



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION EN LA
RELACION MEDICO-PACIENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

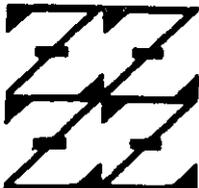
PRESENTAN:

GRACIELA CASTELLANOS AGUILERA
FLOR ELIZALDE GALICIA

DIRECTORA: LIC. LAURA ALVAREZ SANCHEZ
PSICOLOGIA

20163

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO
EJE
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecemos de manera muy especial, la colaboración del Maestro **José Luis Osorno Covarrubias**, quien no sólo compartió sus proyectos con nosotras, sino que nos apoyo con su tiempo, sus libros y sus ideas, sin las cuales, este trabajo no habría llegado a su término.

Graciela C. A.

Flor E. G.

Dedico este trabajo a:

MAMA:

Ya que aunque no estás físicamente conmigo, en realidad, nunca me has dejado sola, pues tu ejemplo y fortaleza siempre me han acompañado;

PAPA:

Porque sin ti, esto no sería posible. Gracias por tu cariño, apoyo y respeto a mis decisiones, pero sobre todo; Gracias por ser mi padre

y

A MIS AMIGOS Y MAESTROS:

Porque siempre creyeron en mí, ayudando a que el camino fuera más fácil e incluso divertido.

Flor E. G.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo lo dedico a toda mi familia por el apoyo y cariño que me brindaron cuando más lo necesitaba especialmente a mi mamá porque gracias a todos sus cuidados, desvelos, preocupaciones y atenciones hoy puedo concluir una de mis metas.

También quiero agradecer a todos mis amigos porque siempre me impulsaron a que terminará este trabajo y confiaron en mi, principalmente Flor por compartir su proyecto conmigo y por demostrarme su amistad.

Finalmente lo dedico a la persona que ha estado siempre a mi lado, quien con su amor y paciencia no tan sólo me ayudó a finalizar este sueño sino también ha formado parte de mi desarrollo.

Graciela C.A.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	7
 CAPITULO I ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?	
1.1. Antecedentes sobre el estudio de la comunicación.	11
1.2 Características de la comunicación.	13
1.3 Diferentes Conceptos.	18
1.4 Enfoques Psicológicos.	22
1.5 Formas de Comunicación.	34
1.5.1. Comunicación verbal.	35
1.5.2. Comunicación no verbal.	37
 CAPITULO II CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	
2.1 La relación Médico-Paciente	42
2.2 El médico.	45
Necesidades y características personales	
2.3 El paciente	48
2.4 Percepción de la enfermedad	50
2.5 Efectos Psicológicos de ser paciente	51
2.6 La Institucionalización	55
2.7 Deshumanización	57
 CAPITULO III ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.	
3.1 Metodología.	66
3.2 Análisis de Resultados.	68
3.3. Discusión.	69

CAPITULO IV
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA PROFESORES DE
MEDICINA SOBRE EL MANEJO DE HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

4.1 Introducción al programa.	75
4.2 Introducción a la relación médico-paciente.	77
4.3 Teoría y sensibilización.	78
4.4 Fase práctica.	79
Conclusión General	80
Anexo 1	83
Anexo 2	91
Glosario	101
Bibliografía	103

INTRODUCCIÓN

La comunicación implica más que un diálogo entre dos o más individuos, es más bien entablar una relación recíproca con otro en donde no necesariamente debe haber palabras, pues las actitudes, posturas, gestos, la atención prestada al interlocutor permitirán entender el mensaje que el otro envía y corresponderle como el lo requiere.

El fenómeno de transmitir y entender sentimientos e ideas de forma clara, cobra especial importancia en aquellos casos en que uno de los participantes tiene algún padecimiento y necesita la ayuda de profesionales (médicos, psicólogos, enfermeras, odontólogos), de quienes requiere no sólo los servicios propios de su ciencia, sino la compañía, apoyo y comprensión de otro ser humano. Desafortunadamente, quienes estamos en el ámbito de la salud no siempre estamos preparados para cubrir ambas necesidades, especialmente en lo que se refiere al segundo aspecto.

Por ello, el presente trabajo se enfoca al estudio de la comunicación dentro de la relación asistencial, especialmente la que se da entre médico y paciente. La parte teórica trata algunos de los aspectos más relevantes del tema. El capítulo I se refiere a los antecedentes sobre el tema, las distintas concepciones de comunicación, los enfoques psicológicos sobre el asunto, los tipos de comunicación que existen y las características de este fenómeno.

En el capítulo II se aborda propiamente lo que se refiere a la comunicación dentro de la relación médico-paciente, algunas opiniones y temas importantes como los efectos psicológicos de ser paciente y las características personales del médico y paciente.

En el tercer capítulo, se concluye una investigación iniciada hace algún tiempo, durante la realización de nuestro servicio social, ya

que la inquietud por trabajar el tema de "La Comunicación en la relación médico-paciente" surgió al participar en un proyecto de investigación llamado "Modelo Docente Asistencial para la capacitación práctica en Servicio de las carreras de Ciencias de la salud y del comportamiento de la FES-Zaragoza" dirigido por el Mtro. José Luis Osorno Covarrubias, profesor de tiempo completo de la Carrera de Medicina de la FES-Zaragoza. A través de bibliografía y experiencias directas comenzamos a conocer la problemática que tiene el médico para comunicarse con sus enfermos.

Una vez conocidos los antecedentes teóricos del problema, se decidió evaluar la situación real de dicho problema. Para ello, se elaboró un cuestionario de 14 preguntas referidas a la frecuencia con que los médicos se comunican con sus pacientes, tal instrumento se aplicó a una muestra de pacientes del servicio médico de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Estado de México de esta facultad.

Cabe mencionar que en estas clínicas, los estudiantes tienen contacto con pacientes reales desde los inicios de su carrera, situación que a nuestra consideración debería aprovecharse para que a la par de los conocimientos propios de la carrera de Medicina, se adquieran habilidades de comunicación, que redunden en médicos mejor preparados y por supuesto, un mejor servicio a la población.

Los resultados del cuestionario indican que realmente existen algunas deficiencias en el manejo de habilidades de comunicación por parte de los médicos de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Estado de México, entre ellas, destacan la falta de contacto físico y visual con los pacientes. Debido a esto, en el capítulo IV se ha incluido una propuesta de capacitación en el manejo de habilidades de comunicación que se pretende sea aplicada en la carrera de medicina con la finalidad de desarrollar algunas habilidades de comunicación en los profesores de medicina de la facultad, pues ellos podrán difundirlo entre su alumnos y de esta manera se logrará una

colaboración multidisciplinaria en el tratamiento de las enfermedades y una mejor atención para los pacientes.

Desafortunadamente, circunstancias ajenas a nuestra voluntad no nos permiten llevar a la práctica dicho programa. Sin embargo, la posibilidad de aplicarlo y de ser necesario, enriquecerlo y adaptarlo a las necesidades del momento, está abierta para cualquier profesional interesado en el tema.

CAPITULO I

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

1.1 ANTECEDENTES SOBRE EL ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN

Comunicarse es un acto tan natural y cotidiano que podría parecer muy sencillo de entender y estudiar, sin embargo, es una de las funciones primordiales de la raza humana sin la cual sería difícil conservar la especie, y por lo tanto es un complejo proceso.

Durante largo tiempo filósofos y psicólogos debatieron sobre una cuestión fundamental en el proceso de la comunicación: el pensamiento y sus componentes implicados en dicho proceso. Es decir, se preguntaban cosas como cuáles son las herramientas que el hombre necesita antes de poder pensar, y cuáles son las unidades de pensamiento que se hallan mezcladas en la comunicación.

Platón (427-347 a. de C., citado en Zambrano, 1998) sugirió que el pensamiento necesita símbolos mentales, imágenes que el hombre lleva siempre consigo. Sosteniendo que cuando queremos pensar sobre el mundo físico, nuestras unidades de pensamiento son solo pequeñas copias visuales de los objetos que representa, recibidas y conservadas intactas por la retina del ojo.

Más tarde Aristóteles (384-322 a. de C., citado en Berlo, 1960) se ocupó de reunir y desarrollar la retórica como primer intento de una teoría sistemática del proceso de comunicación en la cual se describía las características que debe tener el orador y el discurso con el objeto de convencer al oyente. Cabe mencionar que los principios persuasivos postulados por Aristóteles siguen vigentes en el ámbito de la psicología de la comunicación.

A principios de 1900, algunos psicólogos, entre ellos Wertheimer (1880-1943) y Watson (1878-1958), sostuvieron que el pensamiento no requiere imagen alguna, pues este implica, el manejo de símbolos y unidades de pensamiento.

Por otra parte, Shannon y Weaver (citados en Berlo, 1960) en su libro "The mathematical theory of communication" explican otra de las posibilidades que surgieron a mediados de siglo y que es hasta cierto

punto compatible con la teoría de Aristóteles pues postulan como componentes de la comunicación: una fuente, un transmisor, una señal, un receptor y un destino. Si por fuente entendemos el orador, por señal el discurso, y por destino al que escucha, tenemos un modelo igual al de Aristóteles más dos elementos agregados, el transmisor que envía el mensaje original y el receptor que lo capta para hacerlo llegar al destinatario.

Berlo (1960) hace referencia a la teoría expuesta por Sapir y Whorf en 1953 acerca de que el lenguaje humano tiene que ver en la percepción y el pensamiento, dicha teoría también establece que el lenguaje de una persona determina en parte lo que ve, lo que está pensando y los métodos que utiliza para pensar y tomar decisiones. Así, nombrar es esencial para pensar. Los nombres de que disponemos y las formas en que los utilizamos afecta lo que pensamos y nuestra forma de pensar. Al expresar su propia opinión, en la década de los sesenta, Berlo menciona que las divisiones hechas al proceso de comunicación podrían pecar de arbitrarias, pues éste es un proceso tan complejo y dinámico, en el que el individuo que fue receptor, puede ser también emisor o viceversa, al igual que los mensajes que son emitidos por una fuente están condicionados a lo que previamente se ha captado de un mensaje. Este modelo ha constituido la primera aproximación al proceso de comunicación humana propiamente y que intenta definir las condiciones necesarias para un proceso ideal de comunicación. Entre sus múltiples aplicaciones destacan aquellas que se refieren al campo de la pedagogía y a la capacitación.

1. 2 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN

Entre las características más importantes de la comunicación humana encontramos el hecho de que el hombre puede hacerse entender de muchas maneras. Puede hablar, oler, palpar, ver. Todas las percepciones sensoriales pueden ser portadoras de información.

Es posible establecer comunicación a pesar de una gran distancia espacial. El hombre ha desarrollado medios técnicos de comunicación que pueden superar grandes distancias.

También el hombre puede inferir nuevas informaciones a partir de otras que ya posee. En el manejo de éstas, el hombre tiene un número relativamente elevado de grados de libertad. Puede cifrar información ocultarla, denegarla falsearla, etc., su comportamiento respecto a ella no es en manera alguna una simple relación estímulo-reacción.

De tal manera, Hund (1972) menciona que para el establecimiento de una relación comunicativa son necesarios, al menos, dos interlocutores, dichos interlocutores se pueden caracterizar por distintas tareas. Pues en la respectiva relación comunicativa uno de ellos puede representar al emisor, y el otro, al receptor de manera alternada; es decir, una relación comunicativa presupone como mínimo dos interlocutores, de los cuales uno, al menos, dispone de las instalaciones de emisión, y el otro, de las instalaciones para la recepción, respectivamente, sin embargo ésta no basta todavía para garantizar un proceso de comunicación.

Habrá que exigir más bien que, allí donde existan emisor y receptor, se añada como tercer presupuesto la posibilidad de que establezcan una relación entre ellos. Pero para entenderse entre sí, deben disponer ambos del mismo repertorio de señales. La comunicación incluye el acto de comprender. Una señal debe llegar al receptor del modo pretendido por el emisor.

El mismo autor (Hund, 1972) menciona que la forma de apropiación del sistema de señales, que garantiza inicialmente la comunicación, puede ser definida por lo general de dos maneras:

A. Sistema innato de señales

Distinguimos al hombre de los animales por el hecho de que el sistema de señales de los animales es innato. Este sistema se define sobre todo por el hecho de que la relación entre emisión de la señal, recepción de la señal, intención del emisor, reacción del receptor se presenta simplemente como relación causal. No existe ningún grado de libertad, no hay transformaciones históricas ni influjos sociales, etc.

B. Sistema aprendido de señales

En el hombre, recepción y emisión de señales son funcionales de los sentidos. Por lo tanto, se puede distinguir de modo plenamente significativo un sentido visual, auditivo, olfativo, gustativo, táctil, térmico, etc., donde a su vez, cada uno de estos sentidos pueden ser portadores de señales. Así pues, las condiciones fisiológicas de la sensibilidad se podrían designar eventualmente como un tipo de código innato mínimo de condiciones formales para la comunicación humana.

Sobre el mismo punto, Bateson y Ruesch (1984) opinan que lo que distingue al hombre del resto de las criaturas es el poder organizar los objetos de su ambiente. El hombre ha dominado sus limitaciones físicas extendiéndose en el espacio y el tiempo. Su voz, audible en un perímetro de unos pocos cientos de metros, cuando mucho, puede ahora abarcar el globo y quizás excederlo, esto gracias a la capacidad de seleccionar, de llevar al máximo o minimizar ciertos aspectos de la percepción, esta cualidad que caracteriza el centro de comunicación humano y que además posee la facultad de retener huellas del pasado, es lo que diferencia al hombre del resto de los animales; los organicistas le dan el nombre de "cerebro"; mientras que los mentalistas prefieren referirse a ella como "psique".

Cualquiera que sea el nombre, es por ella que todos los factores de contenido de la comprensión humana son aprendidos. El repertorio humano de señales es, por tanto, en lo esencial una función de la sociedad humana y mostrará sus propiedades según el contexto social e histórico en el que se investigue.

El lenguaje es un medio de comunicación; el instrumento que sirve para hacer saber a los demás nuestra experiencia, Guiraud (1972) señala que esta definición adquiere todo su importancia en la reciente teoría de la comunicación –rama de la teoría de la información_ que nació hace unos treinta años de las investigaciones de Shannon, ingeniero en teléfonos.

Según la teoría anterior, la comunicación es la transferencia de la información por medio de mensajes. Un mensaje es una sustancia que ha recibido cierta forma; por ejemplo, las vibraciones acústicas del mensaje oral, los impulsos eléctricos del mensaje telefónico, las formas visuales del mensaje escrito, el surco grabado del disco fonográfico, etc.

El mensaje es emitido por un emisor y recibido por un receptor, es transferido del primero al segundo por un canal: el aire, el disco, la carta, la línea telefónica, etc.

La puesta en forma de la sustancia-mensaje constituye la codificación; y, al realizarse la recepción, la identificación de esa forma es la decodificación. En el curso de la comunicación puede haber, y muy a menudo hay, recodificación: el mensaje recibe una nueva forma, ya sea en su propia sustancia, ya en una sustancia nueva. Por ejemplo, dicto un telegrama (forma acústica), que es transcrito (forma gráfica), la cual es traducida a Morse (forma mecánica) y por último el mensaje es transmitido en forma de impulsos eléctricos.

De acuerdo con Berlo (1960) Algunas otras características son:

A. **La comunicación es dinámica:** El nivel en que se da el cambio en la interacción humana no es uno de particularidades aisladas, ni siquiera de combinaciones de elementos; se produce, más bien, en el nivel más inclusivo de la conciencia: el sentido que tiene cada uno del acontecimiento en su totalidad. Así, el cambio dinámico implica una transacción que no es estática, aunque mantiene a través de todas sus fluctuaciones su estabilidad y su identidad.

Hay una cierta propiedad elástica, evolutiva en la experiencia de comunicarse con otro ser humano.

B. La comunicación es irreversible: La irreversibilidad presupone que las personas ocupadas en la comunicación sólo pueden avanzar de un estado al siguiente. Concede además importancia a la espontaneidad del momento de experiencia existente y a la significación acumulativa de lo que manifiesta. A medida que se produce el flujo y reflujo de la comunicación, su contenido y significado se amplían permanentemente. Cada fase de la secuencia en curso contribuye a definir el significado asignado a cada aspecto sucesivo de lo que se dice y se hace. Vista a esta luz, una vez que comienza la transacción, no puede haber reiteraciones, nuevo principio, ni manera alguna de empezar otra vez.

C. La comunicación es proactiva: Cuando una persona se embarca en un acto de comunicación lo hace totalmente; se involucra nada menos que toda su dinámica de persona y su campo de experiencia inmediato, total. La idea del hombre en cuanto espectador ajeno, lector objetivo y desapasionado del medio ambiente, no es más que una ilusión.

El hombre reacciona a lo que le rodea, y al hacerlo obra a su vez sobre el medio ambiente al elaborar sentido, asignar significación, descartar, distorsionar algunos ítems, agregar otros, y ordenar la corriente del pensamiento consciente mediante reglas y tácticas en buena medida singulares de su propia química.

D. La comunicación es interactiva: El ciclo de yo a mundo y regreso no tiene límites, ya que el organismo humano no vive como una entidad independiente, apartada. La condición mínima para la comunicación es la observación más o menos constante de los dos dominios de la experiencia, el físico y el simbólico. Ningún acontecimiento de nuestro mundo físico tiene una significación independiente o propia; como tampoco la actividad

dentro de nosotros. El significado se da, más bien, cuando interpretamos los objetos de nuestra experiencia o les asignamos significación.

El término interacción sugiere una influencia recíproca. Esta influencia mutua puede tener lugar en dos frentes en cuestiones de comunicación. Uno es un nivel individual, o intrapersonal, donde la persona asigna significación a mensajes aparte de la presencia de otra persona. La segunda forma de interacción es interpersonal; tiene lugar entre dos o más partes y consiste en un proceso complejo por medio del cual cada una mantiene un marco de referencia compartido, o coorientación.

La noción de interacción involucra la idea mucho más compleja de interdependencia; proceso de influencia mutua entre incontables factores, todos ellos funcionando conjuntamente de manera que los cambios en cualquier conjunto de fuerzas dado afecta las operaciones de toda la demás actividad constitutiva de un campo de experiencia total.

- E. La comunicación está referida al contexto:** La comunicación no tiene lugar nunca en el vacío: no es un proceso "puro", carente de extracción o de referencias a situaciones; exige siempre por lo menos una sensibilidad mínima al ámbito físico inmediato, una toma de conciencia de ambiente o lugar, que influye a su vez sobre el flujo y reflujo de lo que se considera personalmente significativo.

La capacidad de actuar respecto de sí mismo no requiere otra persona. Sin embargo, el poder del yo se ejerce efectivamente con fuerza en todos los contactos interpersonales. El hombre es único entre los animales porque se puede encarar desde el punto de vista de los demás, es tanto objeto como sujeto en todos sus tratos con los demás. Una persona aprende por medio de la interacción social a pensar por sí misma desde el punto de vista de los demás. El hombre,

puede, al sumir la posición o papel de otros, salir de sí mismo, por así decirlo y contemplar desde ahí sus propias acciones.

