durante el ingreso como en el curso de las posteriores visitas ambulatorias, en preguntarme por mis estudios y por mi vida personal y no solo por mi glucosa en sangre.

¡Ah!, me olvidaba. Acabé aprobando.



Cómo manejar estados emocionales con el método dialogal

El recibir malas noticias representa en sí una circunstancia difícil para los pacientes, cuando el médico comunica estas malas noticias de una forma adecuada utilizando el método dialogal dentro de una relación yo-tú, disminuye el impacto negativo al momento en que el paciente recibe las malas nuevas y puede manejar los estados emocionales de éste último.

Para la psicología humanista y Gestalt existe una relación denominada yo-tú, que es un encuentro humano altamente desarrollado, donde terapeuta y paciente se encuentran como dos seres humanos, significa que las dos personas tienen la intención de conectarse sin tratar ninguna de ellas como objeto de manipulación a la otra, cada una con sus necesidades personales y existencias separadas se contacta reconociendo y permitiendo las diferencias entre ellas, es el dar respeto en totalidad, es una relación horizontal.

Dentro de la relación yo-tú se encuentra como propuesta el método dialogal que propone que el terapeuta, en este caso el médico, tome una postura en donde ve al ser humano que tiene enfrente como un ser humano, libre de etiquetas y prejuicios y lo respete tal y como es.

El Método Dialogal de Yontef

EL método dialogal difiere de la empatía en el sentido en que no es necesario que el terapeuta incorpore ni refleje las emociones del otro, sino que respete de manera íntegra la experiencia de la persona en el momento preciso de su encuentro.



Este método le ofrece al médico presentarse como un ser humano, mostrar sus ideas, sus sentimientos, y saltar de la objetividad (al hacer un diagnóstico, interpretando síntomas, signos, estudios de laboratorio, exploración física) a la subjetividad (compartir estados emocionales) alternando estos aspectos en su práctica médica (Yontef, 2005).

Aunque Yontef la utiliza como una herramienta del psicólogo, se puede utilizar en cualquier disciplina, con la responsabilidad de entenderla y la disposición de aplicarla.

En esta relación dialogal la persona se *da cuenta* poco a poco de ella misma, creando y ampliando su totalidad y resignificando su problema, la persona tiene que saber cual es la verdadera necesidad auténtica dominante de su organismo, tiene que saber cuál es su situación y como está en relación a ella, el médico debe aceptar la necesidad por la que la persona acude al servicio y respetarla.

A veces, él médico le da más importancia a un mal orgánico y atiende prioritariamente ese mal, atropellando alguna necesidad emocional de la propia persona, como dice Gómez (2006), hay que preguntar a la persona que es lo que merece más importancia en el momento (personas que acuden a atención primaria).

El darse cuenta tiene que desarrollarse en el aquí y ahora, el término del aquí y ahora es un elemento fundamental, sirve para centrar a la persona en el momento actual y no perderse en lo que fue (pasado) o debía ser (futuro). Yontef (2005) menciona que los corolarios del darse cuenta son:

1. El darse cuenta es eficaz cuando se basa en y energizado por la necesidad dominante de la persona.



2. El darse cuenta no está completo si no se conoce directamente la realidad de la situación y como está la persona en relación a ella, si la última está negada, el darse cuenta se distorsiona.
3. Siempre en el aquí y ahora de lo que es, energizando la figura principal según el actual interés y preocupación de la persona.

Este darse cuenta tiene que ver con estar en contacto con la situación más importante de la persona, y busca que la autorregulación se desarrolle, esto es, que la persona sea capaz por ella misma de salir adelante.

La relación dialogal tiene parte en la forma de contacto-alejamiento con el otro, cada persona es responsable de ella misma, sabiendo que su dialogo puede afectar al otro, que puede ser afectada ella misma o no, logrando conexión y separación y no aislamiento (pérdida de conexión) o confluencia (fusión o pérdida de separación).

Ante todo el profesional de la salud debe respetar la fenomenología de la persona y solamente ser un facilitador, la fenomenología es “una búsqueda de comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación, más que en la interpretación del observador” (Yontef, 2005).

La fenomenología que usa este autor se centra en un trabajo terapéutico, es una herramienta clínica que no emplea la hermenéutica, ya que en vez de interpretar se pregunta al otro a que se refiere cuando habla de un término en especial.

La disposición fenomenológica se refiere a dejar de lado nuestras ideas, conceptos preconcebidos, juicios de valor de lo relevante, para hacerlo, hay que reconocer estos elementos, para respetar la fenomenología de la otra persona no debemos excluir la información y descubrir que es lo importante para la otra persona.



El profesional de la salud debe ser un agente neutral, que comparte sus observaciones, no debe imponer un cambio por creer que es lo mejor para la persona, tiene que aceptar al paciente como algo que es y no algo que debería ser y en la forma de abordarlo se define mucho esta actuación, dejar las interpretaciones y trabajar con ejercicios más fenomenológicos, debe saber hacia dónde se encaminan sus técnicas y no solo hacerlas como algo espontáneo pues caerá en que la persona no las identificará como suyas. (Yontef, 2005).

Con el enfoque fenomenológico y el dialogo abierto, la persona se irá dando cuenta en su proceso y sus relaciones en el presente, lo que significará que sabrá qué está haciendo y cómo lo hace, que si sólo se optimiza un cambio y no se dan herramientas para un momento posterior.

Se debe hablar el mismo lenguaje que la persona ya que cuando se habla con tecnicismos se adopta un rol vertical, colocando a la persona como alguien inferior. El profesional puede esconder su ignorancia detrás de este disfraz, donde no se establece una relación verdadera. Algunas personas se escudan para no tener un dialogo vivencial con otro, son actores y realizan una actuación, el profesional que se apoya en el método dialogal en su relación yo-tú vive la experiencia con la otra persona con energía y gusto.

El lenguaje de procesos permite dimensionar el problema, centra a la persona en su situación determinada que está enfrentando justo aquí y ahora, muestra que su situación es sólo una parte de la vida y no la vida misma, por lo que es posible hallar una solución.

La relación yo-tú no ha alcanzado la difusión y popularidad del concepto de empatía, sin embargo es una opción que ofrece una mayor eficacia al ser incorporado a la práctica médica de una manera cotidiana.



Capítulo 7

DUPAM

Para Cardoso *et al.* (2004) el programa DUPAM: Diabetes un Programa de Atención Multidisciplinaria tiene como propósito:

Contribuir a consolidar la práctica multidisciplinaria en la FES Zaragoza mediante la formación profesional de futuros profesionales del área de la salud, para atender multidisciplinariamente un problema de salud, y para tal efecto, se eligió el problema de diabetes porque además de ser un problema de salud nacional, también se recomienda su atención desde un enfoque multidisciplinario.

En el DUPAM se ha implementado un programa multidisciplinario en el que participan prestadores de servicio social con sus respectivos asesores (profesores) de las carreras de medicina, odontología, psicología, enfermería, todos ellos pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (Cardoso y Figueroa, 2004).

Desde que el programa fue creado en 1993 se ha ido modificando y retroalimentando para consolidarse y ofrecer un modelo para la Atención Multidisciplinaria de la Diabetes, dicho modelo (figura 1, pág. 88) fue utilizado por nueve años logrando varios reconocimientos entre ellos destaca el Fondo para el Programa de Fortalecimiento y Consolidación



de Proyectos de Servicio Social Comunitario 2002, otorgado por SEDESOL, SEP, ANUIES y Fundación Ford con reconocimiento nacional (Cardoso *et al.*, 2004).

El modelo de Atención Multidisciplinaria ha tenido una transformación importante. Se ha modificado sustancialmente (figura 2, pág. 89) Actualmente el DUPAM se guía por este nuevo modelo¹.

Los dos modelos ofrecen un programa de intervención a las personas que acuden al servicio de la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, que se encuentra en Ciudad Nezahualcóyotl, esta clínica es de primer nivel de atención a la salud, o sea, su infraestructura está diseñada para ofrecer servicio a personas que no presentan complicaciones de la enfermedad.

En el programa se trabaja en un marco multidisciplinario donde la definición de multidisciplinaria empleada es la siguiente:

Interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva (Cardoso, 1999, p. 35-36).

Siguiendo esta definición de multidisciplinaria, el programa DUPAM se conforma de cuatro etapas (Cardoso *et al.*, 2004):

“En la primera se cubren tres condiciones que anteceden y son necesarias en la instrumentación del programa: un consenso sobre el concepto de multidisciplinaria, capacitar a los prestadores de servicio social que conforman el equipo en el manejo de la diabetes ofreciendo su visión del problema desde cada una de las disciplinas participantes y capacitar

1. El nuevo modelo es producto del proyecto Modelo orientador de la práctica multidisciplinaria en el área de la salud. UNAM-DGAPA-PAPIME, clave: PE300506, 2007. Los responsables del proyecto son Marco Antonio Cardoso Gómez, Javier Rivera Contreras y Gloria Marina Moreno Baena.



a los integrantes del equipo en el desarrollo de habilidades multidisciplinares.

Las tres condiciones anteriores se logran mediante la implementación del Programa de capacitación para desarrollar habilidades multidisciplinares para la atención de la salud.

En la segunda etapa se elaboran el marco conceptual multidisciplinario y el programa de intervención, el marco conceptual sirve como referencia para el programa de intervención y este último se diseña con base a estrategias de atención multidisciplinaria.

En la tercera etapa se aplica el programa de intervención, se da atención disciplinaria a las personas con diabetes tipo 2 según lo requieran, además en sesiones multidisciplinarias se analizan los obstáculos que cada persona presenta para lograr bajar los niveles de glucosa en sangre y se modifica el plan de intervención conforme a las necesidades de la persona, esto es, se ajusta el tratamiento a la persona y se retroalimenta el programa de intervención.

En esta etapa también se implementan sesiones grupales para las personas con diabetes como para sus familiares, entre ellas:

-Sesiones de sensibilización, en donde a través de un ejercicio imaginativo se le muestra a la persona que su vida sería más difícil si no se cuidara y tuviera las complicaciones de la enfermedad, sin tenerlas, y se le muestra también que la opción de cuidarse y no tener complicaciones de manera temprana es posible y además es una opción que está en sus manos.

-Sesiones de educación para la salud, pláticas acerca de la diabetes, las ideas erróneas acerca de la enfermedad, como cuidarse para prevenir complicaciones, por qué es importante la alimentación



adecuada, la actividad física, el control del estrés y la ingesta del medicamento, etc.

-Entrenamiento en relajación muscular, en donde a través de un ejercicio imaginativo se combinan técnicas de respiración y relajación muscular para disminuir niveles de estrés en las personas.

-Entrenamiento en ejercicio físico, la práctica grupal de ejercicios de bajo impacto les genera a las personas integrarse al grupo, la filosofía de los profesionales de la salud es no imponer esta actividad, sino invitar a la gente a hacerla.

-Modificación de percepciones de la enfermedad que obstaculizan los beneficios del tratamiento, entre ellas como ver a la diabetes, como una enemiga que nos dificulta la vida o al contrario como una amiga que nos ayuda a vivir mejor con una glucosa controlada.

-Ejercicios vivenciales, donde se identifican y recuperan los recursos psicológicos de las propias personas, que les han ayudado a mantener su glucosa controlada, las que han logrado llegar a esta situación.

Cada una de las actividades anteriores cumple una función para que el tratamiento de la diabetes tipo 2 se lleve a cabo, se tiene que ver este plan de intervención en su conjunto y no ser rígido al pretender apreciar los beneficios de cada actividad por separado.

Este trabajo se incluye en el plan de intervención, ya que no se contaba con una estrategia para comunicar diagnósticos de diabetes tipo 2 y esta propuesta viene a formalizar esta tarea.