La comunicación no sólo confirma las orientaciones respecto de sí mismo, sirve además para guiar la conducta futura. De manera que un cambio de orientación a uno mismo implica que alguna especie de interacción social ha fluido sobre la manera en que una persona se ve a sí misma. Si bien hace falta característicamente más de un solo acontecimiento para alterar el concepto de sí mismo, se puede dar cambios dramáticos en un lapso breve.

1.3 DIFERENTES CONCEPTOS

Etimológicamente, comunicar significa "poner en común". De acuerdo con Hund, (1972), a este nivel corresponden al concepto de comunicación una larga serie de significados. Es decir, es un fenómeno que caracteriza a la humanidad, por ello, es que es tan amplio y abordado por diferentes disciplinas humanas, entre ellas, la sociología, la filosofía, la medicina, la cibernética y por supuesto, la psicología.

Para Montague (1979), comunicación es el nombre que damos a las innumerables formas que tienen los humanos de mantenerse en contacto, no sólo a las palabras (escritas o habladas), sino también a las distintas manifestaciones del arte, los gritos, susurros, inclinaciones de cabeza, señas, gestos, etc. De esta manera, se podría pensar en que es un conjunto de signos y símbolos (ver glosario), pero es algo más que medios y mensajes, información y persuasión; dado que responde a una necesidad más profunda y sirve a un propósito más elevado. Ya sea clara o defectuosa, turbulenta o silenciosa, deliberada o fatalmente accidental, la comunicación es el terreno de encuentro y la base de la comunidad. Es de acuerdo con el autor antes mencionado, la forma de contacto humano esencial.

Por su parte, Murray y Zentner (1975, citados en Joseph y Hames, 1980), mencionan que la comunicación establece un sentido de comunidad con otro y permite compartir información, señales o mensajes en forma de ideas o sentimientos. Es además un proceso continuo que involucra tanto los mensajes verbales como los no verbales. Así, un proceso de comunicación exitoso es aquel que ocurre cuando la idea, pensamiento o mensaje transmitido a otra persona es entendido por ésta, sin importar los medios a través de los cuales se haya hecho llegar dicho mensaje.

Para Stewart (1970), la comunicación es un proceso mental-físico cuya función es elicitar o hacer tangente el significado a que se apunta. Podría pensarse que esta definición es demasiado amplia puesto que el género "proceso mental físico" abarca demasiado y, por consiguiente, resulta lógicamente ambiguo. Pero, lamentablemente, el género no puede reducirse en su alcance debido a la naturaleza misma de su referente: es una relación entre algo mental (ideas) y algo físico (percepciones y palabras). Sus expresiones reducidas incluyen la relación entre las ideas específicas que algún hablante trate de comunicar y las palabras específicas empleadas como vehículo con este propósito.

Existe una correspondiente relación diádica con respecto al intérprete, a saber; la relación entre las palabras realmente percibidas por él y las ideas que él elicita a partir de sus percepciones. Debe notarse que lo que él interprete o percibe de hecho puede ser diferente de lo realmente dicho o escrito.

Así la comunicación requiere la existencia de alguna clase de complejo simbólico físico, es decir algo que permita dar uniformidad al proceso. La comunicación se refiere al uso deliberado, intencional de complejos simbólicos físicos justamente con el propósito de elicitar significados específicos en la mente de otro ser humano. Lo que es de fundamental importancia en el estudio de la comunicación humana es

su función psicológica, es decir, la elicitación del significado al que apunta y el significado se refiere a ideas.

Esto implica que además del empleo de los órganos sensoriales del hombre, la investigación sobre comunicación es necesariamente una búsqueda de conocimiento respecto de la mente del hombre, como resultado de su exposición a diversos estímulos físicos.

De acuerdo con Martensen (1978), la comunicación no es un fenómeno aislado o un proceso singular meramente idealizado, sino un conjunto de procesos constitutivos interrelacionados que obran en diversos niveles de complejidad y no adquieren significación sino en el contexto de sistemas de conducta más vastos intrapersonales, interpersonales o socioculturales.

En lo anterior, es importante considerar que el hombre es la única de las criaturas vivas que tiene la capacidad de ocupar simultáneamente los dos reinos de la experiencia, el físico y el simbólico. No está en la naturaleza del hombre el participar totalmente de uno de esos mundos con exclusión del otro. No puede ser espectador ajeno en ninguno de los dos. Después de todo, los hechos físicos no son explícitos por sí mismos. No llevan aparejado ningún significado automático o conveniente, es decir, no podemos "divorciar" nuestra participación en el reino físico, de la manera en que representamos nuestra experiencia en el abstracto, ya que ambas están inexorablemente entrelazadas.

"No son los acontecimientos mismos, sino cómo los hombres elaboran los acontecimientos, lo que determina qué habrán de ver, qué habrán de sentir, pensar y responder" (Barlund, 1968, citado en Martensen, 1978).

Es decir, el ser humano mira este mundo a través de formas o templete transparentes que crea, y después trata de entallar a la realidad del mundo. Aún cuando este "entallado" no sea exacto, sin tales formas el mundo parece ser tan homogéneo, que el hombre es incapaz de entenderlo.

La comunicación se produce toda vez que las personas atribuyen significado a la **conducta** (entendiendo por conducta, no sólo las palabras o expresiones verbales, sino también gestos, expresiones corporales, etc.) relacionada con un mensaje,

A pesar de las distintas disciplinas que han hablado de ella, y de las diferencias existentes entre éstas, el campo de la comunicación está conectado con las relaciones humanas. De acuerdo con Bateson y Ruesch (1984), hablamos de comunicación cuando el mensaje emitido por alguien, cambia la conducta de quien lo recibe, y la conducta que éste emite influye (ya sea de manera perceptible o no) en los actos de quien envió el mensaje. Desde este punto de vista, el complejo proceso de comunicar inicia cuando hay un reconocimiento mutuo entre los participantes, de haber ingresado en el campo perceptual del otro.

Después de esta breve revisión acerca de los diferentes conceptos de comunicación, se tienen los elementos necesarios para contestar la pregunta con que inicia este capítulo, "¿Qué es la comunicación?"; como es posible observar, la mayoría de los autores coinciden en que la comunicación no es un fenómeno aislado, sino un proceso complejo en el que se transmiten ideas, pensamientos y sentimientos a otros individuos, utilizando distintos medios como son: palabras (escritas o habladas), gestos, imágenes, manifestaciones artísticas, etc., que tienen como finalidad influir en la conducta de quien recibe el mensaje, conducta que a su vez, repercutirá en el comportamiento del emisor.

Al respecto, Silverstein (1985) considera la comunicación oral como una técnica que se puede usar para engañar a una persona, para hacerla feliz o melancólica, así como para establecer nuevas ideas en su cerebro; puede hacer desear cosas que no se tienen o el propio individuo puede emplearla para controlarse a sí mismo, en pocas palabras, la comunicación oral es una herramienta enormemente poderosa con un gran número de aplicaciones.

Es por ello, que su correcto uso, será de gran relevancia para el propósito de este trabajo.

1.4 ENFOQUES PSICOLÓGICOS

Desde un enfoque psicológico, la comunicación es un proceso que ocurre cuando diferentes sucesos están relacionados estrechamente. A la Psicología le interesan los sucesos mentales o de la conducta. De acuerdo con Berlo (1960) este punto de vista psicológico o personal de la conducta, pretende estudiar lo que sucede entre el momento en que un individuo está expuesto a un mensaje y el momento en que este mismo individuo responde a ese mensaje.

La Psicología de la comunicación por lo tanto, debe tener como objetivo las relaciones entre los diferentes sucesos mentales o del comportamiento. En el caso más común y familiar, lo que un orador dice es un conjunto de eventos, y lo que el oyente entiende es otro conjunto; si estos acontecimientos están estrechamente relacionados, se dice que existe comunicación. Así, tenemos que a pesar de las distintas disciplinas que han hablado de ella, y de las diferencias existentes entre éstas, el campo de la comunicación está conectado con las relaciones humanas.

Sin embargo, la Psicología de la comunicación no se limita al habla y a la escucha; hay otras clases de eventos intencionales o no intencionales, que también pueden servir a su propósito. De hecho, esta disciplina incluye el estudio de la comunicación oral entre la gente, y las diferentes clases de comunicación no hablada que se dan cuando dos o más individuos interactúan, incluyendo la comunicación que se da entre los animales.

No obstante, autores como Silverstein (1985), consideran que la comunicación oral entre las personas es la más interesante, y probablemente la más importante. Por lo que no es una tarea opcional de la que el ser humano pueda librarse, puesto que su misma naturaleza social le impulsa necesariamente a ella. Ser es, por

tanto, comunicarse Scott y Powers (1985, citado en Marroquin, 1995) parten de tres principios:

El primer principio que proponen estos autores, considera que las personas se comunican, porque esa comunicación es totalmente necesaria para su bienestar psicológico. Su segundo principio afirma que la comunicación no es sólo una necesidad humana, sino el medio de satisfacer muchas otras. El tercer principio menciona que la capacidad de comunicación interpersonal, no debe medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunicativa ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en que facilita a los otros la satisfacción de las suyas.

Por otra parte, es necesario recordar que dentro de la Psicología existen diversas áreas con propuestas distintas cada una respecto de varios temas, la comunicación no es la excepción y a continuación vamos a conocer que dice cada una de ellas respecto al tema que nos interesa.

Desde la psicología social (Kendall y Norton, 1988), comunicar es la capacidad que el individuo posee para percibir entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás.

Otra de las áreas de la Psicología involucradas en el estudio de la comunicación es la Psicología Clínica, que de acuerdo con la definición que en 1935 formuló la American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología; citado en Kendall y Norton, 1988) es una forma de psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo.

La Psicología clínica, que es la rama en que se ubica el campo de acción de este trabajo, es una de varias disciplinas que hay en el campo de la psicología y la salud mental, y que a diferencia de éstas, no se vale de medicamentos o cirugías, sino que aplica la Psicoterapia.

Bateson y Ruesch (1984) definen la psicoterapia como la interacción y acontecimientos que se dan, entre las personas que buscan superar el fracaso de no conocer el arte de vivir (eventualmente los pacientes) y quienes creen conocer todo lo referente a dichos fracasos y procuran producir la mejoría: los terapeutas.

Es necesario aclarar que hay muchos tipos de Psicoterapia, pero según Kendall y Norton (1988) todos ellos tienen en común cuatro características:

- A. El psicoterapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente.
- B. El Psicoterapeuta ayuda a su paciente a emprender una autoexploración psicológica.
- C. El psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal.
- D. El psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida en forma autónoma y eficaz.

El proceso de terapia abarca también las formas en que el cliente y el terapeuta se perciben mutuamente y perciben la relación terapéutica, lo cual es importante para el resultado final de la terapia. Es en este punto donde la comunicación cobra gran importancia dentro del proceso terapéutico.

Sin embargo, de la Psicología Clínica se derivan varios enfoques, por lo que los tipos de psicoterapia son diferentes, de acuerdo al tipo de enfoque o corriente a la que pertenezcan.

Desde el enfoque sistémico, la comunicación consiste en la transmisión de las ideas. Es el recurso que empleamos para establecer contacto con nuestros semejantes, cuando tenemos la intención de mantener relaciones con ello. Por ello, es difícil concebir la existencia de buenas relaciones cuando las comunicaciones son malas y no podrá haber coordinación en ninguna actividad común sin el empleo de adecuados sistemas de comunicación (Kendall y Norton, 1988).

Cuando una persona está sola, el sistema de comunicación se limita a ese organismo, si existieran dos personas, la red comunicativa las abarcaría ambas. Cuando hay muchas personas, la red incluye a la totalidad del grupo, y si consideráramos varios grupos, podríamos hablar de red cultural. En un sistema unipersonal, las señales se desplazan a lo largo del propio cuerpo. En un sistema compuesto por dos ó más individuos las señales se desplazan a través de los cuerpos y del medio que los separa.

El organismo de un hombre en su totalidad puede ser concebido como un instrumento de comunicación, equipado con órganos sensoriales, los receptores; órganos efectores, los emisores; transmisores internos, las vías nerviosas y humorales, y un centro: el cerebro. Aún cuando esto pudiera parecer un sistema diseñado con la única y evidente intención de comunicar, es importante aclarar que como seres humanos, la persona no recibe mensajes y enseguida comienza todo un proceso de análisis con el fin de divulgarla, sino que esto se hace de manera prácticamente inconsciente y automática. Aunque claro, esto dependerá de la clase de mensajes y situaciones en que se de la información, pues habrá un procesamiento y significado distinto, para un mensaje de índole personal que para un asunto de negocios. Sin embargo, toda acción constituye tanto un mensaje para nosotros como para los demás. La expresión y transmisión de valores, ocupan un lugar central dentro del proceso de comunicación, pues involucra información acerca de las cosas que han

sido elegidas y más aún de aquellas que pudiendo haber sido seleccionadas, no lo fueron. Y es precisamente, la capacidad de seleccionar, de llevar al máximo o minimizar ciertos aspectos de la percepción, lo que caracteriza los sistema de comunicación humana. Además este centro posee la facultad de retener huellas de experiencias pasadas. Evidentemente, lo que se retiene no es la experiencia pasada sino una representación simbólica que tiene la función de representar dentro del organismo humano un modelo reducido de todos los hechos que fueron experimentados en el pasado.

Otro de los enfoques de la Psicología Clínica, es el psicodinámico, cuyo antecedente más antiguo, lo encontramos en Sigmund Freud (1856-1939), quien sin duda planteó una de las perspectivas de mayor influencia en el estudio de los trastornos mentales.

Para dar forma y orden a la enorme complejidad del comportamiento humano, Freud propuso una división hipotética de la mente en varios sistemas, constituidos por grupos de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías). Las tres instancias que componen el aparato psíquico, se encuentran dotadas de energía propia capaz de actuar o de oponerse una a la otra, dando como resultado el conflicto psíquico (Díaz, 1990). Dichas instancias son:

- A. **ELLO:** Es la región más primitiva, contiene los instintos (o impulsos) y es fuente de la energía psíquica del hombre. Su función es liberar la energía generada en el organismo por estimulación interna o externa y mantener un nivel mínimo de tensión. Procura la satisfacción de los impulsos y actúa conforme al principio de placer. También se le conoce como **ID.**
- B. **EGO:** A medida que las restricciones del mundo externo afectan el organismo, una parte del Id se desarrolla y se va diferenciando. Su cometido es procurar la satisfacción de

los impulsos, pero al mismo tiempo, debe tomar en consideración las exigencias de la realidad. Por lo tanto, se dice que su actuación se rige por el principio de realidad, haciendo las veces de mediador entre la realidad y los impulsos del id. En pocas palabras, el ego o YO debe equilibrar:

- a) Las exigencias de una satisfacción total de los impulsos biológicos.
- b) Las exigencias constantes de la realidad externa.
- c) Las órdenes del superego.

C. **SUPEREGO:** Esta estructura se postula para representar la esfera de los valores morales en la conducta humana, es decir, el superego valora los actos conforme a las normas morales; suele identificarse con la idea de conciencia. Es frecuente que se le una el sistema del ego ideal, integrado por valores aprendidos, da al sujeto una imagen de la clase de persona que debe ser (Fages, 1974).

La terapia psicoanalítica depende básicamente de la comunicación oral entre paciente y terapeuta, en la que los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se vuelven conscientes a través de las interpretaciones que hace el terapeuta de la información que su paciente le brinda. La finalidad de tratamiento es liberar al individuo de sus síntomas, angustias e inhibiciones, haciéndolo capaz de gozar y ser más eficaz en su trabajo. Para ello, hay que hacerle consciente los contenidos de su psiquismo inconsciente que generan su neurosis, destruyendo sus resistencias y mecanismos de defensa orientados contra su propio inconsciente, para que éste pueda ser mejor comprendido, aceptado y satisfecho.

La entrevista es el instrumento primordial de exploración psicoanalítica. De acuerdo con Sullivan (1959, citado en Díaz, 1990) la entrevista es principalmente, una situación de comunicación vocal, en grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una

base progresivamente desarrollada de experto-paciente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, especialmente aquellas productoras de dificultades.

Otra técnica es la asociación libre; en la que se pide al paciente que mencione todo lo que se le venga a la mente sin ninguna selección. Tanto los pensamientos "buenos", como "malos", referentes a él mismo, a cualquier persona o al propio psicoanalista, estén o no, relacionados entre sí (Kendall y Norton, 1988). Lo anterior, es debido a que se considera que una declaración referente a algo que el paciente haya dicho o hecho, puede ayudar a identificar características importantes de su comportamiento.

Más tarde, y a lo largo de diversas investigaciones, algunos terapeutas con tendencia psicoanalítica, han considerado que para que una relación terapéutica sea eficiente, es esencial el desarrollo de una relación adecuada de trabajo entre el paciente y la persona que lo atiende. Esta relación es una experiencia interpersonal única, en la cual el primero percibe el calor, la confianza, la aceptación y el entendimiento, que quizá nunca ha encontrado con algún otro ser humano. Esto último es aplicable no sólo a las terapias psicoanalíticas, sino a cualquier disciplina que esté involucrada con el cuidado de la salud tanto física como mental.

Dentro del enfoque fenomenológico, destaca la postura de Carl Rogers, quien pone énfasis a las experiencias psicológicas del momento presente y se base en la creencia "humanista" de que todas las personas se sienten motivadas para mejorarse a sí mismas. Para ello, es necesario que el terapeuta establezca una relación cálida y comprensiva con las personas que acuden a él, a quienes Rogers denominó "clientes". A diferencia de la terapia psicoanalítica, se aceptan los informes del cliente como fuentes de información válidas y confiables sin importar cómo le parezcan al terapeuta, tratando de no interpretar. Las condiciones específicas que se desean

en el terapeuta son autenticidad y congruencia, empatía precisa y apreciación positiva incondicional.

Al respecto, Sidney (1987), menciona algunas características que debe cumplir el terapeuta y que están íntimamente relacionadas con el proceso de comunicación y empatía.

- A. Escuchar con atención y comprensión a la persona con problemas.
En caso de que el paciente se resista a confiar en él, debe manejarse con tacto y habilidad profesional.
- B. Respetar al paciente, sin manipularlo ni imponerle condiciones.
- C. Ilustrar y desmitificar las relaciones del paciente con otras personas, tratando de averiguar y esclarecer la influencia de éstas en la salud del mismo.
- D. Prestar atención al "lenguaje corporal" y a los sueños del paciente, con el fin de discernir indicios sobre sus posibilidades de desarrollo y percepciones demasiado dolorosas.
- E. Invitarlos a desarrollar una mayor proximidad, ya que la mayoría de las personas, pasan gran parte de su enfermedad sin tener contacto físico o sensorial con el aquí y el ahora. Más bien se preocupan compulsivamente por el futuro o se dedican a recordar fracasos y placeres anteriores.
- F. Observar a la gente como fuente de posibilidades fantásticas, ya que generalmente cuando alguien busca ayuda profesional, su opinión de sí mismo ha empezado a ser la de una persona con poca fuerza y valor personal,
- G. Inspirar fe y esperanza en sus pacientes, la cual es un elemento indispensable en lo que a la curación se refiere, pues las actitudes y creencias de las personas aceleran o retrasan el proceso de alivio.
- H. Desempeñarse como modelos de profesional ético y humano, pues sería difícil confiar en alguien que a pesar de recalcar la autenticidad sea falso, manipulador e hipócrita.

Finalmente, se revisará la perspectiva basada en el aprendizaje, la cual constituye uno de los métodos de estudio de la conducta anormal que ha adquirido mayor difusión e influjo. Entre las razones para ello, encontramos su respetabilidad científica, pues se vale de conceptos fundamentales de la teoría del aprendizaje y se apoya en datos empíricos. Además, ofrece programas de tratamiento bien definidos, contribuyendo enormemente a la objetivación de la Psicología, razón por la cual, se ha considerado el enfoque apropiado para trabajar el tema de **“La comunicación en la relación médico-paciente”**.

Respecto a dicho tema, la teoría del desarrollo del lenguaje cumple un papel clave en el pensamiento conductista; según esta, el bebé humano produce de manera natural algunas sílabas separadas, pero el resto es producto de una respuesta circular condicionada, pues al escuchar los primeros sonidos que emite su hijo, la madre los repite produciendo un estímulo condicionado y provocando la repetición en el bebé, quien aprenderá a imitar una gran cantidad de sonidos, refinando poco a poco el proceso. (Marx y Hillix, 1983). Como es de notarse, para la perspectiva del aprendizaje social el ambiente es determinante en el desarrollo humano, aún cuando Watson aceptaba la importancia de las tendencias conductuales heredadas, consideraba que la conducta dependía del modo en que el ambiente actuara sobre dichas estructuras heredadas.

Cabe mencionar que en los últimos años se ha adquirido un mayor interés por los procesos cognitivos, y actualmente se asume una actitud mucho más abierta respecto a la inclusión de los procesos internos antes mencionados.

Sin embargo, para este enfoque; la comunicación en primer lugar tiene que ver con el desarrollo de relaciones interpersonales, y por lo tanto con las habilidades sociales.

El hombre es un ser social por naturaleza y requiere de su entorno para desarrollarse integralmente, y que a diferencia de otras especies, es en gran medida, un contexto social. Resulta entonces fundamental el desarrollo de las habilidades que permitan relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas. La meta del desarrollo social es lograr un nivel de autonomía personal que le permita su propia autoafirmación, junto con actuar y comprender la interdependencia entre las personas y su grupo social.

De acuerdo con Hidalgo y Abarca (1994), la familia, es el grupo social básico donde se producen los primeros intercambios de conducta social y afectiva, valores y creencias, tiene una influencia decisiva en el comportamiento social. Los padres son los primeros modelos significativos de conducta social afectiva y los hermanos constituyen el subsistema primario para aprender las relaciones con sus pares. Por otra parte, los padres transmiten ciertas normas y valores respecto a la conducta social, ya sea a través de información, refuerzos discriminativos, castigos y sanciones, comportamiento y modelaje de conductas interpersonales, en las que por supuesto, va inmiscuida la comunicación. Los niños son enseñados a que los demás observan su apariencia y su comportamiento social, Esta tendencia a focalizarse en uno como objeto social no está presente en infantes no sólo porque tienen falta de entrenamiento en la socialización, sino porque no tienen las habilidades cognitivas que se requieren. Cuando esta autoconciencia es aguda, se pueden producir serios problemas de timidez. Los adolescentes deben hacer amigos (as), aprender a conversar, participar en diferentes grupos de actividades extracurriculares, tener un grupo de iguales al que se sienta integrado e identificado y aprender diferentes comportamientos que lo lleven a una vida sexual satisfactoria.

Posteriormente, en la vida adulta, la persona requiere desarrollar habilidades para el trabajo, realización de tareas en

equipo y habilidades interpersonales con su pareja. En la vejez también se requieren destrezas específicas para enfrentar las problemáticas propias de esa etapa de la vida.

En definitiva, la conducta social es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y competencia, están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal, que debe ir adaptándose a las diferentes tareas y funciones del individuo, de la familia y de los roles sociales que cada uno debe cumplir en la vida.

Desde este enfoque, uno de los aspectos más relacionados con la comunicación, es el concepto de asertividad, el cual apunta a un gran conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que siente y las creencias, en forma adecuada al medio, en ausencia de ansiedad. Para ello, se requieren naturalmente buenas estrategias comunicacionales y habilidades sociales específicas,

De acuerdo con Wolpe (1977), el entrenamiento asertivo es aplicable predominantemente al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como respuesta ante la gente con la que el paciente interactúa. Son numerosas las situaciones en las que la conducta asertiva es el instrumento terapéutico adecuado. En dichas situaciones, se encuentra que el paciente se inhibe de la ejecución de una conducta "normal" debido a un miedo neurótico, estando imposibilitado para decir o hacer cosas que parecerían normales y correctas a los ojos de cualquier otro individuo, además, puede haber cosas que no se pueden dejar de hacer y que son dañinas para el paciente.

Las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá, recíprocamente, una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual

dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de la respuesta de ansiedad.

Es de suponerse que la conducta asertiva incrementada beneficia la paciente en dos formas significativas: en primer lugar se considera que comportarse de manera más asertiva inspirará en el cliente un mayor sentimiento de bienestar, pues reducirá los niveles de ansiedad. Por otra parte, al comportarse de manera más asertiva, el individuo será capaz de lograr recompensas sociales y materiales significativas, obteniendo mayores satisfacciones en su vida.

De acuerdo a los autores Galassi & Galassi (1978, citado en Hidalgo y Abarca, 1994) en la asertividad habría que considerar comportamientos interpersonales en determinadas áreas: personas particulares que tienen roles definidos y que definen diferentes reglas de comunicación y además contextos situacionales diversos, Siguiendo este enfoque, se distinguen tres dimensiones en el concepto de asertividad.

- A. **Dimensión conductual:** que se refiere específicamente a las áreas de comportamiento interpersonal.
 - a) Defensa de los propios derechos
 - b) Rehusar peticiones
 - c) Dar y recibir cumplidos
 - d) Iniciar, mantener y finalizar una conversación.
 - e) Expresión de afectos positivos (amor, cariño, respeto).
 - f) Expresión de afectos negativos (enojo, rabia, ira).
 - g) Expresión de opiniones personales incluyendo el desacuerdo.
- B. **Dimensión personal:** Estos roles determinan ciertas conductas sociales que se esperan como adecuadas a la definición de la relación.
 - a) Amigos y conocidos
 - b) Novia, esposa
 - c) Padres
 - d) Figuras de autoridad

e) Extraños

f) Relaciones Profesionales.

C. **Dimensión situacional:** amplia gama de contextos y situaciones en que se da la interacción y el grupo sociocultural que define normas y valores. Esta tercera dimensión contextual define el ambiente físico y contextual en que se da una relación.

1.5 FORMAS DE COMUNICACIÓN

Cada ser humano es singular en cuanto al tipo de comunicación que experimenta, el espectro y la sucesión de los acontecimientos sociales, y los roles que mantiene cuando está dedicado a la comunicación.

Por otra parte, el comunicarse con otro impone un cambio claro en la percepción de uno mismo. El cambio exigido es esencialmente un alejamiento de la comodidad y seguridad de la preocupación por sí mismo, en dirección de un marco de referencia más abarcador que incluye el campo de experiencia de la otra persona. Una orientación interpersonal requiere, disposición para ir más allá de los reclamos del yo, y compartir una relación interpersonal y subjetiva.

Lo anterior, es sumamente importante desde el punto de vista de la psicoterapia, que como ya antes se mencionó es la forma en que la Psicología Clínica ayuda al paciente con conflictos de índole emocional o conductual a superar dichas dificultades. Además de la Psicología, otras ciencias relacionadas con el cuidado de la salud mental; entre ellas, la medicina, han comenzado a buscar la manera de mejorar la relación médico.paciente que tradicionalmente se ha dado.

Esta búsqueda se inició cuando Enid y Michael Balint (1970) cayeron en la cuenta de que los médicos necesitaban ser preparados no sólo para curar los males orgánicos de los pacientes, sino también

para escuchar y entender a sus enfermos. Consideraron la psicoterapia como una buena opción, concibiéndola como la acción recíproca de dos personas, una de ellas, el terapeuta, que con su habilidad profesional, crea y sostiene, una atmósfera en la que el enfermo puede revelarse y reconocerse. Obligado por sus síntomas y sus sufrimientos y en respuesta al ambiente proporcionado por el terapeuta, el enfermo acepta dejar salir a la luz algunas partes de su personalidad, de su carácter y de sus antecedentes remotos.

Para que al médico le sea posible entender al paciente, es necesario que conozca las distintas formas que el ser humano tiene para comunicarse. Estas se describen a continuación:

1.5. 1 COMUNICACIÓN VERBAL

De acuerdo con Purtilo (1973), todo aquel profesional que brinda asistencia para comunicarse de manera verbal con sus pacientes requiere:

- A. Establecer rapport y conseguir un mejor conocimiento de su paciente a través de la conversación casual.
- B. Obtener información del estado actual del paciente y sus progresos.
- C. Colectar información pertinente acerca del paciente y consultarlo con otros profesionales de la salud.
- D. Dar instrucciones precisas al enfermo y a su familia y verificar si han sido entendidas.

A pesar de su importancia, la comunicación verbal representa sólo una pequeña parte de la comunicación humana total. Por ello, Joseph y Hames (1980), sugieren algunos principios para facilitar la comunicación entre paciente y médico.

- A. Repetir los mensajes más de una vez utilizando formas de comunicación distinta a la palabra hablada.
- B. Los mensajes deben ser tan claros y específicos como sea posible, poniendo especial énfasis en los términos técnicos o palabras que

el paciente desconoce, así como en las palabras que pudieran tener algún significado ambiguo.

- C. Uno de los principales requisitos de una buena comunicación verbal es el aprender a escuchar atentamente, éste es un proceso activo que involucra más que la mera estimulación nerviosa que nos permite oír.

De acuerdo a Lewis (1970, citado en Purtilo, 1973) escuchar eficientemente implica tres ingredientes: disciplina, concentración y comprensión, lo cual llevará a no sólo captar el mensaje, sino a interpretar lo que el paciente necesita y siente, y por lo tanto, actuar en consecuencia de manera adecuada.

Sin embargo, cada médico es distinto al igual que las personas que atiende, por ello, ambos siempre deben estar seguros de lo que el otro está diciendo. Otros aspectos que el médico o cualquier profesional de la salud debe cuidar para lograr una comunicación eficiente con sus enfermos son:

A. La manera en que da instrucciones al paciente:

- a) **Vocabulario:** Debe evitarse la omisión de ideas importantes, el uso de palabras incorrectas, así como descripciones largas y complicadas que confunden más que clarificar.
- b) **Claridad:** Mensajes de alta calidad, correctos técnicamente y con alto contenido científico pierden su impacto cuando se articulan pobremente, se habla lentamente o con una voz poco entendible. A fin de facilitar el proceso de curación se deben evitar ambigüedades, y evitar que el paciente se angustie porque no escucho o no entendió lo que se le está diciendo.
- c) **Organización:** Se refiere a evitar saltar de un tópico a otro, ya que se trata de que el paciente siga un procedimiento, que será muy difícil de entender si no se le explica paso a paso. Además es conveniente usar diagramas escritos que apoyen las instrucciones verbales.

B. Su actitud: Los sentimientos y actitudes del médico hacia sus pacientes determinan en gran medida la eficacia del tratamiento. Para ello, son importantes elementos como:

- a) El sentido del humor, que permite que el paciente descargue su tensión y se sienta más cómodo y en confianza para hablar de todas sus preocupaciones. Por supuesto, esto no se debe confundir con el sarcasmo.
 - b) El tono y volumen de su voz que inspiren confianza en el médico, y que denoten el interés de éste por el paciente
 - c) El grado en que tanto orador como receptor son capaces de escuchar efectivamente. Esto implica que:
- El médico debe aprender a escuchar atentamente a su paciente.
 - Debe reconocer cuando su paciente lo está escuchando y comprendiendo.

1.5.2 COMUNICACIÓN NO VERBAL

Coullins (1977, citado en Joseph and Harnes, 1980) se refiere a esta forma de comunicación como la manera en que los seres humanos, se influyen uno a otro sin palabras. Este tipo de conducta es frecuentemente mucho más relevante, espontánea y sincera que nuestra expresión verbal, ya que ésta última la mantenemos bajo control y nos ayuda a esconder nuestros verdaderos sentimientos. Sin embargo, los mensajes no verbales son difíciles de descifrar y se debe estar atento a lo que ellos expresan tanto por parte del médico, como en las actitudes del paciente, las cuales no son más que la respuesta a los mensajes verbales recibidos y por lo tanto, indicios de si la persona está o no, entendiendo.

Algunos aspectos importantes de la comunicación no verbal, tienen que ver con aspectos culturales, respecto a ellos, Hall (1959) menciona las señales que la gente usa para expresar sus actitudes y/o costumbres; por ejemplo, cuánto se puede retrasar un hombre cuando

tiene una cita sin comunicar una falta de respeto o a que distancia se puede mantener la gente para comunicar sólo relación y no amistad.

Uno de estos aspectos, y que además tiene gran importancia en la relación médico paciente es el **contacto físico**, el cual es esencial en el desarrollo de la mayoría de las relaciones humanas, debido a que permite que las personas sientan la ternura, el apoyo emocional y muchas otras cosas, que los demás le están brindando. Sin embargo, no a todas las personas les agrada el que se les toque continuamente, por ello, el médico debe discriminar con quienes y cuando será adecuado realizar este tipo de contactos.

Fitzpatrick y col. (1984), mencionan algunos otros aspectos importantes de la comunicación no verbal, son el **contacto visual**, que generalmente precede a una conversación y se da durante el transcurso de ésta, indicando sorpresa, acuerdo, enojo, o incluso el deseo de interrumpir la conversación. Entre los hallazgos interesantes se ha encontrado que mientras las personas hablan mantienen menos contacto visual con su interlocutor que cuando sólo escuchan. De igual manera, si el contacto visual es interrumpido abruptamente o se reduce, la naturaleza de la conversación se vuelve más formal, impersonal y breve. Aunque también al estar muy cerca, se tiende a evadir dicho contacto y mantener una cierta distancia social.

Dossey (1989), opina que los factores psicológicos y los comportamientos que conllevan una carga emocional, como amar, tocar, cuidar o compartir tienen un gran influjo sobre la salud física. Para ello, se refiere a una investigación realizada en La Universidad del Estado de Ohio, acerca de los efectos sobre los conejos de una dieta alta en grasas y colesterol, lo que produce arteriosclerosis; obviamente, se esperaba que todos los sujetos contrajeran la enfermedad, pero los investigadores se quedaron perplejos al descubrir que un grupo de conejos presentaban trastornos

arterioscleróticos inferiores en un 60% a los que presentaba el resto de la población.

La posible causa fue descubierta más tarde, la persona que cuidaba de este grupo de animales, les permitía salir de las jaulas para alimentarlos, les acariciaba y hablaba, mientras que el resto de los investigadores se limitaban a introducir el alimento en las jaulas.

Para comprobar si se trataba de una coincidencia, se diseñaron nuevos estudios, en los que a un grupo de conejos se les alimentaba normalmente y al otro; los sacaba varias veces al día de la jaula una misma persona, que les acariciaba y hablaba. El resultado fue que una vez más el grupo acariciado de palabra y obra, presentó daños notablemente inferiores a los del otro grupo.

La investigación fue repetida una vez más para evitar la posibilidad de una doble coincidencia, pero los resultados fueron los mismos: El hecho de ser tocado, mimado, manipulado y hablado con suavidad se reveló como un elemento determinante del proceso de una enfermedad que generalmente produce la muerte: la arteriosclerosis.

Dossey (1989) advierte sobre la precaución que debe tenerse al intentar generalizar resultados de este tipo de estudios a los seres humanos, pero también hace hincapié en la fuerza que la meditación tiene sobre las personas enfermas y el influjo que tienen las manifestaciones humanas de apoyo (palmeo el hombro o la mano, sonreír, abrazar) en la salud de las mismas.

Factores como la **posición corporal** y la distancia entre una persona y otra al momento de conversar este caso, de llevar a cabo la entrevista, pueden transmitir importantes mensajes respecto al poder y las actitudes de las personas que están interactuando. Así, los encuentros frente a frente o en los que el médico se coloca del otro lado del escritorio, frente al paciente indican cierta confrontación. A diferencia de estos, los encuentros en que el médico se coloca ligeramente hacia cualquiera de las esquinas denotan más cooperación

y accesibilidad para el paciente. De igual manera, deben moverse las manos de manera natural, tratando de no imponer al paciente cierta autoridad.

Pero aún más importante en la comunicación, según Arnoldo Krauss (1996) es la vieja sentencia de que no hay enfermedades sino enfermos, la cual será vigente siempre. De acuerdo con el mismo autor, es necesario recorrer otras historias, desde las socioeconómicas hasta las culturales, sin olvidar, por supuesto, las percepciones subjetivas de cada individuo, para ello, sugiere que la literatura otorga otros prismas para comprender los tonos del padecer, los tonos del sentirse enfermo, lo que llevaría a insistir en que los tratamientos deben diferir, dependiendo de las vivencias y por supuesto, de los tiempos de cada paciente.

El siguiente capítulo, se refiere específicamente a la aplicación de las diferentes concepciones aquí mencionadas, en el campo de la medicina y la importancia que éstas tienen para el desarrollo de una medicina más humana y por ende, con mejores resultados.

CAPITULO II
CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
MEDICO-PACIENTE

2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El legado humanístico, es la herencia más preciosa que se le ha dado al médico, a través del tiempo, pues le ha conferido también su posición superior y su autoridad frente a los enfermos, al hacer de él un consultor y un guía, no sólo un médico. Su cultura le ha permitido la comprensión del problema humano que se encierra en cada caso clínico, y comprensión significa simpatía. El médico no es un mecánico que deba arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma sobre otro hombre, en un afán de ayuda, ofreciendo lo que tiene, **UN POCO DE CIENCIA Y UN MUCHO DE COMPRENSIÓN Y SIMPATÍA.**

Kloz (citado en Stoudemire, 1994) considera al médico inmerso en una tarea compleja:

- A. Estudiar al hombre enfermo en su continuidad (herencia, infancia, adolescencia).
- B. Interrelaciones con el medio (condiciones de vida y enfermedad).
- C. En su totalidad (independencia orgánica bajo el control del sistema nervioso).

Se dijo en la antigua Grecia que si el médico no es un filósofo que se interese por la totalidad del paciente desde todos los puntos de vista, no podría jamás ser buen médico. Evidentemente, el médico a quien le atañen los problemas de la salud, de la enfermedad y de la muerte, tendrá muchas cosas en que pensar.

El científico de la medicina debe pensar siempre en el "otro", el enfermo y pensarlo a diario, de un modo forzoso, obligado por su quehacer. A fuerza de pensar, este otro se convierte en una realidad vivencial, que tiene que contar en su propia vida con el otro en un sentido ético, social, médico, etc. El otro, como persona psicológica en

el cual se advierte un yo espiritual y un yo somático, como dice Unamuno mi hermano o "el otro" de carne y hueso.