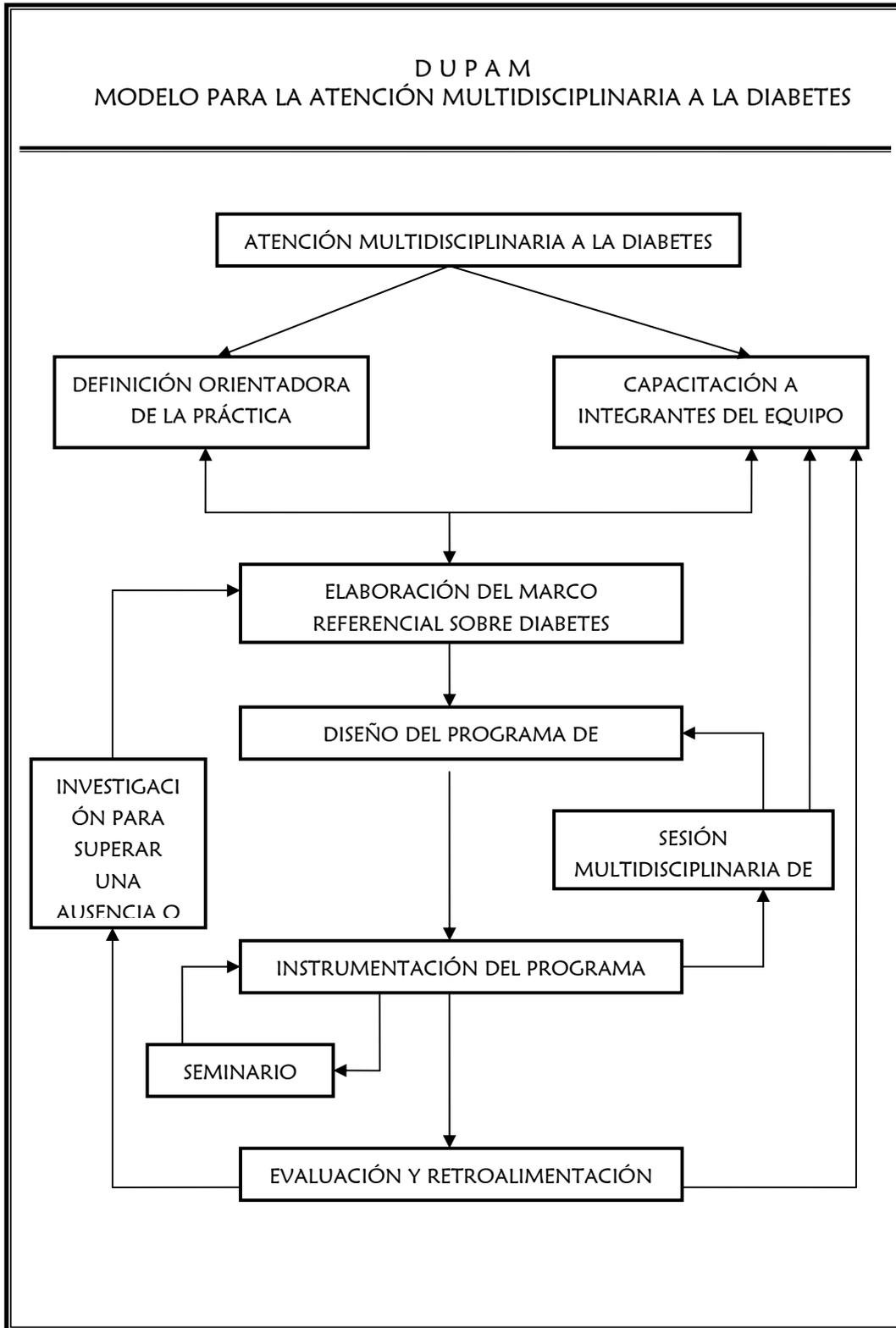
Asimismo los prestadores del servicio social actualizan sus conocimientos sobre el manejo de la diabetes mediante el seminario permanente y también reciben supervisión para revisar el tratamiento y



evolución de las personas que atienden y asesorías para resolver dudas teóricas o técnicas que implementan en su práctica.

Por último en la cuarta etapa comprende la evaluación y retroalimentación, la primera se efectúa entre asesores y prestadores de servicio social y entre asesores, prestadores de servicio social y personas atendidas, ambas se realizan en tiempos diferentes y se complementan entre sí, en ella se evalúa en cada persona atendida: sus niveles de glucosa en sangre, el estado bucal, la situación emocional y familiar. Además, se revisa el tratamiento aplicado, tanto disciplinario como multidisciplinario, y la instrumentación general del programa.

La retroalimentación se obtiene a través del análisis de la información obtenida en estas actividades, los asesores retroalimentan tanto al programa de capacitación, en particular, como al DUPAM en general.



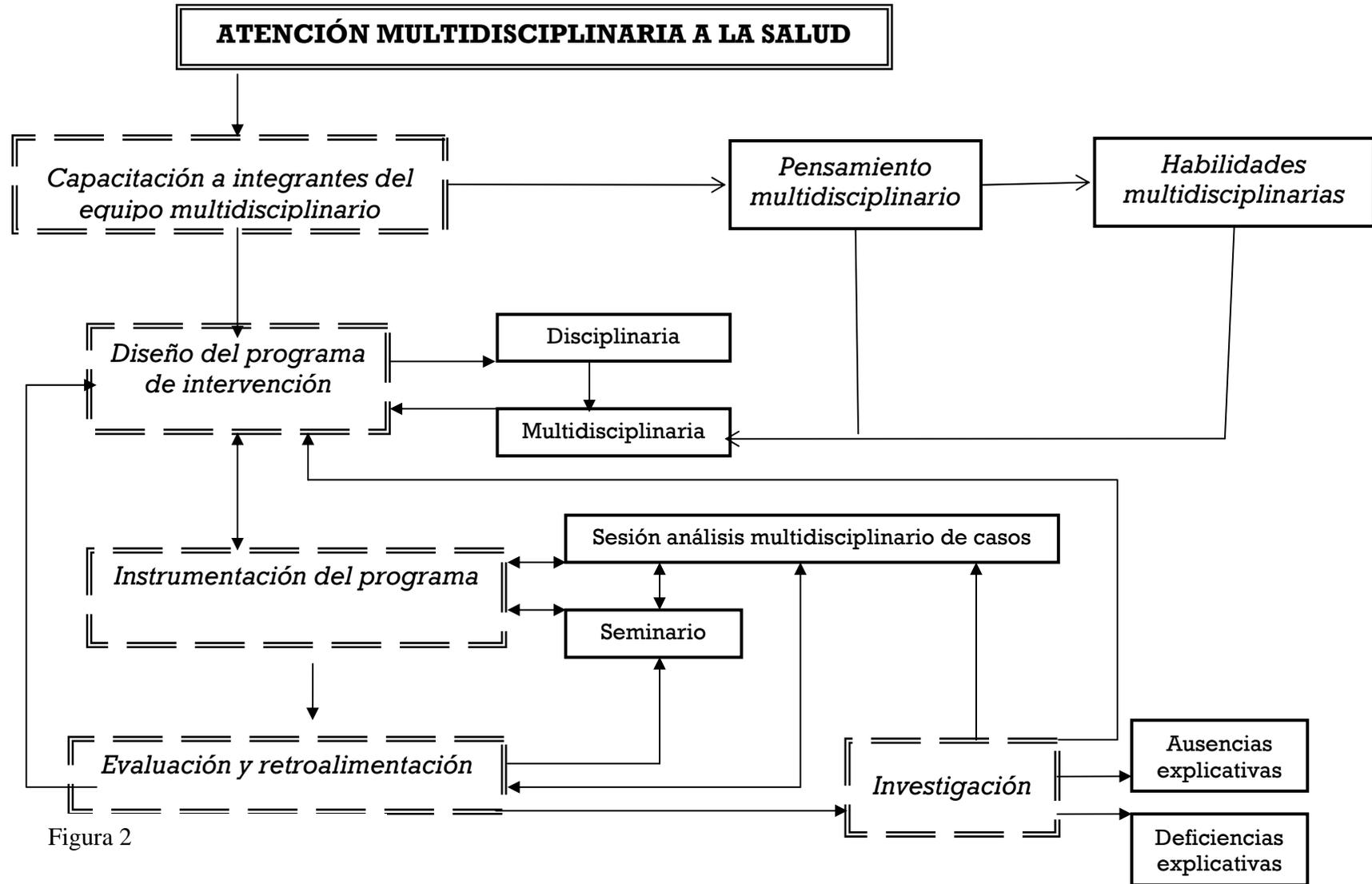


Figura 2



METODOLOGÍA

La presente tesis tiene como propósito apoyar al médico y a los profesionales de la salud del DUPAM cuando en su ejercicio profesional comunican el diagnóstico de diabetes, pero sobre todo este trabajo va dirigido para que las personas se beneficien en cuanto al trato que reciben de su médico.

Mediante la aplicación de los conocimientos que adquirió del programa para comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2 que se encuentra más adelante, el médico favorece la aceptación de la enfermedad y logra una persistencia en el tratamiento, el programa parte de los conocimientos propedéuticos adquiridos durante su formación médica, incorpora los elementos orientadores para dar malas noticias y la aplicación de dinámicas vivenciales para adquirir los elementos del método dialogal para manejar estados emocionales.

Hipótesis

Al transmitir el diagnóstico de diabetes, la aplicación de los elementos orientadores para transmitir malas noticias y el manejo de los estados emocionales mediante el método dialogal, coadyuva a las personas a la aceptación del diagnóstico y favorece la persistencia al tratamiento.



Objetivos

1. Capacitar al médico en la aplicación de: los elementos orientadores para transmitir malas noticias y el método dialogal para manejar estados emocionales, cuando se transmita un diagnóstico positivo de diabetes, o para preparar a la persona para recibir un posible diagnóstico de diabetes.
2. Conducir a las personas a la aceptación del diagnóstico por medio de la preparación del discurso y confrontación de sus ideas al diagnóstico de diabetes.
3. Promover en el enfermo acciones dirigidas a la consecución del control de la diabetes.

Población

- 1 médico del DUPAM.
- Este trabajo estuvo abierto a todas las personas que llegaran al servicio del DUPAM y por su situación fueran candidatas a recibir la comunicación de saberse personas con diabetes tipo 2, en este programa frecuentemente las personas acuden porque ya se saben diagnosticadas y son escasas las que acuden sin saberse con diabetes, sin embargo se manejaron dos casos que no presentaron patologías agregadas, el del señor Edgardo y el de la señora Mirna (ambos nombres fueron cambiados para dar anonimato), en el primero se favoreció a que el señor aceptara su enfermedad y persistiera en el tratamiento, para la señora Mirna los resultados no fueron favorables ya que ella con su experiencia previa ha continuado en la negación de su enfermedad y se muestra reacia a seguir un tratamiento que considera no necesita.



Escenario

La Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la FES Zaragoza, UNAM.

Procedimiento

Fase 1. Elaboración del programa de capacitación

- Revisión bibliográfica de conocimientos propedéuticos médicos.
- Identificación de los elementos orientadores para comunicar malas noticias.
- Creación y recopilación de dinámicas vivenciales para transmitir el método dialogal.

La validación del programa se hizo mediante el método de juicio de expertos, los cuales fueron profesionales expertos en el tema y con experiencia en el manejo de las personas con diabetes tipo 2.

Fase 2. Capacitación

La capacitación se aplicó al médico del programa DUPAM mediante lecturas dirigidas, se discutieron los conocimientos propedéuticos adquiridos durante la formación profesional, así como, los elementos orientadores para dar malas noticias.

También se aplicaron ejercicios vivenciales, para adquirir los elementos que contiene el método dialogal y aplicarlos al manejar estados emocionales, en estos ejercicios a veces se contó con la participación de otros profesionales de la salud inscritos al programa DUPAM que dieron apoyo para que las dinámicas fueran realizadas.



Fase 3. Manejo de los estados emocionales

Con la finalidad de verificar el impacto del programa, la entrega del diagnóstico se realizó en tres etapas:

- a) Entrega de diagnóstico o preparación de la persona cuando se sospecha el diagnóstico positivo.
- b) Incorporar al DUPAM, a las personas que se les entregue el diagnóstico de diabetes y brindarles tratamiento especializado para el manejo y control de su enfermedad, mediante consultas disciplinarias en medicina, psicología, odontología, enfermería y nutrición, y sesiones multidisciplinarias especializadas en educación para la salud (programa Cuidados para la Salud), modificación de percepciones culturales (programa Diabetes Una Oportunidad a la Vida) y desarrollo de habilidades para persistir en el tratamiento médico mediante la recuperación de sus experiencias personales y la creación de capacidades (programa Arqueología Vivencial).
- c) Seguimiento y evaluación del tratamiento para el manejo y control de la diabetes. Se realizó mediante la triangulación del manejo de los estados emocionales generados durante la entrega del diagnóstico, con la evaluación de registros sistemáticos en la ingesta de alimentos, incremento de la actividad física, el control del estrés, la toma del medicamento y con la prueba de laboratorio hemoglobina glucosilada.

Evaluación

Se filmó una consulta cotidiana, posterior a la capacitación, al médico y a los pacientes del DUPAM cuando el primero comunicó el diagnóstico de diabetes tipo 2. Esta filmación permitió observar el comportamiento y disposición del médico.



Se aplicó una entrevista semiestructurada al médico al final de la capacitación acerca de los conocimientos y habilidades adquiridas para comunicar malas noticias y manejar estados emocionales en base a los elementos orientadores y la utilización del método dialogal.

También se aplicaron entrevistas semiestructuradas a las personas que se les comunicó su diagnóstico, adquiriendo por medio de la fenomenología sus impresiones acerca de su experiencia cuando el médico comunicó el diagnóstico de diabetes tipo 2.