Según Alexis Carrel (citado en Wolinsky, 1980) la capacidad de sentir el dolor de los demás es propia del ser humano que trata de aliviar entre sus hermanos las aflicciones e infortunios de la existencia. Cada uno de nosotros en cierta medida, ha nacido bueno, mediocre o malo, pero al igual que la inteligencia, el sentido moral puede ser desarrollado por la educación, la disciplina y la fuerza de voluntad.

Así, debe existir interés no sólo por el problema orgánico del paciente, motivo de la consulta, sino que es necesario incluir el estudio de la personalidad y el de la respuesta emocional que el paciente presenta ante ese trastorno orgánico, sin olvidar por supuesto, una valoración de las condiciones sociales dentro de las cuales se establece la relación médico-enfermo.

La educación del médico y las expectativas acerca de su papel social implica que debe actuar a favor de los intereses del paciente y no de los propios intereses materiales. Así, debido a que los médicos tienen un conocimiento técnico y preciso acerca del cuerpo humano, es funcional para mantener el orden social, permitirles autonomía profesional y autoridad.

En la aplicación de las herramientas de la medicina moderna, el profesional de la salud, debe mantener una actitud profesional que incluye cuatro aspectos específicos:

A. Especificidad técnica: De acuerdo con Wolinsky (1980), este aspecto se refleja en el prestigio y la autonomía que se le concede al médico, producto del intenso entrenamiento que éste recibe a lo largo de su carrera y que le permite ser un agente de control social, de igual manera permite que se le considere el primer representante del valor cultural más importante: la salud.

B. Neutralidad afectiva: Este punto implica distanciamiento, es decir, debe evitar involucrarse con el paciente, según Wilson y Bloom (1972, citados en Wolinsky, 1980), debe exhibir simpatía y no

empatía hacia él, haciendo lo posible para entender sus sentimientos, pero sin sentirlos. Para otros profesionales de la salud, como los psiquiatras o los psicólogos, el involucrarse sentimentalmente con los pacientes, más que ayudarles, podría agravar la situación de estos últimos.

Para Parsons, el rol del médico consiste en comunicar al paciente la forma más adecuada de controlar su disfuncionalidad. Parsons representa a los médicos asumiendo el papel de botón de cambio de la relación de "neutral-afectivo" en la sociedad moderna, con un médico y un paciente protegidos por la distancia emocional.

C. **Universalismo:** como su nombre lo indica, se refiere a que el médico está obligado a tratar todo tipo de pacientes, de cualquier color, raza o condición social, considerándolos a todos iguales, y brindando la misma calidad de atención para todos. Desafortunadamente, el tratamiento igualitario es sólo una espléndida meta filosófica, pues los médicos como todos los seres humanos perciben y actúan de acuerdo a las diferencias individuales.

D. **Especificidad funcional:** Se refiere a limitar la conducta del profesional hacia aspectos estrictamente médicos. Está basada en el conocimiento técnico y la competencia del médico, lo cual lo certifica como un médico experto, donde no importan las habilidades sociales, religiosas o psicológicas. Si no se mantiene dicha restricción se corre el peligro de caer en complicaciones, entre las que destacan que el paciente no reciba la atención adecuada ó que se convierta en blanco de explotación para el médico. El problema con la especificidad funcional, es saber donde empieza y donde termina el dominio médico, pues éste crece constantemente, abarcando los dominios de la conducta social y psicológica, redefiniendo la conducta psicosocial.

Shelton (citado en Stoudemire, 1994) considera importante que el médico o cualquier profesional de la salud, aprenda a escuchar con

empatía, lo cual significa desarrollar la habilidad para experimentar momentáneamente los sentimientos de otros o como generalmente se dice: ponerse en el lugar del paciente. Esto no es igual que el sentimiento de compasión sino que involucra un verdadero esfuerzo por entender el significado de una enfermedad viéndola a través de los ojos del paciente.

Dicha situación de empatía debería ocurrir durante la entrevista, la cual tiene varias metas. La más obvia es la de obtener información acerca del paciente y su enfermedad. Otra es proveer el apoyo emocional, pero la más importante es la establecer una relación de trabajo entre médico y paciente, donde el primero no sólo tiene que formular "las preguntas correctas" sino también, escuchar cuidadosamente a la otra persona.

Tal vez sería conveniente retomar el postulado humanista de Rogers en el que se considera al paciente como un ser lleno de capacidades y potencial, que sólo necesita que se le ayude a descubrirlas y desarrollarlas, considerándosele como tal, se le permite expresarse libremente y se le escucha con atención. Estableciendo ante todo una relación de empatía que según Kendall y Norton (1988), se considera como una inmersión al mundo del paciente, tratando de entender las percepciones que éste tienen del mundo y trabajando para ser sensible a la situación privada personal del paciente.

2.2 EL MEDICO

Necesidades y características personales

Este tiene la autoridad, el derecho y la responsabilidad de cuestionar al paciente sobre su historia personal, de examinar su cuerpo y hacerse cargo del tratamiento. Él es una persona que posee los conocimientos necesarios para ello, los cuales están basados en la investigación científica. Así mismo, este profesional espera una motivación especial, la cual surge de los requerimientos de las personas a quienes les sirve. Esta lealtad hacia su paciente y la intimidad del

mismo, es un factor importante en el establecimiento de las bases para un alto nivel de confianza dentro de la relación. Por otra parte, espera de sí mismo, mantenerse neutral e indiferente de las posibles amenazas hacia su autoridad y juicio imparcial.

La población lo estima por diversas razones, entre las más importantes está el "poder de la vida o la muerte" que tiene en sus manos, también suelen atribuírsele actitudes paternales o de protección para con el paciente.

Algunos de los aspectos más importantes de la comunicación entre médico y paciente son aquellos que tienen que ver con la manera en que éste último percibe a quien lo está atendiendo, así, tenemos que en las comunidades más apartadas del país, los médicos son escasos y cuando éstos llegan se les recibe con gran algarabía y respeto, por todo lo que ellos saben del cuerpo humano y por su lenguaje extraño, lo que sin embargo, no hace que se deje de lado a los chamanes o curanderos pero esto sucede en contadas ocasiones. Al respecto, Pacheco (1996) escribió lo siguiente: " Debo decirles algo importante, por lo menos para mí, ustedes los médicos son la única presencia esperanzadora que hay en los barrios y en las colonias remotas. Cuando alguien dice 'Van a venir a vacunarnos o van a venir los doctores', la cara de la gente se ilumina, porque es ahí, en la bata blanca de los médicos y en su extraña manera de hablar, donde comienza para la gente una leve, una pobre esperanza".

Actualmente, se ha tratado de dar al médico el papel de un miembro más de un equipo de salud, de hecho, la práctica médica debe caracterizarse por la humanidad y la dedicación más que por mitos.

Al respecto, Tuckett (1976, citado en Joseph and Hames, 1980) listó ocho tipos de conflictos que el médico encara con su paciente, estos se refieren a:

A. Los intereses del paciente como individuo y los del individuo como parte de un grupo.

- B. La asignación de recursos entre sus pacientes.
- C. Los intereses actuales del paciente y los del mismo paciente en un futuro.
- D. El bienestar del paciente en contraste con lo que concierne a la familia de éste.
- E. La incapacidad del médico de ayudar al paciente y su autoimagen como profesional de la salud.
- F. Las obligaciones del médico para con el paciente y las que tiene como un empleado del estado o de una institución.
- G. El conflicto potencial entre el compromiso de una consulta y las necesidades del médico, y el más frecuente.
- H. El cumplimiento de otros roles sociales y el brindar servicio las 24 horas.

De acuerdo con Entralgo (1982), son tres las notas esenciales del conocimiento médico. La primera es la presencia de una intención de ayuda a la esencia misma del conocimiento del enfermo, tratándose de ver si el conocimiento del enfermo no es en sí mismo operativo.

Hay modos de conocimiento científico puramente contemplativo, por ejemplo, el del astrónomo que calcula y observa un eclipse. Otros son de tipo operativo, llevan consigo una intervención del sujeto cognoscente que en alguna forma modifica la realidad conocida; por ejemplo, los que exigen mediciones de orden microfísico. Pues bien, el conocimiento médico presupone y lleva consigo una intervención del sujeto cognoscente en la realidad conocida, cuya índole propia es la voluntad de ayuda.

Por otra parte, el conocimiento de médico es técnico, en cuanto que es técnica la ayuda que con ese conocimiento y como consecuencia de él va a prestársele a la persona y será técnica tal ayuda, cuando todo lo que conduzca a ella, o de uno u otro modo la ejecute. Además, la medicina es un conocimiento inquisitivo, en el sentido de que la enfermedad es algunas veces insondable, y nunca acaba de ser conocida completamente. Así, el conocimiento del enfermo será mejor,

cuanto más preciso y fino sea el conocimiento de la dolencia de quien padece la enfermedad.

Conocer médicamente a una persona enferma, es en suma, adquirir de ella un conocimiento que sea a la vez adyuvante y técnico, en cuanto a su fin, y indagatorio, objetivante y participativo, en cuanto a su método.

Sin embargo, también es importante para el profesional de la medicina que aprenda a conocerse a sí mismo, antes que al paciente, aceptándose tal como es, un ser humano que tiene defectos y virtudes igual que sus pacientes y que además de poseer el conocimiento médico para solucionar algunos problemas, tiene la capacidad de desarrollar nuevas habilidades, que le permitan brindar una mejor atención a sus enfermos.

2.3 EL PACIENTE

Por su parte, el paciente también tiene conflictos sobre su rol de enfermo, ya que éste no sólo involucra ciertos derechos, sino también obligaciones, principalmente, la de aceptar que se está enfermo y que requiere cuidados especiales, los cuales restringen otros aspectos de su vida.

La enfermedad, o más bien "el estar enfermo" decía en 1928, Weizäcker (citado en Entralgo, 1982), es un "estado de necesidad o de carencia" que se manifiesta como petición de ayuda: "llamo enfermo a aquel que acude a mí, en tanto que médico, y en quien como médico yo reconozco esa necesidad, incapacidad o disfuncionalidad".

Desde un punto de vista más metafísico, la enfermedad es desarrollo de la conciencia producido por un suceso corporal; pero a esto debe añadirse que, según la experiencia, la enfermedad es un suceso corporal producido por un desarrollo de la conciencia, y de acuerdo a Weizäcker es "un modo de ser del hombre", y por tanto, "un modo del ser hombre".

Hecha inconscientemente y sufrida de manera consciente, la crisis de la enfermedad pone en evidencia la condición limitada y problemática de la autonomía, la libre voluntad y la identidad de las personas. En la crisis es cuando de manera más acusada y perturbadora se hace patente al sujeto la condición efímera de su existencia: que él no es, sino que deviene, que no se pone a sí mismo, sino que a sí mismo se padece.

Es en estos momentos cuando el individuo se siente más desprotegido y necesita ser escuchado si quiere hablar o respetado si es que no quiere hacerlo, es en este tipo de situaciones que el enfermo necesita que se le ayude a elevar su autoestima y potencial de creatividad.

Conocer a una persona enferma,

Según Entralgo (1982) podemos asegurar que conocemos a una persona cuando somos capaces de ejecutar con alguna suficiencia las cinco operaciones siguientes:

- A. Identificar con suficiente seguridad la individualidad de su apariencia física, por lo menos en situaciones perceptuales adecuadas.
- B. Predecir con suficiente probabilidad de acierto la conducta expresiva de la persona ante situaciones determinadas.
- C. Conjeturar con aceptable probabilidad de acierto el contenido de su intimidad, cuando se halla en una situación que nosotros también estamos viviendo.
- D. Indicar con un alto grado de certeza, cuál será la conducta de dicha persona en situaciones que de hecho se estén dando en su vida, o que pudieran darse.
- E. Dar una explicación más o menos cierta de porqué está actuando de manera determinada.

De esta manera, tenemos que para ser satisfactorio, el conocimiento de un ente real debe ser individualizador. El clínico cuidadoso debe imitar a los pintores, los cuales observan y copian con

exactitud hasta las pecas de las personas que retratan. Por esa vía se haría individual el diagnóstico médico además de ser específico; por esa misma vía puede individualizarse el conocimiento de una persona enferma. El hombre es primariamente individuo por ser persona, por tener un cuerpo somáticamente individual.

2.4 PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las personas llegan al consultorio del médico con algunas expectativas acerca de su propia conducta (la manera en cómo está viviendo su enfermedad o los síntomas de la misma) y de la conducta del doctor, éstas pueden ser acerca de la entrevista, de la auscultación, el posible diagnóstico, así como el consejo personal del profesional.

El rol de enfermo se caracteriza en la cultura occidental, principalmente por cinco aspectos:

- A. La persona es considerada incapacitada.
- B. Se le considera con derecho a ser cuidada por otra persona.
- C. Su incapacidad lo exenta de ciertas responsabilidades y obligaciones usuales
- D. Debe aceptar que está enfermo, desear recuperarse y volver a su vida habitual en la medida de sus posibilidades.
- E. Debe cooperar con su médico y adherirse al tratamiento prescrito por éste.

Bodwen y Burstein (1974) dividen los factores que influyen en la conducta del paciente en dos categorías: las socioculturales y las personales de la siguiente manera:

Entre los factores socioculturales se encuentran: el nivel socioeconómico, negación de la enfermedad, los remedios conocidos por la población, etc.

Los factores personales, son aquellos que están relacionados a eventos particulares que influyen en la conducta del paciente, tales como:

- A. La resistencia a la enfermedad; la cual tiene que ver con el haber tenido o no experiencias traumáticas previas, ya que éstas aumentan el grado de susceptibilidad a la enfermedad.
- B. La hospitalización, que generalmente trae consigo confusión, desórdenes perceptuales y del pensamiento, pues el paciente no viste su propia ropa, tiene que ajustarse a horarios y condiciones determinadas, así como enfrentar el sistema alienante y deshumanizado, que es común en las instituciones de salud,
- C. El pronóstico de recuperación, el cual está relacionado con dos factores principales, el no deprimirse y el contar con un ego lo suficientemente fuerte para enfrentar los problemas acarreados por la enfermedad. Algunos otros factores están relacionados con la manera en que el paciente vive su padecimiento.

2.5 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE SER PACIENTE

Según Gillis (1980) Además de los síntomas y malestares físicos, el ser paciente tiene consecuencias psicológicas también muy profundas.

Frecuentemente, las personas no se percatan de estos síntomas, porque se manifiestan de manera indirecta. Si se observa con detenimiento se pueden encontrar manifestaciones como irritabilidad, ansiedad o depresión, o más indirectamente, como un síntoma neurótico, en el que los pacientes están muy preocupados por su enfermedad, pero intentan enfrentarla y controlar su miedo, pero este se revela en otras afecciones físicas, como espasmos o parálisis de algún músculo.

Aunque como es lógico, las reacciones psicológicas de ser paciente varían de una persona a otra, hay algunas de ellas, que son comunes en la mayoría de los pacientes, éstas son:

Desorganización de la forma de vida: Todos tenemos hábitos, costumbres y maneras de relacionarnos con los demás. Todo ello, habla de quienes somos, tanto física como emocionalmente, en algún momento particular de nuestra vida y nos hace sentirnos seguros

dentro de un mundo incierto. De manera que cuando el paciente ingresa a un hospital, se le arranca de su vida cotidiana y las circunstancias que le son familiares, para ubicarlo en un mundo completamente extraño, donde entre otras diferencias se encuentra que: los olores y colores no son los mismos de casa, los horarios para comer son distintos y controlados por personas extrañas, hay gente nueva, el mundo debe ser visto desde una cama y en posición horizontal, frecuentemente necesita quien lo alimente, asee y cuide de él. Su intimidad es invadida y debe llevar a cabo sus necesidades más personales en presencia de otros, aún la más íntima, que es sufrir, tiene que ser en público. A pesar de que la mayoría de estos procesos tarde o temprano llevan al paciente a adaptarse, las personas que laboran en el hospital, pueden contribuir a que éste trance sea un poco menos difícil, mediante acciones sencillas, tales como: llamarlo por su nombre, indicarle donde está todo, que debe hacer para solicitar ayuda, presentarle a otros pacientes, explicarle detallada y cuidadosamente los pasos a seguir en su tratamiento y tratar de contestar sus dudas de la manera más clara y directa posible.

A. La ansiedad: Entre las preocupaciones más comunes de las personas se encuentran algunas como el temor a quedar ciego o con alguna discapacidad, la posibilidad de no recuperarse, quien se hará cargo de su familia o de sus obligaciones: Es común que haya preocupaciones un tanto exageradas, como en el caso de que una conjuntivitis pudiera conducir a la ceguera, es posible que se solicite de la ayuda del médico o de la enfermera con frecuencia innecesaria o que por el contrario se "rebele" a aceptar las indicaciones de éstos, comportándose caprichoso e incluso grosero. En términos generales, Gillis (1980) habla de dos tipos de pacientes ansiosos: aquellos que manifiestan su preocupación por cosas aparentemente sin importancia, y aquellos que son silenciosos y parecen levantar a su alrededor una barrera, que no les permite confiar en nadie. Esto se puede solucionar mediante acciones como

Trayendo problemas como la deshumanización y la despersonalización. La primera se entiende como la reducción de un paciente a una cosa, a un número de cama, a un número de expediente, a un padecimiento, a un procedimiento terapéutico. La despersonalización se refiere a que con la medicina hospitalaria y la medicina institucional, es cada vez mayor el número de personas que atienden al paciente. Esta surge cuando no se tiene clara la noción de que los médicos no son dioses ni los hombres, máquinas. Si esto último fuese cierto, habría que considerar que también hay máquinas que dejan de funcionar para siempre (Olmos, 1998).

A diferencia de las máquinas, los seres humanos tienen necesidades y el aspecto artístico de la medicina consiste en descubrir que necesita cada persona. Aunque tenga la misma enfermedad que su compañero de cuarto, cada persona la vive de manera distinta.

Mientras más especialización tienen los hospitales, esta situación de despersonalización se incrementa, al igual que el abuso económico, físico o sexual, engaño, indiscreción, abandono, desconfianza y discriminación.

De acuerdo con Ruíz de Chávez (1997) el nivel socioeconómico y cultural, las actitudes y los derechos de la sociedad, de los pacientes y su nivel de salud tienen una influencia muy importante en la relación médico-paciente. Por ello, la consulta "Express" constituye un factor frecuente de queja por parte de los pacientes, que ante todo requieren atención, y de ahí la importancia de que los directivos de las instituciones ó unidades médicas se caractericen no sólo por su liderazgo y compromiso institucional, sino también por el hecho de voltear a ver a los pacientes, en cuanto a sus valores y creencias.

Por ello, es importante reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo en su totalidad, no con el reduccionismo señalado, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego, ponerse en el lugar del otro.

Aquí se aplica la máxima hipocrática de "curar a veces, mejorar frecuentemente y consolar siempre", la cual según Kretschmer (1998) seguirá siendo cierta, por encima de todos los avances tecnológicos. Quienes practican la medicina de manera cotidiana saben que sentarse a consolar, cuesta mucho tiempo, conocimiento y compasión, así como mucha cultura y sin embargo, ésta no es la razón de que la medicina sea cara, sino los avances tecnológicos.

La respuesta a estas tendencias deshumanizantes es una dimensión que contrarresta la tendencia actual, a la deshumanización y despersonalización de los actos médicos, provocada por la especialización, la tecnificación, la burocratización, de la medicina, la crisis socioeconómica y la pérdida de los valores humanos que caracterizan a la sociedad contemporánea. Una dimensión que promueva en la práctica médica la relación humana y de servicio que le debe caracterizar, y donde se deja de lado la exclusiva preocupación por aliviar el síntoma y por alcanzar altos criterios de eficiencia médica. Una dimensión orientada hacia el enfermo, hacia su interioridad y hacia la vivencia de su padecer. Una dimensión que contemple los aspectos psicológicos y sociales. Esta es la única respuesta satisfactoria a las tendencias deshumanizantes que se dejan sentir en el ejercicio de la medicina, tanto institucional como privada (Jinich, 1981)

Desafortunadamente, pocos médicos son los que en su práctica profesional se preocupan por investigar la manera como el paciente vive su enfermedad, y es que sólo algunos han descubierto que la herramienta más poderosa que tienen para lograr una buena relación con el paciente, es su **propia persona**.

Así, quienes no han descubierto esta herramienta, aprenden a comunicarse con sus pacientes en la práctica, mientras que otros no lo aprenden o simplemente no lo conocen, pues consideran que su intervención debe ser estrictamente a nivel orgánico.

Algunos estudios realizados acerca de este tema (Luchina y col., 1973, Scheneider, 1974; Burnett y Thompson, 1986; Zambrano, 1998, Thistlewaite, 1999), indican que el origen del problema se inicia en la formación que generalmente reciben los médicos, la cual es muy rigurosa y tan apegada a los métodos científicos, que el estudiante de medicina desarrolla cierta insensibilidad al dolor y a la muerte de sus pacientes, pues debe acostumbrarse a verlos de una manera".

Luchina y col. (1973) encontraron que en las Escuelas de medicina de Argentina no existía una enseñanza planificada y sistematizada de los conceptos de la relación médico-paciente para docentes de medicina, pues éste, no era considerado un método científico. Conscientes del problema que vivían, crearon un espacio conocido como "Seminarios de la relación médico-paciente"

En dichos seminarios, similares a los "grupos Balint" se concientizaba a los participantes, se compartían experiencias y juntos buscaban una forma ad hoc de enseñar este tema a sus alumnos. Los medios de los que se valieron fueron grabaciones de casos, dramatizaciones, reuniones a la hora del café, que buscaban "desbloquear" los estereotipos de conducta formal de los cursos. Destacando siempre la enorme responsabilidad de brindar un modelo a sus alumnos sobre la relación que deben mantener con los enfermos.

En un estudio realizado en London, Inglaterra, Burnett y Thompson (1986), encontraron que los pacientes se quejan más frecuentemente de la falta de comunicación con los doctores en comparación con otros aspectos de la relación médico-paciente. Los autores consideran que esto se debe a que muchas escuelas no incluyen la enseñanza de habilidades de comunicación y como consecuencia, los estudiantes tienen varios problemas en sus primeros contactos con los pacientes.

Schneider (1974), realizó un estudio en el que se le preguntaba a los estudiantes de nuevo ingreso en la carrera de medicina el porque habían elegido dicha carrera, encontrando dos tipos de

respuesta por partes iguales; a algunos, la medicina les interesaba porque se trata de una ciencia biológica que les permitiría conocer mejor el funcionamiento del organismo, la otra mitad en cambio, eligió prepararse para la profesión médica porque querían tener contactos con hombres, ayudarlos y participar en sus dificultades existenciales, provocadas por la enfermedad. Al aplicar la misma encuesta al final de la carrera con los mismos alumnos, se encontró que la mayoría de estos, cambio de opinión a favor de la primera respuesta.

La investigación realizada por Thistlethwaite (1999), se refiere básicamente a la importancia de enseñar al futuro médico a utilizar sus entrevistas como un medio de conocer al paciente, y no sólo a la enfermedad. Menciona que es necesario retomar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que rodean al paciente para encontrar la verdadera causa de la enfermedad y con ello, acelerar el proceso de curación. Estos puntos se revisaron al pedir a los pasantes de medicina de la Universidad de Leeds en Inglaterra que hicieran entrevistas con pacientes simulados, dichas reuniones fueron grabadas y analizadas junto con los estudiantes para brindarles la retroalimentación necesaria.

Estos estudios indican que el problema se origina desde la formación que se les brinda a los estudiantes de medicina, por lo que es necesario sensibilizar y concientizar a los profesores acerca de la importancia que tienen las habilidades de comunicación en la relación médico-paciente y en la calidad de la atención médica, para que a su vez ellos fomenten en los nuevos médicos la importancia de comunicarse con el paciente y aprendan a entenderlo como una persona enferma más que reducirlo a una enfermedad, tomando en cuenta no sólo los aspectos físicos y fisiológicos de los pacientes, sino también algunos aspectos de ambos (paciente y médico) como seres humanos.

Sería muy ambicioso pretender modificar un plan de estudios, que en la práctica funciona y con el cual los médicos egresan preparados para afrontar las situaciones propias de la carrera, pero

con deficiencias en el manejo de la relación con sus pacientes, puesto que no se les ha fomentado la importancia de este aspecto durante toda su formación. Al respecto, la editorial de la revista salud mental (1980), hace mención a la manera en como se introdujo la Psicología en la medicina, debido a que descubrieron que lo que muchos médicos necesitaban eran conceptos, criterios y métodos que les permitieran afrontar mejor los problemas psicológicos y sociales de sus pacientes, en el trabajo de todos los días.

En otro estudio realizado por Zambrano (1998), se encontró que en diferentes escuelas de medicina de la Cd. De Guadalajara; la carga horaria de las materias que tienen que ver con psicología es mínima e incluso, en algunos casos no es obligatoria, a ello atribuye el autor los problemas que tienen muchos médicos para comunicarse con sus pacientes, y considera que ya que su profesión implica interactuar continuamente con seres humanos, los médicos deberían ser capacitados para esta importante labor, pues de ello depende que la atención brindada sea realmente de calidad. Después de revisar los planes de estudio (1990) de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encontró que sólo en la Facultad de Medicina existe la asignatura de Psicología Médica, mientras que en nuestra facultad no existe como tal, pues el nombre que se le da al módulo en el que deberían tratarse dichos aspectos, se llama Salud mental donde no se toca el tema de la comunicación entre médico y paciente de una manera clara y precisa, a pesar de que se dan algunos temas relacionados con el problema que nos atañe.

Por otra parte, es importante mencionar que donde los alumnos de medicina deberían aprender a relacionarse con el paciente es en la asignatura llamada "clínicas médicas", pues es aquí donde comienzan a tener relación directa con pacientes reales, sin embargo, el programa se limita a cubrir el aspecto biológico de la salud humana, dejando de lado los componentes psicológicos de la relación médico-paciente.

Lo ideal sería que los estudiantes de medicina recibieran esta preparación desde los primeros semestres de su carrera, sin embargo, los contenidos psicológicos son escasos y en ocasiones, son sólo opcionales (planes de estudio 1990)

Sin embargo, el modelo educativo de la FES-Zaragoza se caracteriza por brindar a sus estudiantes la oportunidad de estar en contacto con sus pacientes desde los primeros semestres de la carrera, lo cual debe considerarse como una buena oportunidad para adquirir habilidades de comunicación que permitan a los futuros médicos lograr una mejor relación con sus pacientes y por lo tanto, brindarles un servicio más humano y mejor.

Retomando algunas de las investigaciones antes mencionadas (Schneider, 1974; Burnett y Thompson, 1986; Zambrano, 1998), además de la revisión del plan de estudios de la carrera de medicina de la FES-Zaragoza, se ha considerado la hipótesis de que existan deficiencias relacionadas con la comunicación médico-paciente en el servicio que se brinda a la población a través de las Clínicas Multidisciplinarias.

Dicha posibilidad sólo puede ser confirmada a través del testimonio de quienes viven directamente la situación: la población que acude a estos servicios. Para ello se ha diseñado un cuestionario que plantea situaciones muy específicas acerca de la comunicación médico-paciente en las que el usuario deberá contestar con que frecuencia se presentan éstas.

Una vez obtenida la información, el objetivo es crear un programa mediante el cual los médicos puedan desarrollar algunas habilidades de comunicación con sus pacientes que les permitan brindar un mejor servicio, haciendo énfasis en los aspectos que los pacientes consideren que sus médicos descuidan.

Es importante mencionar que para que esto sea posible será de gran importancia la cooperación de la carrera de medicina, especialmente del personal directivo de las Clínicas Multidisciplinarias.

CAPITULO III
ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA COMUNICACIÓN EN LA
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.1 METODOLOGIA

HIPOTESIS: Los pacientes opinan que existen deficiencias en el manejo de habilidades de comunicación en el servicio médico que se brinda en las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Estado de México.

DEFINICION DE VARIABLES.

V. Independiente: Habilidades de comunicación.

V. Dependiente: Opinión de los pacientes acerca de la existencia de deficiencias en el manejo de habilidades de comunicación.

Definición Operacional:

Habilidades de comunicación: Es la forma en que se comporta el médico con su paciente, incluyendo el lenguaje hablado, la postura, los gestos, etc.

Opinión de los pacientes acerca de la existencia de deficiencias en el manejo de habilidades de comunicación: valoración de las conductas comunicativas que el médico manifiesta al paciente y la repercusión de éstas en los resultados del tratamiento.

MÉTODO

Población:

Pacientes de medicina de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Edo. de México.

Muestra:

100 pacientes de medicina de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Edo. de México, de 10 años de edad en adelante, que sepan leer y escribir y que hayan acudido al servicio por lo menos una vez.

Muestreo:

Debido a que el nivel de medición de las variables fue ordinal, y que este tipo de estudio fue cualitativo, se empleó un método de muestreo no probabilístico por cuotas, ya que es el más adecuado para obtener información acerca de la opinión que tiene la población sobre un tema. En este caso, se obtuvieron datos sobre la opinión que tienen los pacientes de la carrera de Medicina de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Edo. de México, acerca de la importancia de la comunicación con su médico en la efectividad de su tratamiento. Por otra parte, se considero conveniente usar este método, debido a que la muestra no fue elegida al azar.

Diseño de investigación:

Dadas las características de la población y el método de muestreo, se empleó un Diseño No Experimental, de tipo descriptivo, que como su nombre lo indica, es útil para describir o conocer el estado de una o más variables en un momento determinado (Hernández Sampieri, 1991).

Material:

- El instrumento: un cuestionario de 14 preguntas de opción múltiple, cuyo fin fue conocer la opinión de los pacientes, respecto a la existencia de deficiencias en el manejo de habilidades de comunicación. Dicho cuestionario fue elaborado y validado durante el servicio social que las autoras de este documento realizaron en el programa: "Modelo Docente Asistencial para la Capacitación Práctica en Servicio de las Carreras de la Salud y del Comportamiento de la FES-Zaragoza".

Este instrumento, abarcó preguntas relacionadas con el lenguaje no verbal que el médico podría utilizar en su consulta, el contacto físico entre médico y paciente, la diferencia de lenguaje utilizado por ambas partes, la atención que el médico brinda a su paciente no sólo en el aspecto clínico sino también en el emocional y familiar.

- Lápices, gomas, sacapuntas y hojas blancas.

Procedimiento:

Se buscó a los integrantes de la muestra y se les entregó a cada uno de ellos un cuestionario, explicándoles el propósito de la investigación y aclarando que la información proporcionada sería absolutamente confidencial y usada para fines exclusivamente académicos.

Para ello, fue necesario acudir a las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza y Edo. de México, en un horario de 8:00 a 14:00 hrs, en días hábiles, de manera que fuese posible aplicar los instrumentos.

Finalmente, se analizaron los datos a través de tablas y análisis de frecuencia. Para ello, fue necesario contabilizar las respuestas de cada pregunta y obtener los porcentajes de las mismas. (ver ANEXO 1, tabla 1).

3.2 ANALISIS DE RESULTADOS

Una vez contabilizadas las respuestas de cada pregunta, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la pregunta No. 1, que se refiere a si el servicio médico es bueno, el porcentaje mayor se obtuvo en la opción AV (a veces), con un 39% seguido de la primera opción; MF (muy frecuentemente) con un 32%. En la cuestión 2, referida a si el trato recibido es cortante, el más alto índice; 51%, fue obtenido en la respuesta N (nunca), mientras que la opción AV (a veces) fue contestada por el 31% de la población.

En la afirmación no. 3, acerca de si el médico mira, escucha y platica con el paciente, la puntuación más alta fue en la opción N (nunca), con un 46%; (ver gráfica 2) mientras que en la no.4, que cuestiona acerca de si el médico saluda y recuerda el nombre del paciente, fue la respuesta MF (muy frecuentemente) con un 36%, pero la diferencia fue mínima con el segundo porcentaje más alto, que fue el de la opción AV (a veces) con 34%.

La cuestión 5 hablaba sobre la confianza que tiene el paciente para preguntar a su médico acerca de diversos temas, y la cual parece no existir, pues el 49% de la población contestó N (nunca) (ver gráfica 5).

La afirmación 6: "su médico es agresivo o está de mal humor" obtuvo su mayor porcentaje en la opción N (nunca), dicho porcentaje fue de 64%,

cabe destacar que fue la pregunta con mayor porcentaje de NC (no contestó): 6%.

Hubo 2 porcentajes muy similares en las respuestas a la cuestión 7, referida a la preocupación del médico por el bienestar no sólo físico sino también emocional del paciente y éstas fueron un 31% para la opción MF y un 32% para AV.

En la pregunta que se refiere al ambiente de consulta (8), los porcentajes más altos fueron para las opciones MF con 34% y AV con 31%. En la afirmación 9: "Cuando sale del consultorio se siente mejor que cuando entró" ; el 32 % contestó nunca y el 34 % a veces. (ver gráfica 6)

En cuanto al enunciado "su médico le palmea el hombro o le da un apretón de manos" el 57% declaró que Nunca (N) (ver gráfica 3). En la cuestión no. 11, referida a la claridad con que se explica el médico, el 40% contestó que N (nunca) le queda claro, mientras que el 30% sólo a veces. (ver gráfica 7)

"Su médico se asegura de que usted haya entendido el tratamiento o las instrucciones que deberá seguir al tomar sus medicamentos", es una afirmación en la que el 38% contestó N (nunca) y el 25%, AV. (ver gráfica 8)

En la pregunta no. 13: "usted visita al mismo médico", el índice más alto fue de 40% para la opción MF, de igual modo, en el reactivo 14: "usted recomienda a su médico" fue de 38% para dicha respuesta. (ver tabla 1 y gráfica 1)

3.3 DISCUSION

Con base en los resultados obtenidos, la hipótesis de trabajo que dice que los pacientes consideran que la comunicación es importante para obtener un resultado óptimo de su tratamiento, es aceptada. De acuerdo a las respuestas que se obtuvieron en los cuestionarios aplicados hay un gran número de aspectos de la comunicación que no son tomados en cuenta por los médicos al momento de atender a sus pacientes entre ellos se encuentran las expresiones corporales, el contacto físico con el paciente, brindar la confianza y a la atención a éste así como manejo adecuado del lenguaje científico al hablar con el paciente.

Al respecto, Coullins (1977, citado en Joseph y Hames, 1980), considera esencial el contacto físico en el desarrollo de las relaciones no sólo asistenciales, sino humanas, pues este permite que las personas sientan la ternura, el apoyo emocional y muchas otras cosas. Así mismo, Fitzpatrick y col (1984), menciona que otro aspecto importante dentro de la comunicación no verbal, es el **contacto visual**, que permite expresar sorpresa, acuerdo, enojo e incluso el deseo de interrumpir la conversación, pero desafortunadamente, al igual que en esta investigación, el autor antes mencionado encontró que es una situación poco frecuente debido quizá a las barreras físicas, como el escritorio y la posición que adopta el médico, y psicológicas como la autoridad que éste ejerce sobre el paciente.

Al respecto, la teoría psicoanalítica establece que para que una relación terapéutica sea eficiente, es esencial el desarrollo de una relación adecuada de trabajo entre el enfermo y la persona que lo atiende. Esta relación es una experiencia interpersonal única en la cual el paciente percibe el calor, la confianza, la aceptación y el entendimiento, que quizá nunca ha encontrado con algún otro ser humano.

Una de las circunstancias que afecta dicha relación, es el hecho de que en las Clínicas Multidisciplinarias no sólo se cumple con el servicio a la comunidad, sino que también se prepara a los futuros médicos, por ello, hay estudiantes en los consultorios de medicina, factor que de alguna manera incomoda al paciente y dificulta el contacto visual de médico y enfermo.

En lo que se refiere a las expectativas que los pacientes tienen de su médico, encontramos que la mayoría de los entrevistados están de acuerdo en que además de calidad profesional, se necesita apoyo humano, lo que nos remonta a Montague (1979) quien asegura que la comunicación es la forma de contacto humano esencial, abarcando ésta, no sólo las palabras, sino también los gritos, gestos, señas, susurros y movimientos corporales.

Sin embargo las respuestas obtenidas en la respuesta 10 muestra que no se satisfacen las expectativas del paciente, pues el porcentaje que declaró sentirse bien al abandonar el consultorio fue muy bajo.

En las preguntas 1, 4, 7 y 8 se obtuvieron porcentajes que no permiten ver una postura clara a favor o en contra de las afirmaciones, lo que de alguna manera pone en duda las respuestas obtenidas en otras preguntas y por lo tanto cuestiona la aceptación de la hipótesis, sin embargo es necesario considerar los inconvenientes y fuentes de error que se suscitaron durante la aplicación del instrumento.

Algunas de las circunstancias que pudieron afectar estas respuestas son: el bajo nivel cultural de la población; el cual se reflejó al momento de contestar, pues fue necesario explicar a los pacientes términos tales como "muy frecuentemente", "frecuentemente", "cortante", y "relajado". Dicho nivel cultural pudo influir en que la población tuviera cierto temor de que al comentar las deficiencias del servicio, éste se le suspendiera.

En cuanto a las preguntas cuyos resultados definitivamente no apoyan la hipótesis propuesta (2, 6, 13 y 14), es necesario tomar en cuenta que sobre todo, los médicos cumplen con su función de usar sus conocimientos a favor de sus enfermos, es decir, brindan la atención y el tratamiento médico adecuados, aún cuando no tomen en cuenta los aspectos de comunicación con ellos, además de que debido a las circunstancias económicas de los usuarios, éstos no tienen la posibilidad de conocer un mejor servicio, por lo que hay situaciones que consideran perfectamente normales.

Por otra parte, es importante mencionar que hay términos que no quedaron totalmente claros y que pudieron generar confusión al momento de responder. Tal es el caso de las palabras "agresivo" y "cortante" de las preguntas 6 y 2, respectivamente, donde cabe la posibilidad de que el encuestado le haya dado otra connotación a estas palabras, como la de agresión física, o grosería, cuando en realidad, ambos términos se referían al trato frío del médico hacia el paciente, y al manejo de éste como si fuera un número y no persona.

Lo anterior no significa que los médicos no tengan la capacidad suficiente para ejercer su carrera, puesto que egresan preparados para afrontar las situaciones propias de la misma, pero con deficiencias en el manejo de la relación con sus pacientes, debido a que no se les ha

fomentado la importancia de este aspecto durante toda su formación, careciendo especialmente de conceptos, criterios y métodos que les permitan afrontar mejor los problemas psicológicos y sociales de sus enfermos, en el trabajo de todos los días.