Programa para comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2

La primera parte corresponde a la identificación de los conocimientos que el médico adquiere en su formación y que se dan por aceptado que los tiene (en un grado mayor o menor y que desarrollará potencialmente),

En la segunda parte se consideran los conocimientos que corresponden a incluir los elementos orientadores para dar malas noticias, considerando que la comunicación del diagnóstico de diabetes es una mala noticia.

Y en la tercera parte del programa se aplican dinámicas vivenciales para asimilar los conocimientos que exige interactuar en una relación yo-tú con las personas enfermas a través de un método dialogal para manejar los estados emocionales de las personas cuando se les comunica que tienen diabetes.



PRIMERA PARTE

Estrategias y habilidades teóricas aprendidas durante la formación médica

- Conocimientos médicos, técnicas psicomotoras y actitudes positivas a crear una relación médico-paciente, existentes en la cultura particular, adquiridos del estudio de las fuentes de información médica.
- Conocimientos suficientes para elaborar una historia clínica, hacer una exploración física adecuada, elaborar un diagnóstico, ofrecer un pronóstico y tratamiento.
 - Cuidar el primer contacto, demostrar puntualidad, dinamismo, cortesía y deseo de ayudar.
 - Prestar atención a la persona enferma, no sentir estar en otro lado.
 - Cuidar su ambiente de trabajo, el espacio libre de interrupciones, limpio, eliminar distractores.
 - Cuidar la distancia que se adopta entre médico-enfermo, ofrecer un acercamiento libre de barreras.
 - Cuidar su atuendo, debe ser limpio, conservador, usar una bata blanca y portar gafete si lo hubiere.
 - Dar un recibimiento adecuado, saludar por su nombre, presentarse con el suyo, extender la mano, evitar eufemismos, usar nombres de pila cuando exista confianza usando el criterio.
 - Ofrecer comodidad al paciente, preguntar si necesita algo antes de la consulta (si necesita orinar, etc.).



- Preguntar si desea que alguien más permanezca en la habitación, ya sea otro clínico que le atiende, o su familia que le acompaña.
- Mostrarse interesado en su caso, prestar toda su atención, parecer calmado aunque no exista suficiente tiempo para dedicar al paciente.
- Disposición a abordar las preocupaciones del paciente y responder a sus preguntas.
- El lenguaje a utilizar debe ser apropiado al paciente y comprensible, se debe evitar el uso de tecnicismos.
- Atender los mensajes no verbales que está comunicando por medio de su lenguaje corporal.
- Saber guiar la entrevista clínica, dejar que la persona refiera el motivo de la consulta espontáneamente y utilizar las técnicas siguientes:
 - Facilitación: Cuando mediante las posturas, acciones, palabras, se alienta al paciente a proporcionar más detalles.
 - Reflexión: Consiste en una repetición de las palabras del paciente que lo incitan a que refiera más detalles.
 - Clarificación: Para comprender mejor las palabras del paciente que resultan ambiguas se le pide una aclaración.
 - Respuestas empáticas: Demostrar entendimiento o aceptación por las sensaciones vergonzosas expresadas por el paciente, provoca que éste, se sienta más seguro y se anime a continuar.
 - Confrontación: Demuestra ciertos detalles acerca de las propias palabras o comportamientos de los pacientes.



- Interpretación: Incluye una inferencia, más que una simple observación.
- Interrogatorio acerca de los sentimientos: Puede preguntársele al enfermo simplemente cómo se siente, o se sintió, respecto de ciertos síntomas o sucesos.

También debe desarrollar:

- Interés: Cuando se interesa uno por el otro como persona y no como un “caso” de enfermedad.
- Aceptación: Cuando se acepta al otro sin condición alguna. Libre de juicios, no es una aprobación obligada, pero se debe ser tolerante y comprensivo.
- Cordialidad y empatía: El tratar de compartir en verdad las experiencias de la otra persona tratando de acercarse a los demás.
- Flexibilidad: Dar oportunidad al paciente de abordar su problema real, y aceptar esa necesidad.
- Disposición a abordar las preocupaciones del paciente y responder a sus preguntas.
- Capacidad de escucha, centrarse en las necesidades del paciente y no en las propias.

SEGUNDA PARTE

Elementos orientadores al dar malas noticias para comunicar un diagnóstico de diabetes a la persona enferma

- Estar absolutamente seguro, no afirmar un diagnóstico hasta concluirlo.



- La persona tiene derecho a conocer su situación, hay que informar la verdad de manera gradual y no hacerlo solo en las excepciones del privilegio terapéutico y cuando la persona rechace su derecho.
- Saber que informar una mala noticia es un acto humano
- Dar la adecuada información es un acto ético, la persona decidirá por ella misma y con ayuda del médico su tratamiento.
- Saber que no existe una fórmula para comunicar la mala noticia del diagnóstico de diabetes, pero su experiencia profesional y habilidades de comunicación le ayudarán a hacerlo.
- Indagar lo que el enfermo sabe, comprender como será para él padecer la enfermedad, como cree que cambiará su vida en el presente, en el presente inmediato y futuro.
 - Atender a los mensajes verbales de la persona enferma, lo que contienen sus palabras.
 - Atender a los mensajes no verbales, como la posición del cuerpo, postura, rigidez o soltura del cuerpo, etc.
 - Integrar los dos tipos de mensajes para detectar discordancias.
- Tener presente la información que le llega a la persona enferma acerca de la diabetes, su origen, evolución y tratamiento por otros canales, medios, conductas, ya sea de otros profesionales, familiares y propios.
- Averiguar lo que la persona quiere saber, dando oportunidad de preguntar qué quiere saber y a qué ritmo.
- Averiguar lo que la persona está en condiciones de saber, si la persona está capacitada para informarle la verdad.



- Dar la oportunidad de preguntar, ya que a veces hay factores que dificultan esta acción, en lo general hay que contestar las dudas de la persona hasta que quede satisfecha.
- Ofrecer la atención médica, comunicar el estar para ayudarle a ella y su familia en el momento que desee.
- Hacer saber que la persona es importante para el médico.
- No discutir con la negación, saber que es un mecanismo para adaptarse a situaciones dolorosas.
- Distinguir la negación de la desinformación o ignorancia.
- Aceptar los procesos ambivalentes, aunque la persona esté enferma puede pensar en curarse alimentando la esperanza y la fantasía aunque el pronóstico indique lo contrario.
- Utilizar un lenguaje sencillo, rectificar la idea que se tiene de la enfermedad aclarando creencias erróneas.
- No establecer límites y plazos, si le es solicitado hacerlo es conveniente decir la verdad: no lo sé con exactitud.
- El acto de informar la mala noticia es gradual, hay que evitar dar demasiada información en el primer encuentro.
- Darse cuenta de la reacción del enfermo.
- Respetar las pautas y el ritmo que marca la persona enferma.
- Manejar siempre una verdad soportable para la persona enferma, no la incomodidad del médico.
- Matizar la comunicación del grado de enfermedad dependiendo de la reacción de la persona enferma.
- No mentir a la persona enferma, ya que si se da cuenta se pierde la confianza en la relación.



- Decir la verdad, en la medida que sea adaptada, escalonada y respetuosa.
- No es necesario decir la verdad total y absoluta.
- Tener en cuenta la amnesia post-información, después de la comunicación del diagnóstico de diabetes y dar seguimiento lo más rápido posible.
- No quitar la esperanza, es obligación respetarla hasta casi el final de la muerte clínica.
- Percatarse que existen otros tratamientos alternativos que ofrecen fe en el tratamiento, un trato humano, amor y amistad, interés por la persona y no por su enfermedad.

TERCERA PARTE

Elementos del método dialogal

Cuando se le pregunta a un profesional acerca de un concepto éste responde de acuerdo a su conocimiento, como lo aplica en su trabajo diario. A nuestra manera de concebirlo, la mejor manera de aprehender algo es conocer y vivenciar en lugar de sólo aprender el concepto abstracto.

Las siguientes dinámicas abordan los elementos del método dialogal como son:

A) el Darse cuenta, B) Identificación de necesidades dominantes, C) Contacto-alejamiento, D) Relación Yo-Tú, E) Fenomenología, F) Lenguaje apropiado, que le ayudarán al médico y a cualquier profesional de la salud para interactuar como un ser humano, compartir sus



sentimientos e ideas; así como manejar los estados emocionales de la persona enferma.

El darse cuenta a su vez se subdivide en: Zonas del darse cuenta, Exploración del darse cuenta, Enfocar y concentrar, Generalizando, Selección, Eludiendo y evitando, Agradable-desagradable, y Proceso.

A) El darse cuenta

Desarrollo:

El psicólogo menciona a los participantes las tres zonas del darse cuenta como preámbulo:

Para Steven (2006) el darse cuenta comprende tres zonas:

El darse cuenta del mundo exterior, el contacto sensorial actual con objetos y eventos en el presente: puede ser lo que en este momento veo, palpo, toco, escucho, degusto o huelo.

El darse cuenta del mundo interior, contacto sensorial actual con eventos internos en el presente: lo que ahora siento desde debajo de mi piel, escozor, tensiones, movimientos, manifestaciones físicas de los sentimientos y emociones, sensaciones de molestia, agrado, etc.

Los dos darse cuenta descritos con anterioridad abarcan la realidad presente acerca de lo que puedo saber de ella, y como la vivencio. En el terreno de la experiencia personal los datos son únicos, independientemente de lo que piense la persona o lo que otros piensen acerca de determinada cosa, el darse cuenta ocurre.

El tercer darse cuenta es el que contiene la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticipar el futuro, etc., el pasado existe tan solo como parte de la realidad presente, la idea del futuro también es una ficción irreal. El pasado y el futuro son



conjeturas acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presagiamos que seguirá. Y todo esto ocurre ahora.

Para comprender mejor el darse cuenta se hace un ejercicio vivencial con el médico para explorar su propio “darse cuenta” (tomado de Steven, 2006):

Le pido que explore su darse cuenta y que se percate de sus características, dese tiempo para descubrir hacia donde va. Dígase a sí mismo: “Ahora me doy cuenta de” y finalice la frase con aquello de lo cual se está dando cuenta en ese momento. En seguida dese cuenta si eso es algo de afuera, interior o una fantasía...* ¡Hacia dónde se dirige su darse cuenta?...¿se da más cuenta de cosas fuera de su cuerpo, o de sensaciones debajo de su piel?... Dirija ahora su darse cuenta al área de la que esté dándose menos cuenta, exterior o interiormente, y dese más cuenta de ello... ¿Hasta qué punto está ocupado con fantasías, pensamientos o imágenes?... Note que mientras esté ocupado con un pensamiento o imagen, su darse cuenta de la realidad exterior o interior decae o aún desaparece... Si tan sólo puede aprender categóricamente la distinción entre una fantasía y la realidad de su experiencia actual, podría dar un paso a la simplificación de su vida.

Enfocar y concentrar

Continúe experimentando con su darse cuenta y dese cuenta que su “darse cuenta” es como un reflector: Sea lo que usted enfoca su atención se vuelve nítido, claro, pero otras cosas y eventos tienden a desaparecer de su conciencia. Si le pido que tome conciencia de lo que oye, probablemente pueda oír una gran cantidad de sonidos y ruidos diferentes... y mientras usted hace eso está casi completamente alejado

* (... los tres puntos significan una pausa)



de lo que siente en sus manos... Su capacidad de darse cuenta se vuelve muy rápidamente de una cosa a otra pero tan sólo puede darse cabalmente cuenta de lo que sea que esté en el foco de su darse cuenta en ese momento. Dese algún tiempo ahora para darse cuenta de cómo concentra su capacidad de darse cuenta y qué entra en el foco de su alerta...

Generalizando

Note cuándo comienza a generalizar, como por ejemplo cuando dice: “Ahora me doy cuenta de toda la pieza” o “escucho todos los sonidos”. El darse cuenta es más focalizado y está más localizado. Preste atención a su darse cuenta nuevamente. Si nota que está generalizando vuelva su atención sobre el foco de su darse cuenta en el momento presente, y vea con que pueda ponerse en contacto real y claramente.

Selección

Note ahora de qué tipo de cosas y eventos se da cuenta. De todos los millones de experiencias posibles para usted en cualquier momento solo una pequeña cantidad emerge actualmente en su alerta.

Eludiendo y evitando

La selección ahora es un modo de no enfocar sobre algo más: una manera de evitar y excluir ciertas experiencias. Preste nuevamente su atención sobre su darse cuenta y luego de percatarse de algo, acompáñelo diciendo “y deje fuera” y termine la frase con algo que haya omitido antes. Haga esto durante unos pocos minutos y tome conciencia de lo que está omitiendo... ¿Qué clase de cosas omite usted?...



Siempre hay cosas que no están en el foco de su darse cuenta, puede descubrir cuáles son, notando de qué no se está dando cuenta. Ahora mismo, ¿de qué no se está dando cuenta?... Intente dirigir su darse cuenta sobre aquellas cosas que no están en el foco de su alerta en ese momento y dese algún tiempo para tomar contacto con ellas y darse cuenta de ellas... Dígase a si mismo ahora: “Ahora mismo no me estoy dando cuenta de” y complete la frase con algo de lo que no se esté dando cuenta en ese momento. Mientras hace esto aquí y ahora de algo de lo cual no se estaba dando cuenta un momento antes. Quédese con la experiencia un rato y vea qué más puede descubrir...

Agradable-desagradable

Note si su darse cuenta es agradable o desagradable para usted... ¿Qué diferencia nota entre el darse cuenta de algo desagradable o agradable?... ¿Permanece su alerta más tiempo en uno u otro?... ¿Se da menos cuenta de los detalles de uno u otro?... ¿Hay alguna pauta o similitud entre lo que vivencia agradable o desagradable?... Continúe así un rato y aprenda más de cómo difiere su capacidad de darse cuenta de experiencias agradables o desagradables...

Proceso

Nuestro lenguaje tiende a estructurar el mundo como un montón de cosas que ocasionalmente cambian, ver el mundo como un conjunto de procesos y acontecimientos siempre cambiantes es más difícil y también casi siempre es más válido y útil. Continúe prestando atención al fluir de su darse cuenta y manifieste su conciencia en términos de procesos, por ejemplo: en vez de decir “siento una tensión”, diga “me siento tenso”, en vez de decir siento una brisa diga “Siento el aire soplar suavemente por



sobre el brazo”. Tómese cierto tiempo para contactar el flujo y el proceso circundante.

B) Necesidades dominantes (el rosal)

Desarrollo:

Para comprender cuál es la necesidad auténtica de la persona es necesario trabajar las necesidades propias, para ello se aplicó la dinámica del rosal (tomada de Steven, 2006).

Póngase cómodo, si es posible tendido de espaldas, cierre los ojos y tome conciencia de su cuerpo...Aleje su atención de hechos externos y dese cuenta de lo que está sucediendo dentro de usted...Percátense de cualquier incomodidad y vea si puede lograr una posición más confortable...Dese cuenta de cuales partes de su cuerpo emergen de su conciencia...y cuales partes de su cuerpo parecen vagas e indistintas...Si se da cuenta de una parte tensa de su cuerpo, vea si puede soltar la tensión...Si no, trate de tensar deliberadamente esa parte, a fin de ver cuales músculos están tensados...y luego, vuelva a soltar...Ahora centre su atención sobre su respiración...Dese cuenta de todos los detalles de su respiración...Sienta el aire penetrar por su nariz o boca...Siéntalo bajar por su garganta...y sienta su pecho y su vientre moverse mientras respira...Ahora dese cuenta de cualquier pensamiento o imágenes que entre en su mente...sólo dese cuenta de ellos...¿Qué son y como son?...

Ahora imagine que usted es un rosal y descubra como es ser un rosal...Sólo deje desarrollarse su fantasía sobre si misma y vea que puede descubrir acerca de ser un rosal...¿Qué tipo de rosal es usted?... ¿Dónde está creciendo?... ¿Cómo son sus raíces?... ¿En que tipo de



suelo está enraizado? Vea si puede sentir sus raíces creciendo en la tierra... ¿Cómo son su tronco y sus ramas?... Descubra todos los detalles de ser este rosal. ¿Cómo se siente siendo este rosal?... ¿Cómo son sus alrededores?... ¿Qué experimenta y qué le sucede cuando cambian las estaciones?... Continué descubriendo más detalles de su vida siendo este rosal, ¿cómo siente su vida y qué le sucede?...Permita que su fantasía continúe por un momento...vivenciando lo que usted necesita como rosal.

Ahora tome conciencia de sí mismo, de su mano, sus brazos, sus pies y piernas, de todo su cuerpo y abra los ojos en el momento que usted quiera.

Ahora le pido que nos relate su experiencia de ser un rosal, quiero que lo relate en el presente en primera persona, ejemplo: soy un rosal..., tengo ramas...estoy en... etc.

Se extenderá este ejercicio a la vida del participante y se le preguntará, ¿cómo te sientes?, ¿Cómo persona que necesitas en este momento? Y se hará una comparación de las necesidades como rosal.

Además de la reflexión de que en la práctica profesional las personas enfermas tienen necesidades diferentes y que hay que averiguarlas para no imponer las nuestras.

C) Contacto alejamiento (Conociéndose como profesional)

Desarrollo:

Se hace un equipo de dos personas, se incluye al médico del programa y a un profesional del DUPAM como apoyo, a una se le vendan los ojos y se le pide a su compañero que lo guíe a lo largo de una travesía de diez



minutos en donde le mostrará los diferentes objetos, tratándole de explicar que son, con la condición de que está prohibido hablarle.

Después se invierten los papeles, y la persona que guió se convierte en guiado.

Se pregunta acerca de las impresiones, que sintieron en el viaje, les agrado o no, qué les agrado más, qué menos: el guiar o el ser guiado, como se comportaron cuando los llevaban, que pensaban, que sintieron.

Y como influye está respuesta que dan en el momento de estar frente a una persona profesionalmente (paciente), ¿se comportan igual?, ¿Qué les gusta más? ¿El guiar?, ¿Les gusta ser guiados?, ¿Cómo contactan a la otra persona?, ¿Y qué tanto lo hacen? Ese control que ejercen frente al paciente piensan ¿Es en todo benéfico?, ¿Si ellos se convirtieran en pacientes les gustaría recibir ese mismo trato?, Como cambia si fuera un familiar o ser querido.

¿Qué les deja esta experiencia?

D) Relación Yo-Tú

Desarrollo:

Explicar la relación Yo-Tú abordando las siguientes ideas:

El Yo siempre es el Yo del Yo-Tú o del Yo-Ello, el Yo en la relación Yo-Tú se refiere al “tú”, la otra persona es directamente interpelada como persona.

La actitud del Tú significa que la otra persona es merecedora de respeto y no se le trata como un medio para otros fines.

Una persona puede unilateralmente tratar a otra con una actitud Yo-Tú, pero la forma más elevada del Yo-Tú es entre dos personas, cada una refiriéndose al “tú”.



Cuando nos relacionamos con la actitud-Yo-Tú, esperamos que se desarrolle un Tú mutuo y completo.

El Yo-Tú es una forma de contacto. En el aislamiento no hay contacto, en la confluencia (aceptar al otro sin condición alguna) no hay separación e independencia porque la igualdad elimina cualquier apreciación de diferencia.

Aunque las dos personas tengan una actitud Yo-Tú, puede ser que la relación no esté completa aún por que no se ha alcanzado reciprocidad.

E) Fenomenología

Desarrollo:

Se facilita al médico y a otro profesional del DUPAM, que sirve como apoyo, una lámina que presenta una escena con personajes en situación ambigua (por ejemplo alguna lámina del Test de Apercepción Temática de Murray, excepto la última que es blanca), se les pide que la observen detalladamente y que describan lo que contiene escribiéndolo en un papel.

El psicólogo observará en sus descripciones las apreciaciones objetivas que fueron solicitadas y las que se lograron filtrar sin que ellos se dieran cuenta, las subjetivas que muchas veces contienen prejuicios, estereotipos, ideas, juicios de valor, etc., y que éstas influyen sin que nos demos cuenta en el trato con los demás.



F) Un lenguaje apropiado

Desarrollo:

Primera etapa de la sesión

Un caso dónde el profesional de la salud empleó un lenguaje no apropiado hacia la persona enferma.

Segunda etapa de la sesión

Se forman un equipo de dos personas, se incluye al médico del programa y a un profesional del DUPAM como apoyo, los cuales se diferenciarán en a y b, se trabajará con información con la que no estén relacionados, puede ser por ejemplo en informática, donde se les pedirá transmitir un diagnóstico del estado actual de una computadora, haciendo hincapié en que cuando no manejamos información de nuestra área, por sencilla que parezca, muchas veces no la comprendemos totalmente.

Después se discutirá el tema ligado a la información que manejamos frente a las personas en nuestro diario quehacer profesional, ¿es suficiente?, ¿se lo acercamos de forma sencilla?

¿Qué se llevan de la sesión?



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se presentan algunas habilidades que el médico reportó ya tener para atender a una persona, diagnosticar la diabetes tipo 2, comunicar ese diagnóstico y recomendar un tratamiento médico, sumado a habilidades que pudo incorporar a su práctica motivo de la capacitación de este trabajo, ya sea en la comunicación de la enfermedad y en las respuestas emocionales que la gente pudo tener. Se presentan también dos experiencias de personas a las que se les comunicó el diagnóstico de diabetes tipo 2, el caso del señor Edgardo, cómo fue su transición para lograr bajar sus niveles de glucosa en sangre y el caso de la señora Mirna que ya había tenido una deficiente comunicación de diagnóstico anterior a la nuestra, la cual condicionó su respuesta. En los dos casos se presentan también los registros de glucosa en sangre para dar una idea más clara de sus procesos. Además se incluyen los beneficios que este trabajo aportó para las personas.



Estrategias y habilidades aprendidas durante la formación médica

El médico del DUPAM menciona que la formación que él recibió en la carrera es muy intensa, *por lo general son conocimientos que debo condensar en un tiempo breve durante la consulta para hacer un diagnóstico y recomendar un tratamiento*, considera que a él le enseñaron a ver a las personas de una manera humana, esto es, *que la persona sienta que lo estás apoyando, es entenderla y que la persona tenga la suficiente confianza en ti para llevarlo a un tratamiento, si le demuestras que lo apoyas, que estás con ella, que la orientas y le enseñas, es más fácil tener un tratamiento*.

Comenta que el hacer un diagnóstico de diabetes tipo 2 es simple y que no conlleva ningún problema, *los criterios ya están establecidos en la Norma Oficial Mexicana, nosotros como médicos hacemos una historia clínica, tenemos en cuenta la demanda de la persona, el por qué fue a consulta y hacemos una exploración física para detectar síntomas y signos, tenemos en cuenta los factores de riesgo que predisponen a la persona a desarrollar diabetes, más los síntomas y signos, complementados con estudios de laboratorio podemos establecer un diagnóstico de diabetes tipo 2*.

Para él, las personas acuden a consulta muchas veces a que le quiten el dolor, *te dicen –¿sabes que?, quítame el dolor y no me interesa nada más-, con los medicamentos se puede quitar el dolor físico, pero no el dolor emocional*, sabe que el médico representa una figura de autoridad y sanación, *con el hecho de hablar con la persona, ésta se siente bien, se le olvida por un momento que se siente mal, siempre se*



debe buscar un equilibrio para quitar las molestias pero también el sufrimiento emocional.

Para él, el médico debe dar una atención de calidad, para eso se debe tener una buena comunicación para fortalecer la relación médico-paciente, cuando se logra es porque ya lograste la confianza de la persona y esto te ayuda para que ella exprese libremente sus ideas y sus dudas, así logras atenderla íntegramente.

Otras herramientas que él usa para atender son la seguridad de lo que se hace frente a la persona, no engañarla y decirle algo que no sea cierto, así como irle informando su situación ya que debe conocer como se encuentra y que procedimiento le sugerimos tomar, otra una herramienta útil es el uso del lenguaje apropiado y también no establecer plazos y probabilidades ya que te pueden hacer caer en contradicciones.

La empatía también es una herramienta que usa para interactuar con su paciente, en ella reúne la experiencia médica y las habilidades de comunicación, es el ponerte en el lugar de la persona, a mí una vez en el hospital me dijeron, te gustaría que te estuvieran picando, te gustaría sentir dolor, entonces lo mismo que haces como doctor, piensa que te lo hacen como paciente, es pensar en lo que quieres y no quieres que te hagan.

Estrategias aprendidas por el médico a través de la capacitación para comunicar malas noticias y manejar estados emocionales con el método dialogal

El médico del DUPAM pasó por una capacitación, esto es, un proceso que destacó la importancia de comunicar el diagnóstico de diabetes tipo 2 sin generar procesos negativos que evitaran la consecución del



tratamiento médico, incorporó y fortaleció herramientas que le permitieron comunicar malas noticias y manejar estados emocionales para favorecer la aceptación de la enfermedad de la persona con diabetes, con esto evitó que el impacto del diagnóstico se volviera adverso y desfavorable para ella en esta situación.