En contraste es frecuente encontrar médicos que se dirigen a los pacientes con gran cantidad de términos técnicos y científicos que lejos de ayudarlos, generan confusión y angustia en éstos últimos. De acuerdo con Fitzpatrick y col. (1984) es importante que el médico cuide el vocabulario, la claridad y organización de su lenguaje al dar instrucciones al paciente, cuidando omitir ideas importantes o descripciones largas y complicadas que confunden más que aclarar las dudas de éste. De acuerdo con el mismo autor, a través del lenguaje, se expresa la actitud del médico hacia el paciente siendo importante el sentido del humor, el tono y volumen de voz y el grado en que tanto el paciente como el médico sean capaces de escuchar efectivamente.

En la presente investigación, los resultados generales apoyan la hipótesis de que la comunicación es importante para obtener resultados óptimos en los tratamientos médicos, pues es necesaria para el bienestar emocional del paciente, lo cual ayudará a lograr su bienestar físico. Tal y como Rogers (citado en Sidney, 1987), lo menciona en su terapia centrada en el cliente: "Inspirar fe y esperanza en los pacientes, es un elemento indispensable en lo que a curación se refiere, pues las actitudes y creencias de las personas aceleran o retrasan el proceso de alivio".

Otra teoría a favor del desarrollo de habilidades de comunicación es la que propusieron Enid y Michael Balint (1970) quienes se dieron cuenta que los médicos necesitaban ser preparados no sólo para curar los males orgánicos de los pacientes, sino también para escuchar y entender a sus enfermos.

Al igual que en las teorías antes propuestas y gracias a los cuestionarios aplicados, las autoras de la presente investigación hemos detectado algunas deficiencias en el servicio médico estudiado, por lo cual el objetivo de este trabajo es colaborar con la carrera de medicina en el desarrollo de las habilidades de comunicación que los pacientes señalaron como poco frecuentes, de tal manera que esto traiga beneficios no sólo a los

futuros médicos, sino también a la Psicología en general, pues en el futuro, pueden llevarse a cabo investigaciones más a fondo acerca del tema, que en última instancia beneficiarán a la población en general.

CAPITULO IV

**PROGRAMA DE CAPACITACION PARA PROFESORES DE MEDICINA
SOBRE EL MANEJO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA
RELACION MÉDICO-PACIENTE.**

4. 1 INTRODUCCION AL PROGRAMA

El presente programa se compone de tres fases:

- A. Introducción a la relación médico-paciente.
- B. Teoría y sensibilización
- C. Práctica.

Tiene una duración de 10 sesiones de dos horas cada una. Duración total 20 horas.

En la parte introductoria se considero importante dar a conocer los fundamentos básicos, la importancia de este programa y las ventajas que se pueden obtener al aplicarlo, propiciando la interacción entre los participantes desde el inicio del taller con el fin de prepararlos paulatinamente a un encuentro diferente con sus pacientes.

En la parte de la teoría y sensibilización se darán a conocer los fundamentos teóricos y científicos del problema, conceptos, puntos de vista, estudios y/o reflexiones acerca de la importancia de la comunicación en las relaciones terapéuticas; al mismo tiempo se realizarán actividades que permitan a los participantes conocer diversas formas de comunicación y experimentar nuevas formas de relacionarse con los pacientes.

La fase práctica comprende una serie de actividades y ejercicios bien definidos que permitirán al médico mejorar su comunicación con el paciente. La razón de incluir estos contenidos al final del programa es que el médico ya tiene los fundamentos teóricos y el tiempo de reflexión necesaria para llevar a cabo dichas actividades sin mayores dificultades y plenamente convencidos de su utilidad.

OBJETIVO GENERAL: Sensibilizar y concientizar acerca de la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación a los profesores

de la carrera de medicina de la FES-Zaragoza, lo que redundará en un mejor desempeño profesional y atención a la población que lo requiere.

POBLACION: Máximo 30 Profesores de la carrera de medicina de la FES-Zaragoza que impartan prácticas de servicio de 3er a 5to semestre y que estén interesados en el tema. Esto, debido a que el tema a tratar requiere cierto nivel de acercamiento y comunicación entre los participantes, por lo que los grupos deben ser reducidos, pero con la opción de que el programa se repita las veces que sea necesario, de manera tal que pueda cubrirse el total de la población de profesores de la carrera de medicina de la FES-Zaragoza.

LUGAR: Se requiere un lugar amplio, con luz natural y/o artificial, con suficientes butacas para los participantes y material necesario para la proyección de películas.

4.2 INTRODUCCIÓN A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

OBJETIVO PARTICULAR: Dar a conocer el programa, la forma de trabajo y las expectativas de los participantes sobre el programa.

TEMA	OBJETIVO	DURACION	DINÁMICA	EVALUACION	SEGUIMIENTO
Aprendiendo a relacionarse.	Propiciar la interacción personal entre los participantes.	2 hrs.	-¿Quiénes somos? (ver anexo 2)	Se les pedirá a los participantes que conteste un pretest y un postet al inicio y final del curso, respectivamente.	- Entrevista a los participantes 6 meses después de finalizado el programa.
La literatura como una forma de entender al paciente.	Sensibilizar a los médicos acerca de las emociones y sentimientos humanos.	2 hrs. Se le asignará a cada participante una obra literaria que deberá de leer durante la primera semana del programa, dedicándose la última sesión de la fase de sensibilización para comentar el contenido de dichas obras.	Seminarios (ver anexo 2)	Formar equipos de acuerdo a la obra leída, con el fin de presentar las conclusiones del tema al grupo.	Observación de las consultas con pacientes reales con guías de observación iguales a las aplicadas antes de la implementación del programa.

4.3 TEORIA Y SENSIBILIZACIÓN

OBJETIVO PARTICULAR: - Conocer los fundamentos teóricos de la comunicación en la relación médico-paciente.

- Sensibilizar a los participantes acerca de la importancia de la comunicación en las relaciones asistenciales.

TEMA	OBJETIVOS	DURACION	DINAMICA	EVALUACION	SEGUIMIENTO
Comunicación	Conocer las diferentes teorías acerca del tema y comprender su importancia.	- 1 hora.	Dinámicas de comunicación.	Elaborar una guía de observación para determinar si hubo o no comunicación	Elaboración de un cuestionario respecto al tema que se aplicará tres meses después de finalizar el programa.
Ponerse en el lugar del paciente	-Sensibilizar a los participantes. -Comprender la importancia de la comunicación dentro de la Relación médico-paciente.	- 3 horas	proyección de la película: "esperanza de vida"	Rol playing acerca del tema, con la ayuda de una guía de observación	-Observar una clase de los participantes tres meses después, utilizando la misma guía de observación
Comunicación verbal y no verbal.	Conocer la importancia de ambas, ampliar la perspectiva de los participantes acerca de las posibilidades de comunicación.	1 1/2 hrs.	-Proyectar fotografías (anexos) -Explicación oral. -Escenificación mimica.	Se evaluará de acuerdo al número de aciertos que se obtengan en las fotografías y a la claridad de su escenificación.	- Realizar una filmación tres meses después durante una clase de los participantes.
Características de la relación médico-paciente	Contextualizar el proceso de la comunicación dentro de la relación m-p.	1 1/2 hrs.	-lecturas (carta a mi médico) -Artículo de Cristina Pacheco. (seminarios)	Elaboración de un cuadro sinóptico entre todos los participantes, en el que se distinguen las características del médico y del paciente así como la manera en que se relacionan.	Se complementará el cuestionario anterior con preguntas de este tema.
Obstáculos en la relación médico-paciente	Conocer dichos problemas y buscar su posible solución. Difundir las soluciones encontradas, en especial las planteadas en el curso.	2 horas	-Comentar problemas y experiencias respecto al tema. -Hacer una lluvia de ideas para encontrar la solución a dichos problemas.	Elaborar entrevistas a pacientes antes y después del curso.	-Hacer una entrevista a los pacientes 3 meses después, -Repetir la entrevista 6 meses después.

4.4 FASE PRACTICA

OBJETIVO PARTICULAR: Dar a conocer estrategias para el mejoramiento de las habilidades de comunicación.

TEMA	OBJETIVO	DURACION	DINÁMICA	EVALUACIÓN	SEGUIMIENTO
Mejorando la comunicación médico-paciente	Conocer y analizar los diversos puntos de vista acerca de los obstáculos de la comunicación en la médico-paciente y su posible solución.	1 hora	Seminario (ver anexo 2)	- Elaboración de cuadro sinóptico tomando en cuenta las sugerencias de los participantes	- Observar una consulta con la finalidad de verificar si han sido útiles las sugerencias y si se llevaron a cabo.
Escuchar con los ojos.	Desarrollar habilidades en los participantes que les permitan aprovechar todos los recursos posibles para obtener la información del padecimiento de su paciente.	2 hrs	Dramatizaciones. "el espejo" (ver anexo2)	Se les pedirá que vean fragmentos de películas sin volumen, y se evaluará de acuerdo a las veces que logren descifrar que es lo que está pasando en escena.	Se firmarán las dramatizaciones y dos meses después de transcurrido el curso, se firmará u observará una consulta real.
Aprender a escuchar	Desarrollar la capacidad de escuchar a las personas de una manera completa, como forma de obtener información completa y verdadera.	1 hora	Dinámica: "Historia de la máquina registradora" (ver anexo 2)	Se evaluará de acuerdo al número de aciertos que se obtengan en la dinámica.	Complementar la entrevista hecha a los pacientes incluyendo preguntas sobre este tema.
El contacto físico con el paciente	Conocer y desarrollar formas de comunicación con el enfermo a través del contacto físico con ellos.	1 hora	Dinámica: "gallina ciega"	Se evaluará de acuerdo a si encontró o no a su pareja durante la dinámica.	Observar una consulta real, después de 3 meses de finalizado el programa.
Como hacerse entender claramente.	Se espera que los participantes puedan ofrecer información al paciente sobre su enfermedad de una manera clara y que sea entendible para el enfermo.	1 hora	"construyamos un avión"	Se evaluará el desempeño de cada participante en las dinámicas.	Aplicación de cuestionario a los pacientes 6 meses después
Importancia de la retroalimentación	Comprender la importancia de que el paciente demuestre a su médico que ha entendido todas sus indicaciones y que no cometerá errores que perjudiquen su salud.	1 hora.	Comunicándonos con símbolos.	Simulacro de una consulta con un voluntario ajeno al programa. Esta persona deberá recibir un diagnóstico y tratamiento, para posteriormente explicar al grupo que es lo que padece y que indicaciones le han sido dadas.	Aplicación de cuestionario a los pacientes, 6 meses después

CONCLUSIÓN GENERAL

Finalmente, todas las teorías sobre comunicación que fueron mencionadas, llevan a considerar esta como una función humana esencial, pues a través de ella, se refleja y comparte con los demás el conocimiento que se tiene acerca del mundo que nos rodea, éste es un hecho que indudablemente ha contribuido a la evolución del ser humano y por lo tanto, al desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Desafortunadamente, los avances tecnológicos han desplazado el lado humano de la ciencia en beneficio de la eficacia y productividad, con esto no se quiere decir que no haya que buscar estas características en la ciencia médica, sino que más bien se ha desviado el camino para lograr la verdadera eficacia en el cuidado de la salud, este camino olvidado es el propio médico, aquel que en otros tiempos no necesitaba de sustancias químicas altamente costosas, porque tenía a su lado una herramienta más poderosa: la confianza que el paciente depositaba en él.

El papel que la Psicología juega en esta temática (comunicación en la relación médico-paciente) aparentemente tan alejada de ella, es de gran importancia, ya que brinda los medios teóricos y prácticos necesarios para propiciar cambios en beneficio de la población. Partiendo del hecho de que en la actualidad no es posible abordar las enfermedades únicamente desde el punto de vista biológico, como lo muestran no sólo ésta sino todas las investigaciones mencionadas en el marco teórico; el bienestar de un individuo o de una colectividad, no es producto exclusivo del equilibrio biológico, sino que existe un conjunto de variables sociales, económicas, culturales y psicológicas que se interrelacionan y cuyo peso es fundamental en el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos.

Una de las principales habilidades que el psicólogo desarrolla a lo largo de su formación es la capacidad de desarrollar programas aplicables a diversos sectores de la población con un fin determinado, como en este caso, que se ha propuesto el "Programa de Capacitación para profesores de Medicina sobre el manejo de habilidades de comunicación en la

relación médico-paciente", cuyo objetivo es concientizar a los docentes de medicina sobre la importancia que tienen las habilidades de comunicación en el desempeño de su labor.

Esta investigación no sólo permite tomar conciencia de lo compleja e importante que es la comunicación no sólo en las relaciones interpersonales, sino también en las asistenciales puesto que forma parte de las expectativas que el paciente tiene al acudir a los servicios de salud. Pero desafortunadamente como fue posible observar en las respuestas de los pacientes, la gran mayoría de los médicos que prestan sus servicios en las UMAIS Zaragoza y Estado de México, no manifestaron estar conscientes acerca de la importancia que ésta tiene, pues para ellos es prioritario sanar orgánicamente, olvidando que los seres humanos somos entes biopsicosociales a los cuales no es posible dividir en mente y cuerpo (más que para fines de estudio) pues estos interactúan constantemente.

Es importante mencionar que la diversidad de opiniones presente en el trabajo lejos de confundir, permitió conocer cada una de las alternativas de solución al problema, todas ellas interesantes e igualmente válidas.

Debido al tipo de población manejado (médicos) con una formación rigurosa y objetiva, se considero necesario adoptar el modelo del aprendizaje social, pues al trabajar con habilidades o conductas tiende a ser más objetivo que el resto de los aquí mencionados.

Por supuesto esta investigación no solamente es aplicable a la carrera de medicina ya que el objeto de estudio de las profesiones de la salud son las personas y por lo tanto todos los que estamos involucrados dentro de ellas debemos aprender a trabajar con seres humanos más que con enfermedades, recetas o diagnósticos pues al final una misma enfermedad es distinta para cada paciente.

Por ello es necesario trabajar multidisciplinariamente en beneficio no sólo de la población sino de la ciencia en general. Con esto se abrirán nuevos campos de estudio no sólo para la carrera de medicina sino también para la carrera de psicología.

Una de las limitantes para llevar a cabo esta investigación fue la escasa población que acude al servicio médico de las UMAIS y lo cual ocasionó que se alargara el tiempo previsto para la aplicación del instrumento. Otra fue el bajo nivel económico y cultural de los entrevistados a quienes hubo que explicarles algunos términos del cuestionario.

El principal obstáculo son las necesidades y los intereses que se han generado al incorporarnos al ámbito laboral, ya que este nos exige titularnos a la brevedad posible por lo cual no contamos con un horario disponible para poner en práctica la propuesta de capacitación planteada en este trabajo, sin embargo lo consideramos bien desarrollado para que cualquier persona interesada en el tema lo lleve a la práctica.

Aclaremos que lo anterior no significa que no pueda perfeccionarse o modificarse de acuerdo a las circunstancias del ambiente, momento y persona que lo aplique. Esto es solamente uno de los primeros pasos en este campo de estudio, que en el futuro puede dar pie a nuevas investigaciones.

Finalmente, es importante mencionar que el realizar este programa no sólo ha enriquecido la formación profesional de quienes lo realizaron, sino que a través de él y de un largo proceso de análisis y síntesis, se logro una visión más amplia y clara de un problema que compete a la Psicólogo no sólo de manera profesional, sino también personal, pues nadie está expuesto de necesitar los servicios de un buen médico.

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

INSTRUCCIONES: El cuestionario que a continuación se le presenta, tiene como objetivo recabar información para una investigación académica, por lo que le pedimos conteste lo más verazmente posible. Las opciones de la derecha significan:

M.F Muy frecuentemente
F. Frecuentemente

N. Nunca
A.V. A veces

Marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión respecto de las afirmaciones que se le presentan. **EJEMPLO:**

1. Usted le cuenta a su pareja todo lo que le pasa **MF F AV N**
en el transcurso del día.

Si usted realmente le cuenta todo a su pareja, deberá marcar la opción MF (Muy frecuentemente), si por el contrario, Ud. no platica con su pareja, la respuesta que deberá elegir es N (Nunca), en caso de que algunas veces lo haga y otras no, tiene el resto de las opciones para contestar.

PREGUNTAS	MF	F	AV	N
1. El servicio médico que recibe es bueno				
2. El trato que le brinda su médico es cortante				
3. Su médico lo mira, lo escucha y platica con usted de temas diferentes a su enfermedad				
4. Cuando usted ingresa al consultorio, su médico lo saluda de manera amable y recuerda su nombre				
5. ¿Siente la confianza para preguntar a su médico acerca de su enfermedad o cuestiones diferentes a ella?				
6. Su médico es agresivo o está de mal humor				
7. Su médico se preocupa por su bienestar no sólo físico, sino también emocional y familiar.				
8. El ambiente cuando está en consulta es relajado				
9. Cuando sale del consultorio se siente mejor que cuando entró				
10. Su médico le palmea el hombro, o le da un apretón de manos				
11. La explicación que le brinda su médico acerca de su enfermedad es clara				
12. Su médico se asegura de que usted haya entendido el tratamiento o las instrucciones que usted deberá seguir al tomar sus medicamentos.				
13. Usted visita al mismo médico				
14. Usted recomienda a su médico				

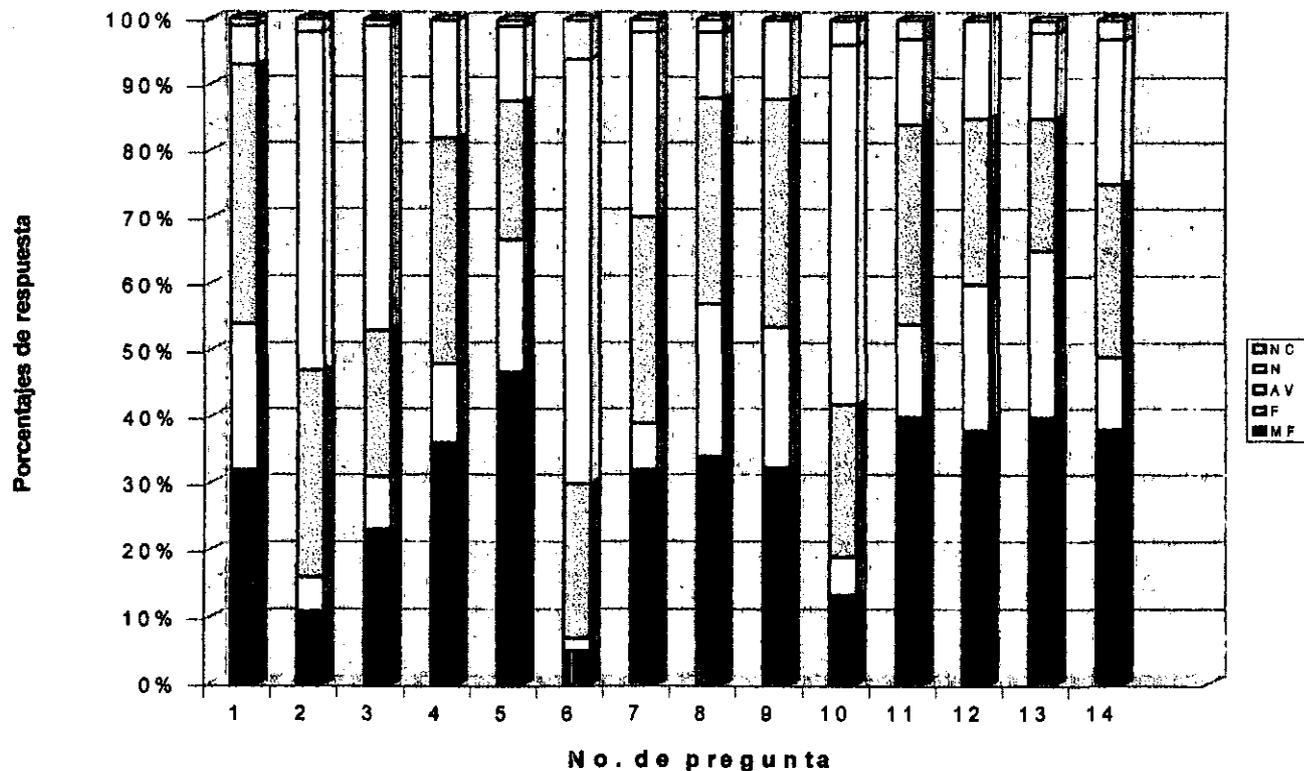
||GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PORCENTAJES DE RESPUESTAS OBTENIDOS EN CADA UNA DE LAS PREGUNTAS

TABLA 1. Esta tabla muestra la frecuencia de respuesta de cada una de las opciones en cada pregunta, donde MF; significa muy frecuentemente, F; frecuentemente, AV; a veces, N; nunca, NC; no contesto.