La multidisciplinaria es el eje mediante el cual se basa el programa DUPAM *en él a las diferentes áreas se les enseña a trabajar de manera unida, es de suma importancia que diversas disciplinas enfrentemos este problema de salud de manera conjunta, aprendamos el médico, psicólogo, la enfermera, la odontóloga a trabajar cohesionadamente.*

La participación de cada profesional es igual de importante para atender a las personas, *cada disciplina tiene delimitada su participación dentro de un objetivo específico.*

El rectificar las ideas erróneas que la persona tiene hacia la enfermedad también es una actividad importante y regular dentro del programa, *está diseñado para informar a las personas con diabetes desde diferentes disciplinas, se aclaran sus ideas, como la creencia de que la insulina causa ceguera.*

El trato médico hacia la persona enferma desde el inicio de la consulta también fue un aspecto fortalecido, *me di cuenta que todo empieza desde que uno abre la puerta del consultorio y le dice buenos días, la atención que le pones, el no escribir cuando está hablando, todo eso influye porque la persona está muy atenta a todo lo que haces, igual uno debe estar atento a lo que la persona dice y hace, estrechar la mano al principio de la consulta, que por muy pequeño que parezca es necesario y ayudan a nuestro paciente.*



El hacer sentir a la persona enferma acompañamiento en su padecimiento es también necesario y ayuda al paciente, *el simple hecho de darle una palmada de aliento en la espalda, de que va a estar bien, de que le transmitimos que estamos con él, eso le ayuda mucho, claro, siempre y cuando sea verdad.*

Dentro de la comunicación del diagnóstico es indispensable conocer qué sabe la persona de su enfermedad y además qué quiere saber con respecto a ella, *sirve para identificar con claridad qué es prioritario para el paciente, porque nos ayuda a descubrir como ve su problema, fundamentalmente cuan grave considera que está y ver de qué modo ve afectado su futuro, al indagar esto, nos damos cuenta del grado de comprensión de su situación media, sus características culturales y los aspectos emocionales.*

El graduar la información y no discutir con la negación es considerar los procesos de la persona, *el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier propuesta de tratamiento ofrecido, es valorar sus respuestas y considerarlas.*

Otro proceso que identifica es tomar en cuenta la amnesia post-información, *a veces cuando se da el diagnóstico, la persona en ese momento no está capacitada para recibir la información y sólo logra identificar las palabras más drásticas que detectó en tu diálogo, por eso es bueno dar la información en dosis pequeñas y preguntar frecuentemente lo que entendió.*

La esperanza es un aspecto que el médico toma en cuenta, *en el caso de la diabetes hay que comunicar claramente que es una enfermedad crónica progresiva y de no atenderse a tiempo llegaran las complicaciones, no se trata de quitar la esperanza, es simplemente*



hablar con la verdad considerando la evolución de la enfermedad, hay que evitar palabras negativas que corten la posibilidad de mejorar su salud.

No decir nada que no sea verdad es un factor que fortalece la relación entre el médico y la persona, *debemos decir la verdad y estar respaldados por los estudios que confirmen nuestro diagnóstico, esa honestidad que se muestra me ayuda a que me tengan mayor credibilidad.*

Además para abordar aspectos emocionales, motivo de la reacción de enfrentar una mala noticia, el médico tiene otra opción además de la empatía, *yo no conocía el método dialogal, supe que es como la empatía que es lo que se usa en la práctica médica, que no se desglosa en tantos puntos, en el método dialogal hay que cuidar el lenguaje, darte cuenta de lo que la persona necesita y establecer esa relación de confianza, esa relación recíproca que debe existir contigo y con la otra persona en la relación yo-tú.*

El identificar las necesidades de la persona enferma es una herramienta que favorece acuerdos y respeto hacia el otro, *ahora sé que debo identificar la necesidad de la persona, yo capté la necesidad del señor Edgardo porque el expresó, yo estoy bien, me siento bien, me voy a cuidar, sentí que era como una negación, el señor puso su límite, dijo que no se sentía mal y como no tenía ningún daño pensé que estaba bien, que ya habría tiempo para hablar de sus emociones, lo importante era dar el diagnóstico en ese momento.*

Abordar la situación en el aquí y ahora aprovecha el máximo tiempo dentro de la consulta, *hay que conducirse en el aquí y ahora para que la persona no se pierda en supuestos, con ello podemos elaborar*



una buena historia clínica, documento imprescindible para llegar a un diagnóstico y tratamiento más precisos de la enfermedad y eso sirve para motivar al paciente a valorar mejor nuestro trabajo.

El contacto alejamiento es ahora una habilidad del médico para facilitar y entender la comunicación afectiva, esto te permite el entendimiento de los sentimientos del paciente, es el tener una buena técnica de abordaje, me sirve para entender el ritmo de la persona, distinguir sus recursos para ver que tanto avanza y distinguir los propios para no imponer lo que yo quiera, ni mi ritmo.

Por otro lado en el contacto alejamiento el médico adaptó esta herramienta a su estilo propio ya que piensa es imposible compartir sus sentimientos con su paciente dentro de la consulta, aún considero que tengo que involucrarme sin mostrar mis sentimientos, a un paciente no lo puedes ver como amigo porque te bloqueas, porque al querer ayudarles de esa manera los puedes perjudicar.

Utilizar un lenguaje sencillo es otra herramienta, se debe utilizar información clara y sencilla sin terminología médica, ya que es difícil de entender y digerir, en particular si se trata de malas noticias.

A continuación se presenta la experiencia del señor Edgardo, algunos momentos que vivió al saber que tenía diabetes tipo 2, su acompañamiento del médico y del equipo multidisciplinario y cómo fue logrando disminuir sus niveles de glucosa en sangre.

El señor Edgardo

El señor Edgardo tiene 42 años, vive con su esposa y sus dos hijos en el municipio de Chimalhuacan en el Estado de México, trabaja en el taller



de costura que tiene en su casa desde hace 15 años, así como él dice es *su propio patrón*, pues él decide a que hora empieza a trabajar, comparte con su hijo menor de 18 años las labores del taller, a veces el trabajo es calmado, pero otras veces cuando tiene que entregar los pedidos trabaja a contratiempo lo que es más desgastante, a él le gusta apurarse a trabajar en las mañanas y le transmite a su hijo esta idea, *le digo que es mejor acabar temprano y tener las tardes para descansar o hacer otra cosa*.

En julio de 2006 llegó a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la UNAM, su hermana le recomienda el servicio para su esposa ya que ella es una persona con diabetes que no asimilaba su enfermedad pues aún sabiendo que la tenía *ella se hacía que no sabía, comía en exceso, no hacía ejercicio y luego se sentía mal*.

Él no tiene familiares diabéticos y conoció las complicaciones de la enfermedad por su suegra, *a ella le dijeron que tenía diabetes pero nunca se trató, comía de todo y no hacía ejercicio, poco a poco fue perdiendo la visión, decía que solo veía bultos, le cortaron un pie y la llevaban para que le hicieran diálisis porque su vejiga estaba llena de orina hasta que murió*.

En la clínica se puede pasar con dos médicos, el Dr. "M" que atiende a la comunidad en general por medio de consultas y el Dr. "R" que está integrado al programa DUPAM junto con demás profesionales como psicólogos, enfermeras, odontólogos, nutriólogos, químicos farmacobiólogos, etc., el Dr. "M" le ofrecía hacerle la prueba para la diabetes pero él lo dejaba para después hasta que un día acepto y salió bien, así que solo atendió a su esposa subsecuentemente.



“M” es un médico al que desde el principio entregó más su confianza *por ser de mi tipo, alegre, animoso con el que congenie pues en el sentir se me hacia un buen doctor no haciendo menos al otro médico. Al Dr. “R” lo veía muy serio, se me hacia muy difícil sacarle una sonrisa”*.

Él llegaba a las pláticas del DUPAM acompañando a su esposa y el Dr. “M” lo saludaba con un abrazo, platicaba con él y le ofrecía el servicio médico, aunque al principio se resistía a hacerse la prueba de la glucosa a través de una tira reactiva (dextroxtis), con el paso del tiempo aceptó y se checaba periódicamente, él salía normal, 70, 90, 80 y a su esposa la trataba de la diabetes.

Como empezaron a pasar con los dos médicos a veces no había coincidencia en el tratamiento que daban a su esposa en cuanto al como tomar el medicamento; así que el señor Edgardo optó, junto con ella, por integrarse al programa DUPAM con el Dr. “R” *y así no pondríamos a pelear a los médicos*.

También la atención que recibirían sería para los dos, aún que él no era una persona con diabetes se incorporó al programa DUPAM como medida de prevención, *además aparte de la consulta recibimos pláticas, las sesiones de ejercicio, relajación y tenemos atención odontológica*.

Poco a poco fue conociendo al Dr. “R” quién ganó su confianza y eliminó esa barrera que se forma al no conocer a las personas, *ahora pienso que lo conozco más sinceramente, se me hace un buen doctor ya que también lo aprecio por ser igual al otro médico, alegre*.

Al señor Edgardo le gusta que no haya barreras con los profesionales del DUPAM, yo me entrego desde el principio a la amistad,



compartiendo mi buen carácter, pienso que no se me debe tomar a mal ya que así me siento bien, contagiando mi buen humor.

Para él los profesionales hacen un esfuerzo para preparar las pláticas, talleres y demás servicios que él y su esposa reciben, *yo presto mi atención cuando está la plática para hacerles caso y cuando veo una oportunidad los felicito a través de un "bravo" aunque mi esposa me regañe, ella piensa que estoy bromeando pero yo lo hago para que sepan que lo hicieron bien, que sirva como motivación para ellos y sepan que su esfuerzo es agradecido.*

En el programa DUPAM se monitoreó la glucosa del señor Edgardo como chequeo de salud en el cual su glucosa apareció por arriba del parámetro normal, aún que no refería síntomas se le hizo otro estudio un mes después como indica el procedimiento diagnóstico.

Para sus resultados el señor llegó acompañado de su esposa, el médico y demás profesionales lo invitaron a pasar a consulta médica para entregarle los resultados de sus estudios de glucosa, su esposa preguntó si podía pasar con él, el médico preguntó al propio Sr. Edgardo qué prefería, a lo que asintió con un gesto.

El médico le comunicó que en base al primer resultado de su estudio de química sanguínea un mes atrás (octubre) donde un resultado de 217 mg/dl en glucosa central más el resultado de hemoglobina glucosilada que se hizo un mes después (noviembre) con valores de 6.2 confirma el manejar cifras de 178 mg/dl en glucosa central, aunque las cifras son altas el estudio refiere que el señor a llevado un control medio, además de niveles altos de colesterol y triglicéridos que confirman el diagnóstico de diabetes.



El equipo le insistió en que la alimentación y el ejercicio son la clave para que se siga sintiendo bien, el señor menciona que se ha descuidado porque tiene mucho trabajo *el trabajo me refrena para venir a los ejercicios y yo lo he dejado, pero una vez que pase mi etapa de trabajo yo volvería a lo mismo, a hacer mi ejercicio aunque sea dos veces por semana, ustedes lo han visto.*

El señor manifiesta que en su casa no hace el ejercicio, *para que les digo que lo hago si no es así, entonces van a pensar que estoy peor porque pensarían que haciendo el ejercicio de todas maneras no bajo la glucosa.*

El equipo de salud le pregunta cómo se siente, él menciona que se siente bien, que está *relajado, para que preocuparse digo yo si con mi ejercicio voy a estar bien, el ejercicio es la base de todo el tratamiento, volver a la dieta y echarle más ganas.*

El médico le hace ver que el diagnóstico de diabetes ha sido un hallazgo temprano de su enfermedad, que esto es positivo y que le da ventajas al no haber desarrollado síntomas, que puede cambiar sus niveles de glucosa y que está muy a tiempo para hacerlo sin llegar a la toma de medicamentos.

El señor ve en su esposa los inconvenientes de tomar medicamentos *yo lo veo en ella, nomás se le pasa tomarlos y luego luego ya está mal, como el trabajo de uno es muy absorbente luego se nos olvida hasta comer, de repente vemos y no hemos comido y entonces un taco rápido y a correr de nuevo.*

El equipo le recuerda que es su responsabilidad el estar bien, que en la clínica se le ofrece el servicio y que si él lo quiere, con ayuda de



todos va a lograr su objetivo, si yo sé, que depende de mi, si yo no me cuido entonces quién.

El médico pregunta si tiene alguna duda o pregunta que quiera hacer, el expone su inquietud, le preocupa que en diciembre no este controlado, porque la clínica cierra sus servicios por tres semanas y él quisiera hacerse un último estudio para saber como están sus niveles de glucosa, el médico aprecia que es una buena idea y que le va a servir para cuidarse, le dice que lo ideal es un control mensual y que también será parte de su tratamiento.

Él dice que el diagnóstico lo toma con tranquilidad, se le hizo *algo que no ha cambiado su vida*, considera que la ha regado últimamente (descuidando su persona), pero piensa que debe seguir adelante, porque no es un cáncer que le hayan detectado tardíamente, se siente normal, piensa que los profesionales de la salud son importantes para su tratamiento, pero sabe que la mayor responsabilidad depende de él mismo, *en las pláticas me han ayudado a comprender que la diabetes puede ser una amiga pero si uno la deja al abandono puede ser mortal por descuidos propios.*

Considera que la información que ha recibido *le ha abierto los ojos* para que la diabetes no lo domine, sino que *la controle, uno sabe que no puede ignorarla y comer de todo en exceso pues la glucosa subiría lo que sería perjudicial para mi persona.*

Aún cuando su médico le comunicó el diagnóstico de diabetes tipo 2 el señor Edgardo menciona que se descuido porque subió un kilogramo de peso y en la última evaluación su glucosa se elevó a 170, él refiere como estrategia que está en el límite (siendo una persona sana con



diabetes) y se debe cuidar para no pasar al otro lado “donde ya sea una persona con las complicaciones de la diabetes”.

Su idea para cuidarse es la siguiente: *yo sigo en el límite, sé que si me cuido de ese límite va a bajar mi glucosa, es hacerme a la idea de que no soy una persona con diabetes para ayudarme*, aún que acepta que su médico ya le comunicó su diagnóstico de diabetes basado en los criterios médicos.

El señor Edgardo menciona que ese límite le ayuda a no *apachurrarse* y le da la responsabilidad para bajar sus niveles de glucosa por él mismo, *pienso que bajar o subir mis niveles de glucosa depende de mi, porque si yo me altero no es por culpa de nadie, ni de mi esposa o mis hijos, porque me hicieron enojar, etc. Porque no me gusta involucrar a segundas o terceras personas en quién descargar una culpa.*

Piensa que en su enfermedad puede tener caídas pero dice *hay que seguir levantándonos*, él se siente contento cuando los profesionales lo apoyan dándole información y que le digan que la está *regando* cuando no sigue con las recomendaciones del tratamiento, *porque así siento que les preocupa mi salud ya que nadie de mi familia, amigos o compañeros lo han hecho.*

Considera que le han dado la información adecuada porque *me explican en detalle y no dan solo información por darla sino que la amplían, preguntan mis dudas y me dan oportunidad para preguntar, la confianza que me dan y la amistad me llenan de energía, a algunos del equipo con los que siento más confianza, los abrazo, de esos abrazos “donde se siente”, al Dr. “R” solo lo saluda con un apretón de manos aún cuando se ha propuesto algún día abrazarlo pero siento ya cuando estoy*



con él me repliego porque considero que el Dr. no lo siente, que no es mutuo.

Le gusta sentirse incluido en las actividades del programa, que lo tomen en cuenta y que no le impongan lo que debe de hacer, *que el médico me explique porque su tratamiento consiste en dieta y ejercicio y porque aún que tenía la glucosa elevada 170 no me daba a tomar medicamento.*

Menciona que él médico le alentó para continuar y le explicó los beneficios de llevar la dieta y el ejercicio de manera constante, percibe la motivación que le transmite el médico cuando le pregunta como se siente y lo anima para que le eche ganas, dice que eso le ayuda, *eso lo sube a uno rápido, como si le dieran una palmada en la espalda, son las palabras que a uno le dan, yo los considero mis amigos para hacer el ejercicio y seguir adelante, más que si tomara una pastilla para bajar la glucosa.*

Ve que la clave para que persista en el programa es que se le invita a hacer las cosas y que muchas veces los profesionales solo son una guía que lo acompañan, además que no solo le dicen que haga el ejercicio, sino que ellos mismos, médico, psicóloga, enfermera, odontóloga se ponen a hacerlo junto con él y las personas con diabetes, *me dicen ahora, qué ejercicio de piernas propone señor Edgardo y así todos vamos diciendo que ejercicio hacer, ahora uno de brazos, etc.*

La sesión de relajación le gusta, *ahí a uno por un momento se le olvidan sus presiones*, lo que no le gusta es que las demás personas no vengan con ánimo, los veo que vienen *apachurradas, sin ganas de hacer el ejercicio y la relajación, eso a mi me contagia su mala energía.*



Además ve mal que algunas personas no cuiden a sus compañeros, *en el convivio una señora trajo carnitas para todos, cuando es una comida que nos hace mal, aquí nos habían dicho que trajéramos comida sana, ella decía que solo era para un taquito y que ya se lo habían ganado, pero cómo va a saber ella quién puede y quién no comer, solo nos lo antojó.*

Le gusta que no le engañen y que sean serios en su trabajo, *yo en mi casa no hago el ejercicio porque me da flojera, aquí vengo porque se que están ellos y venimos a hacer el ejercicio, pero había veces que hacia mucho frío o estaba nublado y en vez de ejercicio nos daban pláticas y yo a lo que venía era a hacer mi ejercicio, yo tenía dos días de venir aquí y me decían que los ejercicios empezaban a las nueve, aún que porque no habían llegado todos no empezábamos a hacerlos, cuando en un convivio nos preguntaron en que estaban fallando yo si alce mi mano y les dije que si dicen a una hora es para que se cumpla desde entonces ha ido bien.*

Este último mes (noviembre del 2007) el señor Edgardo se alegra de sus resultados por salir en cifras normales de glucosa y haber bajado sus niveles de colesterol, enseña con agrado los papeles a los integrantes del programa para que los vean y lo feliciten por su esfuerzo, pero sobre todo dice, *los traigo como motivación, ya que representan que están trabajando correctamente.*



La tabla siguiente muestra como el señor Edgardo fue bajando sus niveles de glucosa de manera gradual, sin medicamento.

Fecha de examen	Nivel de glucosa (mg/dl)
Inicio 29-mayo-07	177
30-julio-07	120
24-agosto-07	148
06-septiembre-07	142
02-octubre-07	126
08-noviembre-07	132
Final 30-noviembre-07	118

Tabla 4

La señora Mirna

A continuación se presenta el caso de la señora Mirna que contrasta a la experiencia de pasar de manera efímera la comunicación del diagnóstico de diabetes tipo 2 y con esto se niega la persistencia al tratamiento y el bienestar de la persona.

La señora Mirna tiene 30 años, vive con su esposo y sus hijos en ciudad Nezahualcóyotl en el Estado de México, ella no sabe leer ni escribir, para subsistir atiende un puesto de *chacharitas* en los diferentes tianguis de la colonia *donde vendo pantalones de medio uso, muñecos de peluche y todo lo que la gente pueda comprar.*

Se levanta a las seis de la mañana, acabo a las siete de mi quehacer, a las ocho salgo a poner el puesto y de ahí a las tres, cuatro o cinco regreso a mi casa a hacer la comida, me pongo a ver la tele y me pongo a ver qué hago.

La señora menciona que hace tres años tuvo una experiencia previa dónde le dijeron que era una persona con diabetes, tenía una



herida grave en el pie y le decían que se la lavara, pero ella no lo hacía, *era porque como no me lavaba y el calcetín ya estaba muy pegado hasta que un día me lo lavaron y entonces ya me cerro, si hubiera estado diabética ya me hubieran cortado el pie*, dice que después el médico retractó su diagnóstico porque el resultado del laboratorio estaba mal y desde entonces ella no está conforme *¿porqué me engañan?*

Llegó a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la UNAM para que la atendieran porque *estaba muy cansada, porque había lavado 7 cobijas, el Dr. "M" me mandó a hacer unos estudios y luego me dijo que ya estaba diabética, pero yo no me siento cómoda con eso.*

Actualmente ella se considera una persona que no tiene diabetes, acude regularmente a la clínica para sus chequeos de glucosa y presión arterial

A ella le gusta cocinar y se cuida *no comiendo mucho y comiendo la verdura*, si ella fuera diabética se cuidaría *no dejando de tomar las medicinas, seguir comiendo la verdura y seguir haciendo el ejercicio en casa como siempre. Como yo digo, si estoy diabética qué puedo hacer ya, pero si no lo estoy porqué me lo dicen, el día que me lo dijeron nuevamente ya no sentí nada, mi vida no cambiaría, seguiría igual.*

Hace un mes (octubre del 2007), el médico "R" le mando a hacer el estudio de la glucosa donde salio alta, 140 mg/dl en glucosa central pero la señora Mirna desconfía de los resultados, *la enfermera que me sacó la sangre se veía nerviosa y yo creo que se equivocó en mis resultados, ya me lo han hecho una vez.*

Para ella un médico debe ser una persona que le diga tienes esto o no lo tienes, *que yo le pregunte y el conteste, así yo si le tendría*



confianza, dice que él médico la atiende bien, la trata como debe de ser, me trata bien, normal,

La señora Mirna no expresa con claridad sus ideas, cuando el médico le explica el diagnóstico de manera simple ella asiente diciendo que entiende aunque no sea así, se aprecia que ella trata de cuidarse aunque le cuesta trabajo entender las explicaciones de su médico, *a mi me gustaría entender y que me dijeran, que me hacen una cosa y me dicen otra, que me digan como voy porque están atendiendo a una persona.*

La verdad cuando me estuvo explicando con sus papeles el doctor no le entendí nada, me dice mi esposo, pues que te dé los papeles, papelito habla pero cuando se los pido dice que no los tiene.

Su situación es la siguiente: ella no comprende en qué se basa el médico para hacer su diagnóstico, el médico de la clínica ya le ha explicado de manera sencilla cómo lo hizo, le dice que se basó en dos estudios de glucosa central con separación de un mes, en el primero obtuvo 140 mg/dl, en el siguiente estudio maneja cifras de 180 mg/dl, esto agregado a sus síntomas de cansancio le permiten diagnosticar que ya es una persona con diabetes tipo 2.

Actualmente se trata con dos médicos, el de la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas y otro particular, a ella la confunden los resultados de los dos, *porque si el médico de la UNAM me dice que tengo diabetes, el médico particular con este estudio donde salí bien me dice que no tengo diabetes.* Cuando los niveles de glucosa, en sus análisis, son altos piensa que nuevamente se equivocaron, cuando son bajos entonces se siente confundida.



La necesidad de la señora Mirna tiene que ver con que su diagnóstico no esté disperso, a ella le gustaría integrar todos sus papeles para llevárselos al otro médico y éste le confirme o no su diagnóstico.

La atención a la señora Mirna fue deficiente en la comunicación del diagnóstico por parte del médico privado que ella decía tener, ya que por descuidar este proceso y no seguir recomendaciones médicas básicas, perdió no solo la confianza de ella como paciente, sino además perdió la confianza que ella tenía hacia los profesionales de la salud.

La tabla 5 muestra los estudios de la señora Mirna con el que fue diagnosticada su diabetes tipo 2.

Fecha de examen	Nivel de glucosa mg/dl glucosa central
Octubre 2007	140
Noviembre 2007	180

Tabla 5

El médico que participó en este trabajo desarrolló una idea clara en cuanto a como manejar a las personas cuando les comunicó el diagnóstico de diabetes, estaba preparado para las posibles contingencias que sucedieron en cada situación. Ahora sabe que con sus nuevas herramientas puede favorecer a las personas disminuyendo el impacto negativo que causa la comunicación de la mala noticia.

El dar más importancia al momento donde se suscita este impacto y atenderlo, agiliza los procesos de las personas y facilita su persistencia en el programa y como resultado las personas logran disminuir sus niveles de glucosa en sangre, controlar su diabetes y retardar la aparición de complicaciones.



Los elementos orientadores son una de las dos herramientas claves para dar la comunicación del diagnóstico, hay que estar capacitado en ellos ya que no todos se aplican en ese momento y entender que se van graduando de manera progresiva a los procesos de la persona.

Este trabajo condensa las herramientas básicas para comunicar malas noticias, el caso de la señora Mirna nos ejemplifica claramente qué pasa si las omitimos. Para el médico que la valoró previamente hubiera sido útil saber el primer elemento orientador, estar absolutamente seguro y además no decir nada que no sea verdad, al omitirlos le desmotivó y confundió, favoreció y agravó la negación de saberse enferma y obstaculizó su tratamiento.

La otra herramienta básica que hizo posible la persistencia al tratamiento médico en este programa fue el uso del método dialogal en la relación yo-tú por parte del médico, que permite trabajar claramente los procesos emocionales de la persona.

En el caso del señor Edgardo, el médico estuvo seguro de su diagnóstico y habló con la verdad conforme lo estipula la Norma Oficial Mexicana, sin dejar vacíos en lo que pudiera apoyar su negación y atendiendo el derecho de saber su situación.

Conforme a los elementos orientadores se pudo trabajar su concepto de diabetes, preguntando qué sabía de la enfermedad, el padecimiento que el conocía en su esposa y las complicaciones que observó en su suegra, además de tomar en cuenta qué quería saber, contestando sus dudas y aclarando las ideas erróneas que le iban surgiendo.



También se le ofreció algo a cambio ya que ahora es una persona que sabe controlar su glucosa, el equipo médico le hizo ver que la dieta y el ejercicio son aspectos clave que él tiene que tomar en cuenta para ser una persona sin complicaciones de la enfermedad.