PREGUNTAS	MF	F	AV	N	NC
1. El servicio médico que recibe es bueno	32	22	39	6	1
2. El trato que le brinda su médico es cortante	11	5	31	51	2
3. Su médico lo mira, lo escucha y platica con usted de temas diferentes a su enfermedad	23	8	22	46	1
4. Cuando usted ingresa al consultorio, su médico lo saluda de manera amable y recuerda su nombre	36	12	34	18	0
5. ¿Siente la confianza para preguntar a su médico acerca de su enfermedad o cuestiones diferentes a ella?	12	21	22	49	1
6. Su médico es agresivo o está de mal humor	5	2	23	64	6
7. Su médico se preocupa por su bienestar no sólo físico, sino también emocional y familiar.	32	7	31	28	2
8. El ambiente cuando está en consulta es relajado	34	23	31	10	2
9. Cuando sale del consultorio se siente mejor que cuando entró	12	21	34	32	0
10. Su médico le palmea el hombro, o le da un apretón de manos	14	6	24	57	4
11. La explicación que le brinda su médico acerca de su enfermedad es clara	13	14	30	40	3
12. Su médico se asegura de que usted haya entendido el tratamiento o las instrucciones que usted deberá seguir al tomar sus medicamentos.	15	22	25	38	0
13. Usted visita al mismo médico	40	25	20	13	2
14. Usted recomienda a su médico	38	11	26	22	3

TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS EN CADA PREGUNTA



Gráfica 1. Arriba el porcentaje total de cada pregunta y sus diferentes opciones, lo que permite tener una visión global de los resultados del cuestionario. Las opciones de la leyenda significan: MF; muy frecuentemente, F; frecuentemente, AV; a veces, N; nunca y NC, no contesto.

SU MÉDICO LO MIRA, LO ESCUCHA Y PLÁTICA CON USTED DE TEMAS DIFERENTES A SU ENFERMEDAD

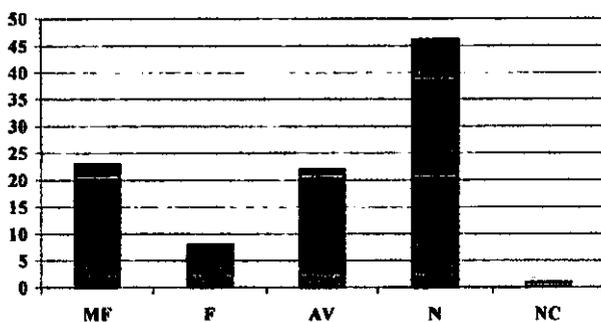


Gráfico 2. En esta imagen se pueden apreciar los porcentajes de respuestas obtenidos en la pregunta 3, tal y como se observa, el 46% de los entrevistados considera que su médico no lo mira, escucha ni plática con ellos acerca de temas diferentes a su enfermedad.

SU MÉDICO LE PALMEA EL HOMBRO, O LE DA UN APRETÓN DE MANOS

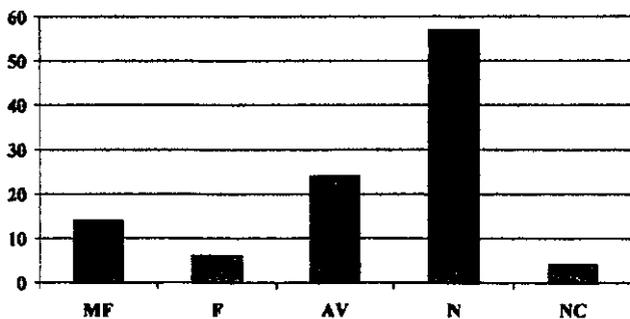
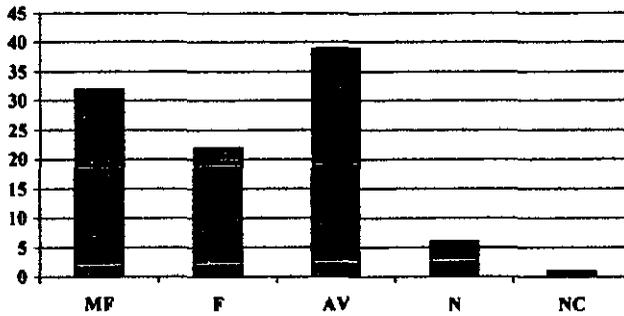


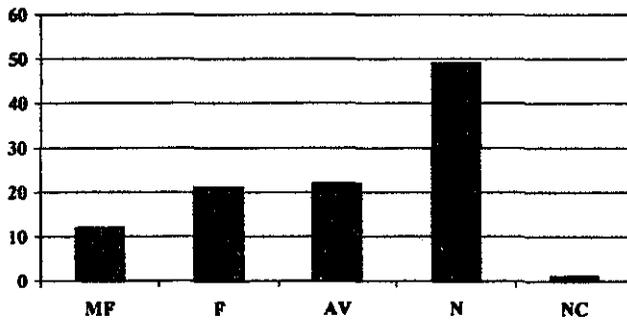
Gráfico 3. Aquí se muestran los resultados en la pregunta 10, donde se puede observar que más al 57% de la población declaró no haber tenido nunca la oportunidad de recibir una muestra de afecto de su médico a través del contacto físico.

EL SERVICIO MÉDICO QUE RECIBE ES BUENO



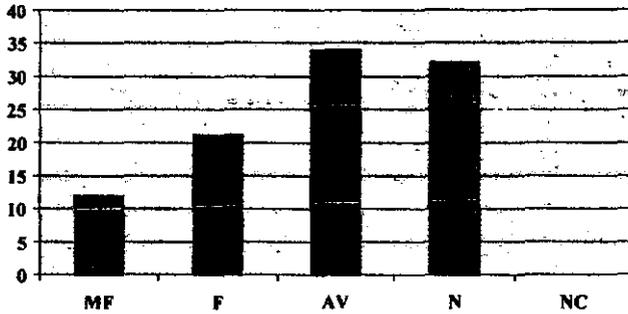
Gráfica 4. Como se puede observar en la imagen de arriba, las opciones están divididas, pues el 30 % opina que el servicio es bueno en ocasiones, mientras que el 32 % considera que es bueno muy frecuentemente.

¿SIENTE LA CONFIANZA PARA PREGUNTAR A SU MÉDICO ACERCA DE SU ENFERMEDAD O CUESTIONES DIFERENTES A ELLA?



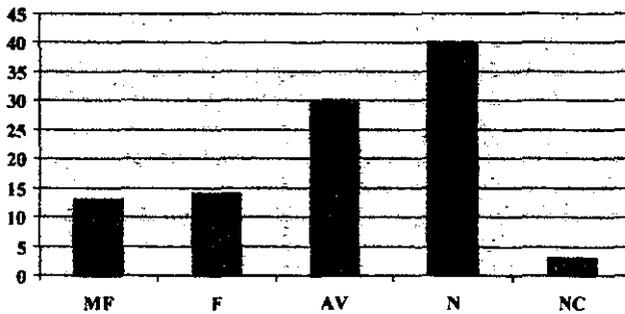
Gráfica 5. En esta representación se observa que los pacientes manifestaron no tener confianza suficiente para conversar con su médico.

CUANDO SALE DEL CONSULTORIO SE SIENTE MEJOR QUE CUANDO ENTRÓ



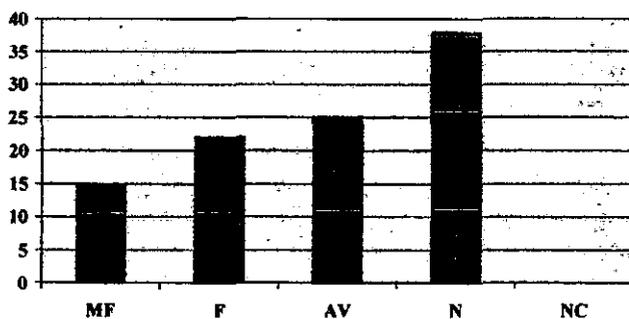
Gráfica 6. Arriba se muestra que es poco frecuente que los pacientes sientan una sensación de bienestar al abandonar el consultorio.

La explicación que le brinda su médico acerca de su enfermedad es clara



Gráfica 7. Como puede observarse para los pacientes la explicación acerca de su enfermedad no es clara, esto debido al lenguaje que los médicos manejan.

Su médico se asegura de que usted hay entendido el tratamiento



Gráfica 8. Al igual que la imagen anterior, esta gráfica representa que hay dificultades de comunicación entre médico y paciente, debido a la diferencia de lenguajes que ambos manejan.

ANEXO 2

DINÁMICAS

1.1 ¿Quiénes somos?

Se proporcionará a los participantes una hoja de papel, en ella se les pedirá que completen las siguientes expresiones. Es muy importante que en la última de ellas, se anoten cinco cualidades personales positivas tanto físicas como no físicas.

Mi nombre es:

Espero que este curso:

Lo mejor de ser médico es:

Lo mejor de mí es:

Una vez que todos los participantes tengan listas sus hojas, se les indicará que se la coloquen en el pecho como si fuera una corbata y deberán caminar por todo el salón leyendo las corbatas de los demás.

Al terminar, se les pedirá tomar asiento y pedir al (a) compañero (a) que más haya llamado su atención que platique un poco más de sí mismo (a).

1.2 La literatura como forma de entender al paciente (seminario)

Bibliografía:

Dostoievsky "Crimen y castigo".

Angeles Mastreta "Mal de amores".

Milan Kundera "La insoportable levedad del ser"

2.1 El Diagnóstico

Se pedirá a 4 personas que abandonen el aula, al grupo se le indicará que se sienten de manera tal que formen un círculo, y se les explicará la dinámica, dando las siguientes instrucciones: "Los compañeros van a pasar de uno en uno y vamos a pedirles que encuentren la enfermedad que nosotros padecemos. Les pediremos

que nos vayan preguntando a cada uno, cuestiones como nombre, edad, deportes o actividades favoritas, estado civil, etc. La primera persona contestará cualquier cosa, pero que no tenga que ver con la pregunta, el siguiente compañero deberá responder a la interrogación hecha a la persona anterior, y así sucesivamente”.

Al pasar al aula las personas que salieron, se les indicará que formulen preguntas a cada uno de los integrantes del grupo, al terminar de interrogar a todos, deberá decir que es lo que pasa con el grupo.

Para finalizar la dinámica, se comenta que tan fácil o difícil fue encontrar la lógica de las respuestas, y si fue o no posible comunicarse.

2.1.2 Intentando comunicarse

Se prepararán algunos carteles con las leyendas, “ignórame”, “dame la razón”, “contradíceme”, “guarda silencio cuando yo hable” “no me pongas atención”, entre otros.

Se pegará a cada participante uno de estos carteles sin que él los vea, pero los demás si deberán leerlos.

Se le pedirá a cada uno de ellos que platique sobre cualquier tema y se les indicará que deben seguir las instrucciones de los carteles sin mencionar a los demás que es lo que dice.

Al final se comentarán las reacciones y las posibilidades de comunicación que cada uno tuvo.

2.2 Proyección

Se proyectará la película “Esperanza de vida” y al final, se harán comentarios.

2.3 Proyectar fotografías

Se les dará a cada participante 7 papeles en blanco, y se les proyectarán 7 fotografías de la misma persona pero con diferentes expresiones, ellos deberán colocar en el papel correspondiente que expresión están mostrando las diferentes fotografías.

2.4 Lecturas

CARTA A MI MÉDICO

"Estoy escribiendo esta carta como una forma de que finalmente me escuche..... En nuestro primer encuentro, cuando yo le dije que me daba gusto conocerlo, usted correspondió a mi honesto saludo con un comentario sarcástico: "sé que no le agrada conocerme"; Dejando perfectamente claro que usted se veía a sí mismo como "el tirano de la historia" y que la quimioterapia sería una "experiencia terrible". Haciendo retrospectiva, ahora comprendo que la relación que me estaba ofreciendo nunca significaría un apoyo, el cual yo necesitaba desesperadamente durante este difícil y delicado tratamiento. De igual manera, el escenario en el cual fue administrada la quimioterapia nunca me ayudó a soportar con paciencia las reacciones desagradables del tratamiento...

Estoy muy molesta conmigo misma por permitir que usted me intimidara, pero también molesta y herida por su impersonal, indiferente y en ocasiones muy rudo trato hacia mí. Yo vine a usted con expectativas de asistencia profesional y humana para mi problema.

La atención no inicia y termina con la prescripción de drogas... Además de su opinión médica, yo necesitaba que me apoyara y alentara a cruzar este espantoso recorrido; y usted no estuvo ahí.

Debido a un severo insomnio, la continua inflamación de la vejiga, la pobre comunicación y otros efectos físicos y emocionales de la quimioterapia, gradualmente comencé a cansarme y a ser incapaz de hacerle frente a la vida, mucho menos al cáncer o a la quimioterapia. Usted como mi médico de cabecera, tenía la responsabilidad de mantenerme informada acerca de los resultados de varios exámenes y estudios que me realizaron otros médicos con los que usted me refirió. También tenía la obligación de comunicarme el impacto que estos resultados tendrían en mi tratamiento. En vez de ello, fui ignorada y tuve que ocuparme de entrar en contacto con tales médicos y relacionar sus hallazgos a mis necesidades de quimioterapia. Esto aumentó el estrés del que ya era presa.

En nuestro último encuentro, después de hablar conmigo durante menos de 5 minutos, me diagnosticó depresión severa, me canalizó a un psiquiatra y sugirió que el "Prozac" podría ayudarme. Luego me dio la espalda, y mientras yo lloraba, usted caminaba hacia la puerta...".

La Sociedad frente a la actuación del médico.

CRISTINA PACHECO

Me intimidan, sinceramente me intimidan, porque ustedes saben muchas cosas, usan un lenguaje que yo no comprendo y que con frecuencia, si es que llevo a escucharlo, me asusta profundamente.

Me invitaron a que hablara de la relación entre el paciente y el médico. Yo creo que antes de eso tendría que decirles parte de lo que he visto. Como periodista y como escritora he tenido en la mano una especie de llave que me ha permitido abrir puertas que nunca había imaginado. Lo que he encontrado detrás de cada puerta es soledad, abandono, aislamiento y enfermedad, mucha enfermedad.

Quizá pudiéramos entender algunas de las cosas que están sucediendo ahora en nuestro país si simplemente hubiera una medición de los procesos y de los niveles de enfermedad que hay aquí.

En 1993, muy poquito antes de que estallara el movimiento en Chiapas, una revista alemana me encargó que hiciera un artículo sobre las tejedoras de esa entidad. Tuve la fortuna de encontrar una guía, que me llevó a los lugares más remotos e insólitos, y también más bellos, en ese lugar que yo llamo "El país de las nubes". Realmente, a la belleza, a los verdes espléndidos que se ven en Chiapas se suma el esplendor de las nubes.

Esto que a mí me pareció maravilloso, me llevó, me acercó a la visión que tiene de ese mundo una comunidad indígena. Esta comunidad se encuentra en un sitio muy difícil de llegar, se llama Yaxanal y hay un solo hombre que conoce el castellano.

Para nuestra entrevista yo les había pedido que llevaran sus telares, lo primero que supe por mi traductora es que las personas me pedían perdón porque no había un tejabán bajo el cual guarecermos. Eran personas sin casa, que estaban amparadas literalmente debajo, en las ramas de los árboles. Estas personas habían perdido sus casas, sus chozas debido a una fuerte lluvia que hubo a finales de 1993.

Cuando llegué ahí empezaron a aparecer las mujeres tejedoras, sentí una impresión terrible. Debajo de su único traje, ese traje bordado en rojo y negro, que es toda su historia, toda su memoria y es toda su posesión, había seres esqueléticos, seres completamente consumidos por la enfermedad, el que no tosía se quejaba del dolor de cabeza o de algún otro mal que no pude comprender, porque era muy difícil la comunicación.

Mi traductor me hizo saber lo que decía la mujer tejedora, la principal, a parte de pedirme perdón por no tener un sitio bajo el cual pudiéramos conversar, se disculpaba por no poder ofrecernos ni tortillitas, ni agua. Y al final, cuando le pedí a mi traductor que le explicara cual emocionada estaba a causa del paisaje y cuanto me encantaba la forma en que las ramas de los árboles eran movidas por el viento, recibí una respuesta realmente dolorosa y terrible, que me hizo sentir avergonzada; avergonzada por una razón: Yo había pensado en el placer de mirar, pero no había pensado en todo lo que estaban viviendo las personas que están permanentemente ahí.

La mujer me dio un mensaje que les transmito a ustedes: "En esta comunidad la muerte es como el viento, ninguna puerta lo detienen, entra y sale. Se lleva a los niños, se lleva a los mayores, no sabemos a quién. Cualquier enfermedad nos mata, porque estamos rodeados de piedra y de losos, los médicos no quieren ensuciarse los zapatos, los médicos no quieren vivir aquí; los médicos no conocen nuestra lengua, ni conocen nuestro dolor; nosotros tampoco conocemos la lengua de los médicos. Sólo dígalos que aquí la muerte no arrastra, como arrastra el viento a las hojas de los árboles".

Sí, esa es una parte de la realidad que he visto, y podría contarles muchísimas cosas más, si pudiera describirles lo que he encontrado en los barrios y en los barrios que están aquí, cerquita de nosotros.

Hay gente que llega a una edad bastante avanzada sin jamás haber visto a un médico. Existen mujeres que tienen a sus hijos, una me acaba de decir: "Tengo 17 hijos, jamás visité a un médico, ni tuve necesidad de ninguno, porque además nunca lo pude pagar". Podría multiplicar estas referencias al infinito. Y creo que la relación se podría concentrar muy concretamente en el mundo de los ancianos y los niños; ancianos y niños de quienes se ocupan grupos de religiosas porque ya no hay más, en los hospitales no hay cabida para ellos. Y hay algunos albergues que llegan a improvisarse en las colonias o en las delegaciones.

Acabo de estar precisamente en uno, se llama "fraternidad sin fronteras". Está en Tláhuac, por si quieren visitarlo. Son dos patios gélidos y desnudos, están pintados de blanco. Ahí están alojadas 48 personas indigentes, que tienen las más diversas enfermedades, desde problemas mentales hasta todas las enfermedades propias de la vejez, artritis severa y demás. Hay, desde luego, locura; una locura que verdaderamente desgarrar porque es una locura sin amparo, sin protección, sin abrigo, sin comida, sin esperanza, sin nada.

Lo que esa gente tiene es únicamente lo que les da un grupo de mujeres que, pues una vez tuvieron que abrir esta casa, porque una mañana apareció un indigente abandonado en esa puerta, se corrió la voz de que había sido recibido y después llegaron otros y otros más, y ahí siguen viviendo o sobreviviendo.

¿De qué manera sobreviven? Con el apoyo que les dan las personas de la comunidad ¿Quién atiende a estos enfermos? Voluntarios, que con frecuencia van a este sitio para dar medicinas, que yo no creo que realmente lleguen a curar a las personas, pero les dan quizá, el primer alivio y el más importante, el alivio de sentir que alguien los mira, que alguien los atiende que alguien quizá pueda llamarlos por su nombre.

En este lugar conocí aun joven de nombre Armando, tenía, sí, tenía 18 años de edad. Se los voy a describir rápidamente: Un hombre largo, moreno, inmóvil completamente, vestido con un traje de dril azul, que no sé de donde lo sacó; las moscas rodeaban y rodeaban su cara, se posaban en él y él no se movía. Cuando me acerque a preguntarle su nombre, con mucha dificultad me dijo que se llamaba Amando. Cuando le pregunté si tenía familiares, movió la cabeza. Fue muy difícil la conversación, porque el grado de desnutrición que el joven tenía era realmente terrible. Nunca he visto, más que en fotografías que se han tomado en África, una persona tan terriblemente deteriorada.

Con dificultades me explicó que había sido abandonado desde muy niño, que había vivido en la calle, que había rodado de un sitio a otro, que siempre se había mantenido como había podido y que el mejor lugar en el que había estado en sus 18 años de vida era esa silla, pegada a un lavadero, donde no se ve absolutamente nada que no sea esa pared blanca.

Pedí ayuda al Instituto Nacional de la Nutrición, afortunadamente me la dieron, afortunadamente, porque sentí que algo mínimo se había hecho. Pero la ayuda llegó tarde, a la primera revisión que le hicieron a este joven murió y me imagino que con él se acabó todo lo que experimentó y también todo lo que ese muchacho pudo ser.

No sé de él nada, pero no lo quiero olvidar; no podría olvidarlo, sería como una traición, porque finalmente él tuvo la generosidad de esforzarse, dando quizá lo poco que le quedaba de fuerzas para contarme un poquito de la historia, que no sé si la habrá contado a otra persona.

Antes de alejarme, Armando lo único que hizo fue levantar la mano y decirme adiós. Alcanzamos a tomar esa última imagen y la dejé impresa, porque - como les digo - no quiero olvidarlo; quiero recordarlo a él pensar en todas las cosas que tenemos que hacer.

Debo decirles también algo importante, por lo menos para mí, ustedes los médicos son la única presencia esperanzadora que hay en los barrios y en las colonias remotas. Cuando alguien dice: "Van a venir a vacunarnos o van a venir los doctores", la cara de la gente se ilumina, porque es ahí, en la bata blanca de los médicos y en su extraña manera de hablar, donde comienza para la gente una leve, una pobre esperanza.

La enfermedad es terrible, hay muchos escritores que se han dedicado a tomarla como tema básico de su trabajo. Yo lo intenté con un desgarramiento

profundo y con un riesgo grave para mí como persona, porque no tenía las armas para protegerme un poquito de la experiencia.

Brevemente, les contaré que mi madre fue víctima de un cáncer terrible. La recibí en oncología, y como estábamos solas y temíamos que pudiera morir en cualquier momento, nos autorizaron a quedarnos debajo de la cama. Como semanariamente publico un cuento, yo no podía estar en el hospital y dejar de escribir mis cuentos, porque era mi manera de sentir que algo de mí estaba fuera de la enfermedad y algo de mi madre estaba también vivo.

Entonces, empecé a escribir una serie de cuentos a raíz de lo que vi en ese hospital. Vi ayuda, vi paciencia, vi generosidad, pero vi demasiado dolor, demasiado dolor que se acentuaba con un gesto que entiendo perfectamente, yo no lo crítico, de leve indiferencia, de profesional indiferencia por parte de médicos y enfermeras.

La persona que estaba al lado de la cama de mi madre se quejaba horriblemente, y una vez que le dije al médico: "Es que se está quejando, le duele". Me dijo: "Pues sí, claro que le duele, ¿qué quiere que yo haga?".

El único consuelo de esta mujer, que estaba enloquecida por el dolor, era cuando de pronto alguno de sus nietos, eran personas muy pobres, le decía: "Abuela, ya no lllore, mejor cuéntenos de cuando era niña".

Todas estas cosas se las relato por una simple razón, porque creo que lo peor de la enfermedad es el aislamiento a que nos somete. Estemos o no con la familia, estemos o no en la casa, nosotros sabemos que nosotros somos los portadores de la enfermedad y que ese círculo oscuro nos saca o nos marca de alguna manera; a lo mejor podemos hablar de las mismas cosas, porque queremos hablar de nuestra enfermedad; queremos que alguien nos oiga, pero oír hablar de estas cosas es incómodo y es preocupante. Por supuesto, hay que ir al médico. Y, con el médico es otra relación y también son otros los problemas; nos impresionan, nos asustan, nos llenan de admiración. Cuando los he visto con su bata blanca, siento una leve distancia entre ustedes y nosotros, los enfermos o los que vemos la enfermedad.

Después viene el problema de no entender lo que los médicos dicen, y nosotros queremos entender y saber lo que nos pasa, porque dentro de nosotros va creciendo, conforme avanza la enfermedad, otra cosa terrible, otro mal terrible que es el miedo.

Por pequeña, por curable que sea nuestra enfermedad, yo creo que todos tenemos miedo de perder eso, lo poquito de salud que tenemos; finalmente, la salud es una especie de quimera.

Yo recuerdo que cuando a la señora Susan Sontain le declararon cáncer, se hizo una cadena en el mundo entero para apoyarla. Y pensé, ojalá que ese tipo de cadenas se hicieran en torno a las mujeres o los hombres, en general a los enfermos, que padecen esos males.

Porque lo primero que uno hace es sentirse perdido, es sentirse olvidado, y éste es el momento en que las palabras tienen un mayor valor. Lo único que puede hacer un enfermo para descargarse un poco de la presión que lo agobia, es hablar de su enfermedad, decir las cosas o recibir noticias de la familia y poder reconstruir, aunque sea momentáneamente, la idea de que está otra vez dentro de su vida cotidiana, dentro del núcleo de su familia, sintiendo cerca de la gente que lo quiere, que se interesa por él o por ella. Todo esto, por la prisa, por la urgencia, por la presión del trabajo, uno siente que a veces no lo comprenden los médicos.

Yo quisiera subrayar esto, porque creo que si se trata de establecer una mejor condición, un mejor diálogo, un puente más fuerte entre el médico y el enfermo habría que comenzar por hacerlos entender una cosa: Nosotros no conocemos su ciencia, nosotros no sabemos lo que ustedes saben, no conocemos nuestro organismo de la manera que ustedes lo conocen, no conocemos los límites o el progreso de la enfermedad, no tenemos idea de nada de eso; tenemos un cuerpo, tenemos dolor y tenemos temor de sufrir y de morirnos. Eso es algo que tendría que entenderse antes de que se estableciera la relación entre el paciente y el médico.

Creo que si en este momento llegan otras personas a hablar con ustedes, es muy posible que les dijeran eso. Los médicos a veces nos intimidan, nos alejan, pero en el fondo siempre guardamos por todos esa admiración de

que les hablé antes, un respeto profundo y en agradecimiento a los que ahora trabajan en pro de la medicina, en pro de la salud y a los que en generaciones anteriores hicieron posible los avances de que hoy ustedes disfrutan.

De verdad, cuando vean un enfermo, por favor no olviden que es cuando uno se siente más solo, más perdido y más débil, es cuando más necesita sentirse persona. Pero, cerca, mas que de un profesional, de otro ser humano que también es falible, que tiene sueños, que tiene pasiones, que a lo mejor también puede enfermarse.

Ojalá que ustedes nunca se enfermen y, a todos les deseo por siempre que gocen de la mejor salud.

Respuestas:

- 1 ?
- 2 F
- 3 ?
- 4 V

3.3 “ Gallina ciega”

Se colocará a los participantes por parejas y con los ojos cerrados, de manera que no sepan quien es la persona que tienen la frente; después se les pedirá que toquen la nariz, el pelo, las manos y las mejillas de su pareja. Finalmente se dispersará al grupo por toda el aula sin desvendar los ojos, indicando que deben encontrar a su pareja.

3.4 “construyamos un avión”

A cada participante se les dará una hoja en blanco y se les darán instrucciones para construir un avión, sin embargo, no se construirá con una hoja de papel, sino a través de un dibujo. Se comentarán los resultados.

3.5 “ comunicándonos con símbolos”

Cada persona construirá un mensaje usando únicamente dibujos, después cada participante tratará de adivinar, al final cada persona deberá hacer explícito su dibujo, con la finalidad de que todos hablen un mismo lenguaje.

GLOSARIO

- Asertividad:** Se refiere a la capacidad de expresar ideas y/o sentimientos tal y como se sienten, sin caer en la agresividad o el miedo.
- Comunicación:** Etimológicamente, significa poner en común. Es un proceso complejo a través del cual es posible transmitir ideas, pensamientos y sentimientos a otros individuos.
- Confianza:** Se refiere a un sentimiento de esperanza firme en una persona o cosa.
- Contexto:** Es una serie de elementos y/ o factores que se encuentran alrededor de algo o alguien, y que por supuesto, influyen en él.
- Deshumanización:** Se refiere a la acción de hacer a un lado la calidad de humano.
- Despersonalización:** Referirse a una persona como un objeto o número, ignorando su categoría de ser humano.
- Dinámico (a):** Que está en constante transformación y/o movimiento.
- Elicitar:** Dar conocer, hacer tangible algo por voluntad propia y no de otro individuo.
- Empatía:** Se refiere a la capacidad de entender lo que la otra persona vive, como se dice comúnmente "ponerse en los zapatos del otro".
- Enfermo:** Es una persona que sufre alguna alteración en el funcionamiento de su cuerpo.
- Habilidad:** Capacidad y/o disposición para hacer algo.
- Influir:** Causar efectos en otra persona, situación u objeto.
- Información:** Se refiere a la recopilación de un conjunto de hechos o situaciones que se quieren transmitir al otro.
- Institucionalización:** En este contexto, tiene que ver con el estar sujeto a normas y reglas de la institución a la que se pertenece.
- Interacción:** Significa que dos personas o cosas se influyen mutuamente.
- Interpersonal:** Tiene que ver con las relaciones que se dan de persona a persona.
- Lenguaje:** Generalmente se le define como un conjunto de sonidos articulados que el hombre usa para expresar lo que sienta o piensa.
- Mensaje:** Es aquella información que se desea transmitir, y que puede tener muchas formas, palabras, letras, sonidos, etc.
- Paciente:** Generalmente, se le considera como el agente pasivo de una relación. En este contexto, se hace referencia a él como una persona que necesita ayuda pero cuyo papel no necesariamente debe ser el de esperar sin actuar.
- Proactiva:** Que tiene un objetivo y se presta a la acción.

- Proceso:** Se refiere a situaciones que se dan paso a paso, y en orden, para finalmente llegar a un resultado o conclusión.
- Rapport:** Es un ambiente de confianza y relajado, que idealmente debería darse en cualquier relación terapéutica.
- Signo:** Se refiere a códigos arbitrarios que tienen un significado común, como los números, o las letras.
- Símbolo:** Es la interpretación que se hace de los signos y que varía de persona en persona, pues las experiencias hacen que dos seres humanos perciban de manera distinta el mismo sonido o situación.
- Tratamiento:** Es un método o sistema para solucionar algo, en este caso, se refiere a las alternativas de solución para recuperar la salud.
- Universalismo:** Se aplica para aquellas situaciones que son iguales para todos o en las que todas las personas u objetos están incluidos, sin distinción de ninguna clase.

BIBLIOGRAFIA

- "ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA MEDICA", Editorial de la revista salud mental, vol. 3, No.1, 1980, México.
- BALINT, Michael y Enid (1970), Técnicas psicoterapéuticas en Medicina, Siglo Veintiuno Editores, S.A., México, D. F.
- BATESON Gregory y Ruesch Jurgen (1984) Comunicación, Editorial Paidós, México.
- BERLO, David K. (1960) El proceso de la comunicación. Editorial el ateneo, S.A. de C.v., México.
- BOWDEN, Charles L, y Burstein, Alvin G., (1974) Psychosocial basis of medical practice, an introduction to human behavior, The williams and wilkins company, Baltimore.
- BURNETT A.C., and Thompson, D.G., (1986), Aiding the development of communication skills in medical students., Medical Education, no. 20.
- CAPRA, Fritjot (1989), Prólogo. Dossey Larry, Tiempo, Espacio y Medicina, Editorial Kairós, Barcelona.
- DÍAZ Portillo Isabel (1990), Técnicas de la entrevista psicodinámica. Editorial PAX México, México, D.F.
- DOSSEY, Larry (1989), Tiempo, Espacio y Medicina, Editorial Kairós, Barcelona.
- ENTRALGO Laín Pedro, (1982), Filosofía Médica, Mc Graw Hill de México.
- FAGES, J.B. (1974), Historia del Psicoanálisis después de Freud, Ediciones Martínez Roca, España.
- FAJARDO, Ortíz Guillermo (1999), Dos enfoques de calidad: el paciente y el médico. Revista CONAMED, Año 3, No. 11, México, D.F.
- FITZPATRICK Ray (1984) The experience of illness, Tavistock Publications, London and New York.
- GILLIS, Lynn (1980), Human Behavior in Illness, Psychology and interpersonal Relationships. British Library Cataloguing in Publication Data, London, British.
- GONZALEZ Pedrero, Enrique (1981), Salud, Sociedad y Política., Gaceta Médica de México, Vol. 117, No. 11, México.
- GUIRAUD, Pierre (1972), La semiología, en GODED Jaime (1976), Antología sobre la comunicación humana, UNAM, CCH., México.
- HALL, Edward T. (1959), El lenguaje Silencioso, Alianza Editorial, México.
- HERNANDEZ Sampieri (1991), Metodología de la Investigación, Mc Graw Hill, México.
- HIDALGO, Carmen Gloria . y Abarca Nureya M. (1994). Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2da. Edición, Chile.

- HUND, W.D., (1972) Comunicación y sociedad, en GODED, Jaime (1976), Antología sobre la Comunicación humana, UNAM, CCH, México.
- JINICH Horacio, (1981). La medicina del siglo XX y su proyección futura. Gaceta Médica de México, Vol. 117, No. 11, México.
- JOSEPH Dayle H. y HAMES Carlyne C., (1980) Basic Concepts of Helping A wholistic approach, appleton-century-crofts, New York.
- KENDALL, Philip C. Y NORTON-Ford Julian D. (1988) , Psicología Clínica, perspectivas científicas y profesionales, Noriega Editores, México.
- KRAUS Arnolde (1999), Eutanasia: tiempo de diálogo. La Jornada, México.
- KRAUS Arnolde (1996) "la enfermedad como escritura", Memorias del Primer Simposio Internacional por la Calidad de los Servicios Médicos y la mejoría de la Relación Médico-Paciente, CONAMED, México.
- KRESTCHMER Schrimd, Roberto (1998), "La responsabilidad profesional del médico y el humanismo", Revista CONAMED, año 3, Vol. 9, México, D.F.
- LUCHINA, I., Galperin J. y Linger, C.(1973), Seminarios de Relación Médico-paciente, Educación Médica y salud, Vol. 7, No. 2.
- MARROQUIN, Pérez Manuel y Villa Sánchez Aurello (1995). La comunicación interpersonal, medición y estrategias para su desarrollo. Ediciones mensajero, España.
- MARTENSEN, David C, (1978), Comunicación: El sistema intrapersonal, Ediciones tres tiempos, México.
- MARX , M.H. y Hillix, W.A. (1983)Sistemas y Teorías Psicológicos Contemporáneos, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- MONTAGUE, F. Matson (1979). El contacto humano. Paidós Studio, Nueva York.
- OLMOS, María (1998), La Relación Médico-Paciente, Proyecto de investigación (documento de circulación interna), FES-Zaragoza, UNAM.
- PACHECO Cristina (1996), "La sociedad frente a la actuación del médico", Memorias del Primer Simposio Internacional por la Calidad de los Servicios Médicos y la mejoría de la Relación Médico-Paciente, CONAMED, México.
- Planes de Estudio (1990), 8va, edición, UNAM, México, D.F.
- PURTILO, Ruth, (1973), The allied health professional and the patient, techniques of effective interaction, W. B. Saunders, Company.
- RUIZ de Chavez Guerrero (1997), "Identificación de los obstáculos para la óptima Relación médico-paciente en las instituciones de salud: propuesta de solución" Memorias del Segundo Simposio Internacional por la Calidad de los Servicios Médicos y la mejoría de la Relación Médico-Paciente, CONAMED, México.
- SCHENEIDER, P.B., (1974), "PSICOLOGÍA APLICADA A LA PRÁCTICA MÉDICA, Paidós, buenos aires, Argentina.
- SIDNEY, N. (1987), La Personalidad Saludable, Editorial Trillas, México.
- SILVERSTEIN Albert, (1985), Comunicación humana, Editorial Trillas, México.

- STEWART, Daniel K. (1970), *Psicología de la Comunicación, Teoría y Análisis*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- STOUDEMIRE, Alan (1994), *Human Behavior. An introduction for medical students*. J.B., Lippincott Company, Philadelphia.
- THISTLEWAITE, J.E. (1999) *Integrating communication skills and history-taking*, *Medical Teacher.*, Vol.21, Inglaterra.
- VEJAR-lacave, (1981), *Los factores morales en la medicina*, *Gaceta Médica de México*, Vol. 117, No. 9, México.
- WOLINSKY, Fredric. D. (1980), *The sociology of Health Principles, Professions and Issues*, Little, Brown and Company.
- WOLPE Joseph (1977), *Práctica de la terapia de la conducta*, Editorial trillas, México.
- ZAMBRANO Guzman, (1998), *La Psicología en la formación de profesionales de la salud, Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol.3., No. 1.