El médico también fue flexible al aceptar la ambivalencia en el proceso del señor que se hizo evidente cuando él comenzó a afirmar que era una persona sana sin diabetes, también fue tolerante al respetar esa idea y entenderla como una estrategia que le daba beneficios.

Otro elemento importante que se incluyó fue que el médico no usó un lenguaje negativo para la enfermedad, al contrario le hizo ver que el diagnóstico fue hecho por chequeo, muy lejano a los síntomas y complicaciones y subrayó que ese hecho le da ventajas para bajar sus niveles de glucosa y no llegar al medicamento.

El uso del lenguaje en el aquí y ahora le sirvió al médico para no divagar en supuestos, sin embargo el lenguaje de procesos fue algo que el propio médico no aplicó, es evidente que para llegar a usar esta herramienta se necesita un entrenamiento más acentuado.

El señor Edgardo no percibió una relación jerarquizada, sino al contrario percibió la relación yo-tú que es horizontal, respetuosa y libre de imposiciones, él piensa que es porque se le invitan a hacer las cosas en vez de imponérselas.

La confianza fue tomada en ambos sentidos de la relación, la que gana el médico frente a la persona enferma apoyándola, haciéndola sentir que está con ella, como un aspecto fundamental en su práctica médica y es igual de importante reconocer que el señor Edgardo también trata de ganar la confianza del profesional para sentirse parte del equipo médico.



Otro elemento importante que se aporta es el contacto que establece el médico con el señor Edgardo, el respeto al ritmo del propio señor para avanzar en sus procesos, sin imponerle el propio. Además de establecer muy claramente su relación con él, mencionando que él no puede involucrar sus propios sentimientos en la relación médico-paciente.

También fue posible que el médico considerara importante identificar las necesidades auténticas de las personas, aclarando su trabajo, le facilitó establecer una relación flexible y le favoreció crear acuerdos en el tratamiento, con esto se evitó imposiciones que la persona no puede llevar a cabo por no ser propias.

Otro elemento que se logró con este trabajo fue que la comunicación del diagnóstico de diabetes tipo 2 fuera algo efímero sin mayores consecuencias, el señor Edgardo persistió en el tratamiento, iba a las sesiones de ejercicio y relajación de manera frecuente y aprendió a cuidar su alimentación y con esto se presume que se le evitó un impacto negativo, situación latente, que de haberse producido lo hubiera alejado del tratamiento y volver a él años después cuando las complicaciones hubieran aparecido.

La aplicación de los elementos orientadores y el método dialogal en la relación yo-tú, motivo de este trabajo, se respaldó en la multidisciplinaria como eje del programa, ya que fue esencial para dar un servicio adecuado a las personas que acuden al DUPAM. Este proceso vincula y comunica a las diferentes disciplinas de cada área, fija sus tareas específicas y divide sus funciones de manera organizada, esto ayuda a los profesionales a agilizar su trabajo, a compartir conocimientos y crear estrategias para ayudar a la persona con un objetivo común, partiendo de



la siguiente premisa: ayudar a la persona es la meta más importante, es lo esencial de este trabajo.



CONCLUSIONES

Mediante este trabajo se logró identificar algunos aspectos que generan el beneficio al atender a personas con diabetes tipo 2, los que favorecen la aceptación del diagnóstico y la persistencia en el tratamiento. La finalidad de este trabajo es evidenciarlos para que puedan ser usados en forma práctica en el programa DUPAM y luego ser extendidos a la práctica médica general.

Las conclusiones a las que se llegaron son las siguientes:

1. La multidisciplina como eje del programa:

La multidisciplina es esencial para dar un servicio adecuado a las personas que acuden al programa DUPAM para atender su diabetes, vincula y comunica a las diferentes disciplinas de cada área, fija sus tareas específicas y divide sus funciones de manera organizada, esto ayuda a los profesionales a agilizar su trabajo, a compartir conocimientos y crear estrategias para ayudar a la persona con un objetivo común, partiendo de la premisa que ayudar a la persona es la meta más importante, es lo esencial de su trabajo.



2. Hacer sentir a la persona que él y el equipo médico son un mismo equipo con una misma meta:

El sentirse acompañado en la enfermedad y tener un objetivo específico (bajar niveles altos de glucosa en sangre y sentirse bien) en el padecer es de suma importancia para persistir en el tratamiento, para Gómez (2006) es el ofrecer algo a cambio, el señor Edgardo reconoció *que gracias al esfuerzo de todos, sus niveles de glucosa bajaron.*

3. El eliminar con prácticas médicas verticales:

En la actualidad ya no puede haber relaciones jerarquizadas con un médico poseedor de conocimiento y un paciente pasivo que tolera hacer tratamientos que le son ajenos a su condición, las personas se han vuelto parte activa de su tratamiento, solo una relación horizontal libre de imposiciones y prejuicios puede ser efectiva para que la persona con diabetes elija tomar una opción del tratamiento.

4. La confianza de ambas partes:

La confianza que gana el médico frente a la persona enferma es un aspecto fundamental en su práctica médica, es importante reconocer que la persona también gana la confianza del profesional y hacérselo notar es pieza clave para que el sea parte del equipo médico.

5. Depositar la responsabilidad en la persona enferma:

Transmitir la responsabilidad de cuidarse y vivir sin complicaciones a la persona con diabetes le confiere la oportunidad de elegir, de sentir el tratamiento como algo propio, el señor Edgardo lo percibió cuando dice que el equipo le hace ver que la dieta y el ejercicio son parte importante de su tratamiento y que sabe que depende de él mismo cuidarse y de nadie más, esto es, él sabe si acepta o rechaza el tratamiento.



6. Una comunicación pasajera y gradual:

La comunicación del diagnóstico de diabetes tipo 2 debe ser algo efímero, si la persona lleva a cabo el tratamiento médico y persiste en él, se presume que se evita un impacto negativo, situación latente, que de producirse conlleva a alejarse del tratamiento y volver a él años después cuando las complicaciones han aparecido.

7. Averiguar que es la diabetes para la persona e ir aclarando sus aspectos para ubicarla frente a la realidad:

Cuando se comunica el diagnóstico, es importante averiguar lo que la persona sabe de la diabetes, en que consiste el tratamiento y aclarar las complicaciones de la enfermedad en caso de no atenderse, sumado a ofrecer una buena calidad de vida que se logra con una diabetes controlada.

El incluir la participación de la persona enferma en cuanto a preguntar que sabe ella de la enfermedad, cuanto quiere saber, ayuda desde el principio a situarla en la realidad, es acercar su situación sin ocultar nada y le ayuda a asimilar su enfermedad desde el principio.

8. Siempre dar un beneficio real a cambio:

El dar algo a cambio en la comunicación del diagnóstico ayuda a las personas a motivarse para llevar a cabo su tratamiento, lo que el equipo del DUPAM ofrece, es entrenar a las personas para bajar sus niveles de glucosa en sangre, aprender a manejarlos de manera adecuada en la vida cotidiana, detrás de este entrenamiento lo que ofrece a cambio es que la persona con diabetes viva plenamente como cualquier persona saludable.



9. Dirigir hacia el médico las acciones del método dialogal para que ubique sus propios procesos emocionales que interfieren en su práctica profesional:

Aún persiste la idea que para un adecuado manejo, el médico no debe mostrar sus sentimientos, motivo de su formación académica que es muy fuerte, es una idea que condiciona el contacto-alejamiento del médico con la persona enferma y no deja alternativas para expresarse como un ser humano individualizado.

10. Atender las necesidades que la persona demande:

Cada persona llega a consulta con una necesidad específica, se recomienda usar la información de esta tesis como guía para orientarse y no de manera rígida, no como una “receta de cocina”, como profesionales debemos atender que “la situación de la persona enferma nos requiere” que dentro de la consulta el médico puede enfrentarse a miles de posibilidades y le demanda ser flexible, usar cada uno de los elementos orientadores cuando la situación lo requiere es parte fundamental para lograr los mayores beneficios.

11. Integrar herramientas psicológicas a la práctica médica como apoyo a la multidisciplina:

El método dialogal es una herramienta útil que se puede sumar a la práctica médica, muy diferente al concepto de empatía y que conlleva una formación especializada que no ha tenido mucha difusión, sin embargo una vez entendida se vuelve una herramienta más completa y clara de cómo conducir estados emocionales.



SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Es recomendable que otras teorías psicológicas como la gestalt tengan mayor apertura a otras ciencias como la medicina, la odontología, la enfermería, etc., para conducirnos de manera respetuosa y humana con las personas que acuden a los servicios de salud.

Antes de aplicar el programa de capacitación al médico, es necesario tomar en cuenta los valores e intereses del profesional, saber qué lo motiva a participar y qué espera lograr de esa capacitación, así se tomaran en cuenta sus propias necesidades, si el programa es aplicado de manera institucional y el profesional se siente obligado a tomarlo habrá que hacer labor de convencimiento hacia los beneficios de aprender técnicas nuevas que complementan su capacidad laboral.

Cuando se implementa la capacitación a los profesionales de la salud se recomienda apoyarse en ejercicios vivenciales para enriquecer más su experiencia tanto personal como profesional, que transmitir únicamente conocimientos teóricos que son memorizados y olvidados con el tiempo.

El trabajo multidisciplinario es pieza clave para que programas como el de esta tesis tengan éxito, es por eso que sería recomendable que los profesionales de la salud se capaciten en este tema desde su

Sugerencias y recomendaciones



formación profesional, teniendo más contacto con integrantes de otras disciplinas en el trabajo diario.

Para esta tesis hubiera sido recomendable tener los testimonios experienciales de mayor población tanto de más profesionales de la salud como de personas que tuvieran la característica de recibir un diagnóstico de diabetes, sin embargo por la naturaleza misma del programa solo existe un médico adscrito y son escasas las personas que llegan ignorando tener la enfermedad pues la mayoría ya se saben diagnosticadas, de haber contado con mayor población las conclusiones pudieron haber sido más enriquecedoras.



REFERENCIAS

Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. (1999) La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente III. Guía clínica basada en la evidencia, Revista Sanid Milit Mex Vol. 53 No. 3.

Alpízar, S. (2001) Guía para el manejo integral del paciente diabético. México: Manual Moderno.

Alves, A. (2003) ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?, Revista argentina de cardiología Vol. 71 No 3 / Mayo-Junio.

American Diabetes Association (2007) Iniciativas Latinas. obtenido el 11 de Abril de 2007 de <http://www.diabetes.org/espanol/iniciativas-latinas-sumario.jsp>

Bickley, L. y Hoekelman, R. (2000) Bates, Propedéutica Médica, México: Mc Grow-Hill Interamericana.

Blacklow, R. (1989) Signos y síntomas de MacBryde : Fisiopatología aplicada e interpretación clínica, 3a ed. México: Nueva Editorial Interamericana.

Bolognini, S. (2004) La empatía psicoanalítica, Buenos Aires: Lumen.

Buendía, M., Fernández, P. y Garza, E. (1980) Manifestaciones orales de la diabetes mellitus. Tesis de licenciatura. México: ENEP Zaragoza.

Cardoso, M. (1999) Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. Salud problema. México: UAM- Xochimilco. Año 4, número 7.



Cardoso, M. (2002) Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcoyotl. Tesis doctoral. México: I.N.A.H.

Cardoso, M. y Figueroa, M., (2004) Diabetes: Un programa de atención multidisciplinaria, DUPAM, México, Facultad de estudios Superiores Zaragoza-UNAM.

Cardoso, M., Caballero, B., Figueroa, M., Moreno, G., Orozco, L., Rivera J. (2004) DUPAM: Un Modelo de Atención Multidisciplinaria a Personas con Diabetes, México, Revista Vertientes. FES Zaragoza UNAM. Vol.7. Nº 1-2, 2004. ISSN 1405-7867.

Carrillo, A. y Perales, A. (2006) Diabetes mellitus, cuando el azúcar empalaga la sangre. México, Revista Conversus del Instituto Politécnico Nacional, Septiembre, No. 53. 26-29.

Cueva, A., Mejía, M., Luengas, V. y Salinas, S. (2003). Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados. México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 41, No. 2. 97-104.

Culhane-Pera y Patten Competencia cultural en South-Paul, J., Matheny, S., Lewis, E., comp. (2005), Diagnóstico y tratamiento en medicina familiar 1ª ed. Manual Moderno.

De la Fuente, R. (1994) Psicología Médica, México: Fondo de Cultura Económica.

De navas, M. (1999) El psicólogo como el tercero incluido, pediatría, Órgano Oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Vol. 34, No. 3.

Diabetes Care (2005). Nationals Standard for diabetes self-management education 2005. Standars and review criteria original article. Página web de la American Diabetes Association. Obtenido el 16 de abril de 2007 de http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/28/suppl_1/s72&prevD=NationalsStandardfordiabetesselfmanagementeducationclinicalpracticerecommendations2001.



Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1997) El diabético optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud. México: Trillas.

Eisenberg N. y Strayer, J., (1992) La empatía y su desarrollo, Bilbao: DDB.

Encuesta Nacional de Salud (2000) ENSA-2000, México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 44, No 1. 13-26.

Federación Mexicana de Diabetes (2007) Diabetes en números. Obtenido el 02 de abril de 2007, de <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>

Figuerola, D. (1997) Diabetes, Barcelona: Masson.

Figuerola, D. (2003) Diabetes, 4ta. ed. Barcelona: Masson.

García A., Leiva F., Martos F., García A. Prados D., Sánchez D. *et al.* (2000) ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Revista Medicina de Familia, Vol. 1, N° 1, Junio 2000 tomado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf> el 02 de mayo de 2007.

Ginarte, Y. (2001) La adherencia terapéutica Obtenido el 16 de abril de 2007 de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.htm.

Gómez, M., (2006) Cómo dar las malas noticias en medicina, 3ª ed. España: Arán

González C., (1998) La nutriología del paciente con diabetes mellitus. Revista Medicina Interna de México, Vol. 14, No S5, 7.

Günther, B., (2003) Etimología y Fonética Neohelénica del vocabulario médico. Autoaprendizaje mediante la práctica, Revista Médica de Chile, Vol. 131, 1475-1514.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006) Estadísticas a propósito del día de muertos, datos nacionales. Obtenido el 17 de abril de 2007 de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/muertos06.pdf>



Internacional Diabetes Federation (2007). The human, social and economic impact of diabetes. Página web de la Federación Internacional de Diabetes. Obtenido el 18 de abril de 2007 de <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=41>

Jinich, H. (2001) Síntomas y signos aplicables a la enfermedad, 3ª ed. México: Manual Moderno.

Jinich, H. (2002) El paciente y su médico, 2a ed. México: Manual Moderno.

Laguna, J. Prólogo a la Primera Edición en Jinich, H. comp. (2001) Síntomas y signos aplicables a la enfermedad, 3ª ed. México: Manual Moderno.

Leal, F. Prólogo a la Primera Reimpresión en Ucrós, S., Caicedo, A., Llano, G., (2003) Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. Departamento de Pediatría, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogota: Ed. Médica Panamericana.

Levine, N., y Block, M., Comunicación en South-Paul, J., Matheny, S., Lewis, E., comp. (2005), Diagnóstico y tratamiento en medicina familiar, 1ª ed. Manual Moderno.

León. A. (1973) Ética en medicina. México: Científico–Médica.

Lutfey, W, W. (1999) Beyond “compliance” is “adherence”. Diabetes care. Vol. 22, number 4, p. 635-639.

MacLeod, J., (1987) Examen clínico: Texto para médicos y estudiantes, escrito por profesores de the edinburgh medical school; [comp.] John MacLeod; 6ª ed. México, Manual Moderno.

McNabb, W., (1997) Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it?. Diabetes care. Vol. 20 number 2, p. 215-218

Martin, L. (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana Salud Pública, sep.-dic., vol.30, no.4, obtenido el 21 Noviembre 2007 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso

Martínez, C. (2002) Clínica propedéutica médica, México: Méndez editores.



Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991) Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao: Desclée de Brower.

Mercado, F. (1996) Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Mercado, F. (1998) El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria, Relaciones México: Universidad de Guadalajara.

Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2001) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página web de la Secretaría de Salud. Obtenido el 26 de noviembre de 2003, de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-in/wxis/unidades/cdi/data/iah/>

Murillo, J. (1999) Vivir con diabetes: Guía para pacientes, sus familiares y educadores Madrid: Neo Person.

Murray, H. (1992) Test de apercepción temática (TAT): Manual para la aplicación Buenos Aires: Paidós.

Noah, (1997) Pregúntale a Noah sobre diabetes. Obtenido el 25 de febrero de 2000, de www.noah.cuny.edu.

Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, *et al.* (2003) Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Mundial de la Salud (2003) El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben el apoyo necesario, obtenido el 25 de abril de 2007 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

Organización Mundial de la Salud (2007) Country and regional data, world, obtenido el 17 de Abril de 2007 de http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/

Ortega, M. (1992) Propedéutica fundamental. México: Méndez Editores.

Pallardo, L. (2004) Autocontrol. Obtenido el 22 de marzo de 2008 de [http://www.diabetesjuvenil.com/documentos_html/dj_autocontrol .asp](http://www.diabetesjuvenil.com/documentos_html/dj_autocontrol.asp)



Peralta, G., Aspectos psicosociales en diabetes en Figuerola, D., comp. (2003) Diabetes, 4ª ed. Barcelona: Masson,

Pérez, M., (2005) Importancia de la intervención del psicólogo para que la persona acepte su diabetes mediante la elaboración del duelo Tesina licenciatura. México: UNAM

Pichardo, C. (2004) Diabetes: una oportunidad a la vida una intervención psicológica para cambiar creencias relacionadas con la diabetes Tesis licenciatura. México: UNAM

Prior, J., Silberstein, J., (1973) Propedéutica Médica México, Interamericana.

Ramírez, M. (2008) El llamado del ave fénix; aplicación del enfoque gestalt hacia el ajuste creativo de personas en crisis. Tesis licenciatura. México: UNAM.

Restrepo P., Sandoval J. (2006) Aproximación práctica a la insulino terapia. Revista Med-UNAB Abril, Vol. 9 No. 1 51-57 obtenido de http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/numerosanteriores/revista%209%201/pag51_57.pdf el 29 de noviembre de 2007.

Reynals, E., Clasificación, diagnóstico y formas clínicas en Figuerola, D., comp. (2003) Diabetes. 4ª ed. Barcelona: Masson.

Richardson (2006) Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 63, mayo-junio 2006 p 155-157 obtenido de <http://scielo.unam.mx/pdf/bmim/v63n3/v63n3a1.pdf> el 28 de agosto de 2007

Rodríguez, R., López, M., Rodríguez, J. y Jiménez, A. (2003) Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el estado de México México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 41, No 5. 383-392.

Secretaría de Salud (2001) Principales causas de mortalidad general, Nacional Obtenido el 04 de julio de 2003, de www.salud.gob.mx.



Secretaría de Salud (2002) Comunicado de prensa No 027, 1 de marzo de 2002, Página Web de la Secretaría de Salud de México, obtenido el 24 de marzo de 2002, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm

Secretaría de Salud (2003) Comunicado de prensa No 058, 20 de marzo de 2003, Página Web de la Secretaría de Salud de México, obtenido el 25 de marzo de 2003, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm

Teixeira, H. (2005), Competencia en medicina, revista electrónica Biomed/Electrón J. Biomed, Vol. 1, 22-31, obtenido el 13 de marzo de 2008 de <http://biomed.uninet.edu/2005/n1/teixeira-e.html>.

Vail, B., Diabetes Mellitus en South-Paul, J., Matheny, S., Lewis, E., comp. (2005), Diagnóstico y tratamiento en medicina familiar., 1ª ed. México: Manual Moderno.

Vázquez, L., Gómez, H., Fernández, S. (2006) Diabetes mellitus en población adulta del IMSS, resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 44, No 1. 13-26.

Vázquez, R. y Escobedo, P. (1989) Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987). México: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 28, No 2. 157-170.

Velázquez O., Lara A. y Peña A. (2003) La diabetes en México Obtenido el 4 de Julio de 2003, de www.fep.paho.org/diabetesbul/spanish/section2.asp

Wispe, en Eisenberg N. y Strayer, J., (1992) La empatía y su desarrollo. Bilbao: DDB.

Yontef, G. (2005). Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica, 5ª ed. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Referencias.



Yamamoto, L. (2002) Obesidad de menores, grave problema de salud. Boletín UNAM-DGCS-0723 Ciudad Universitaria. Obtenido el 22 de junio de 2007 en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2002/2002_0723h.html

Zárate, A. (1997) Diabetes mellitus: Bases para su tratamiento México: Trillas.

Zubirán, A. (1960) La diabetes mellitus como problema de salud pública. Primer Congreso de salud pública, México, D. F.



ANEXOS

PRESENTACIÓN				
OBJETIVOS PARTICULARES: Lograr un conocimiento interpersonal rápido y sin temor.				
SESIÓN 1	TEMÁTICA	ESTRATEGIA	MATERIALES	TIEMPO
	<i>Presentación</i>	<i>Expresiva</i> <i>Discusión de grupo</i>	<i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i> <i>Hojas de papel</i> <i>Lápices y colores</i>	<i>30 minutos aprox.</i>
OBSERVACIONES:				
EVALUACION:				



ELEMENTOS ORIENTADORES

OBJETIVOS PARTICULARES: Discutir los elementos orientadores como herramientas para transmitir malas noticias.

SESIÓN 1	TEMÁTICA	ESTRATEGIA	MATERIALES	TIEMPO
	<i>Elementos orientadores</i>	<i>Lectura programada</i>	<i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i>	<i>3 hrs. aprox.</i>
OBSERVACIONES:				
EVALUACION:				

EL MÉTODO DIALOGAL

OBJETIVOS PARTICULARES: El psicólogo explicará los elementos del Método dialógico (de manera general) como parte importante en el manejo de estados emocionales de las personas enfermas.

SESIÓN 2	TEMÁTICA	ESTRATEGIA	MATERIALES	TIEMPO
	<i>Método dialógico</i>	<i>Dialógico</i>	<i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i>	<i>2 hrs. aprox.</i>
OBSERVACIONES:				
EVALUACION:				



EL DARSE CUENTA

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales identificarán las tres zonas del darse cuenta, así como sus corolarios.

Los profesionales explorarán su propio darse cuenta, identificándolo, y compartiéndolo a los demás.

Los profesionales compartirán sus impresiones

SESIÓN 3	TEMÁTICA	ESTRATEGIA	MATERIALES	TIEMPO
	<i>Darse cuenta</i>	<i>Dialogal Vivencial</i>	<i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i> •	<i>2 hrs. aprox.</i>

OBSERVACIONES:

El darse cuenta se subdivide en: Exploración del darse cuenta, Enfocar y concentrar, Generalizando, Selección, Eludiendo y evitando, Agradable-desagradable, y Proceso.

EVALUACION:



NECESIDADES DOMINANTES (EL ROSAL)

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales identificarán las necesidades propias para comprender las necesidades de los demás y no imponer las propias a la persona enferma.

SESIÓN 3	TEMÁTICA <i>Necesidades</i>	ESTRATEGIA <i>Dialogal Vivencial</i>	MATERIALES <i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i>	TIEMPO <i>45 min. aprox.</i>

OBSERVACIONES:

EVALUACION:

CONTACTO ALEJAMIENTO (CONOCIÉNDOSE COMO PROFESIONAL)

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales identificarán el contacto que hacen con sus pacientes en su práctica profesional.

SESIÓN 4	TEMÁTICA <i>Contacto-alejamiento</i>	ESTRATEGIA <i>Dialogal Vivencial</i>	MATERIALES <i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes. Un paliacate por persona</i>	TIEMPO <i>45 min. aprox.</i>

OBSERVACIONES:

EVALUACION:



RELACIÓN YO-TÚ

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales identificarán la adecuada relación con sus pacientes, y el punto medio entre confluencia y aislamiento

SESIÓN 4	TEMÁTICA <i>Relación profesional</i>	ESTRATEGIA <i>Lectura dirigida</i>	MATERIALES <i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i>	TIEMPO <i>45 min. aprox.</i>
			•	

OBSERVACIONES:

EVALUACION:



FENOMENOLOGÍA

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales identificarán a la fenomenología como herramienta para diferenciar lo objetivo-descriptivo de lo subjetivo-interpretativo para eliminar prejuicios, estereotipos que obstaculizan su práctica.

SESIÓN 5	TEMÁTICA <i>Descriptivo Vs interpretativo</i>	ESTRATEGIA <i>Dialogal Vivencial</i>	MATERIALES <i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes. Una lámina del Test de Apercepción Temática de Murria</i>	TIEMPO <i>45 min. aprox.</i>
-----------------	---	--	---	--

OBSERVACIONES:

EVALUACION:

UN LENGUAJE APROPIADO

OBJETIVOS PARTICULARES: Los profesionales de la salud identificarán las graduaciones del lenguaje.

SESIÓN 5	TEMÁTICA <i>Graduación del lenguaje.</i>	ESTRATEGIA <i>Dialogal Vivencial</i>	MATERIALES <i>Ambiente físico: Una sala bastante amplia con sillas para acomodar a todos los integrantes.</i>	TIEMPO <i>45 min. aprox.</i>
-----------------	--	--	---	--

OBSERVACIONES:

EVALUACION: