



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y  
MUNICIPIOS  
“CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC”**

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UN PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN MÉDICA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ISLAS UGARTE KARIN**

Ecatepec, Estado de México, Noviembre del 2013



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.

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UN PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN MÉDICA**

**PRESENTA:**

**ISLAS UGARTE KARIN**

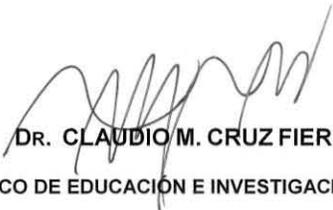
**AUTORIZACIONES:**



**DR. RICARDO LOZANO MARTINEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.



**DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.  
UNAM



**DR. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DEL ISSEMYM

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UN PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN MÉDICA**

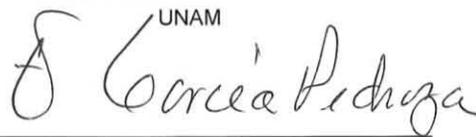
AUTORIZACIONES:



**DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

UNAM  


**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

## *Dedicatoria*

A mis hijos, por su amor y el gran estímulo que representan en mi vida.

A Julio César Camacho Valerdi, por todas las experiencias que trajo a mi vida y su invaluable apoyo.

A mis padres, por darme la vida y guiarme en mi camino.

A mis hermanas, por su gran apoyo y comprensión. Las amo.

A ti hermano que aunque ya no este conmigo, festejarías este logro conmigo

A cada uno de mis compañeros, con los que compartí esta formación

Al Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández, por su gran apoyo y orientación; para concluir esta etapa de formación.

# INDICE

<b>1. Marco teórico</b>	<b>1</b>
a) Introducción	1
b) Relación Médico Paciente. Situación actual	4
c) Modelos de Relación Médico Paciente	5
d) Tipos de Relación Médico Paciente	7
e) Transferencia	16
f) Contratransferencia	17
g) Empatía	18
h) Comunicación	19
i) Axiomas de la comunicación	21
j) Escala para valorar la Relación Clínica	28
<b>2. Planteamiento del problema</b>	<b>32</b>
<b>3. Justificación</b>	<b>33</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>35</b>
<b>5. Metodología</b>	
a) Tipo de Estudio	37
b) Población, lugar y tiempo de estudio	37
c) Tipo y tamaño de la muestra	37
d) Criterios de Inclusión	37
e) Criterios de Exclusión	37
f) Criterios de eliminación	37
g) Información a recolectar	37
h) Procedimientos para recolectar información	41
i) Consideraciones Éticas	41
<b>6. Resultados</b>	<b>41</b>
<b>7. Discusión</b>	<b>65</b>
<b>8. Conclusiones</b>	<b>66</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>70</b>

## INTRODUCCION

---

La Relación Médico Paciente es un vínculo interpersonal, entre el paciente “que padece” y el médico “que cuida”. Conlleva un compromiso mutuo dado por una Esta relación, puede ser analizada desde diferentes ángulos, en realidad, tantos como elementos haya constitutivos de un encuentro entre dos o más seres humanos, en un entorno particular constituido por un contrato de servicio demandado, inserto en una sociedad determinada.<sup>2</sup>

La relación Médico Paciente se identifica en primer término como una relación de comunicación, de expresión en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Consistente, básicamente, en un encuentro real o virtual, entre un sujeto que demanda y otro que encarna su supuesto “saber” que puede posibilitar a aquél (paciente) salir de la situación de su padecimiento corporal, mental o espiritual, aunque el otro (médico), no sepa anticipadamente qué se le pedirá y si podrá responder a la demanda. El médico ocupa su lugar al escuchar esas demandas, identificar las trasferencias del paciente que generalmente expresan preocupación, ansia de solución, sufrimiento o deprivación, siempre con el propósito de brindar la ayuda necesaria para la curación y preservación de la salud y el bienestar general. Las demandas pueden ser conscientes para ambas partes, expresadas por la solicitud de asistencia del paciente, que conlleva la formulación de un contrato fáctico que acarrea responsabilidades administrativas, civiles y penales, en caso de fallas, particularmente del médico, como en los casos de iatrogenia y mala praxis profesional, o en la difamación y desprestigio por parte del paciente. Se parte del concepto biológico de que el cuerpo humano es un ser orgánico cognoscible, que expresa síntomas y signos que el médico interpreta con su “saber”, para dar una respuesta de asistencia. Las demandas inconscientes tanto para el médico como para el paciente, base principal de la Relación Médico Paciente, no concierne al organismo como cuerpo físico, como soma, son del área psíquica, son subjetivas, tienen que ver con los afectos, gustos, deseos, emociones, angustias, y otros sentimientos con frecuencia expresados de manera sutil, que el médico debe de reconocer y manejar a lo largo de toda la relación. A ellas no se responde desde la biología y el tecnicismo, requieren de la comprensión de los procesos psicodinámicos que las condicionan, hay que ubicarlas, contextual y sincrónicamente, en la historia natural de la enfermedad y sus consecuencias, interpretando las expresiones del paciente en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y emociones. Es la otra parte, que generalmente no percibimos bien,

en la que hay otra forma de manifestaciones del proceso salud/enfermedad que debemos integrar a través del arte y la ciencia clínica. Es el arte médico basado en los principios elementales del humanismo, tratando de sentir lo que el paciente siente, siendo tolerante ante las manifestaciones de la diversidad humana, comprensivo y solidario ante el desamparo que impele a apelar por ayuda ante quien se supone sabrá manejar y dar las mejores respuestas de solución a las carencias. El paciente manifiesta sus necesidades por medio de transferencias psíquicas que la mayor parte de las veces son de visión paternalista, de dependencia, por la vulnerabilidad y frustración ante el fracaso de la auto curación, de hecho, nos relata una historia autobiográfica en la que se observan automatismos de repetición, de condicionamientos psíquicos que a lo mejor ocurrieron durante la infancia y ahora en ocasión del punto mórbido se repiten, quizás transfiriendo la figura paterna del médico. Nos dramatiza su sufrimiento, inadaptación, falla o pérdida, ofreciéndonos su sentimiento de omnipotencia, resaltando con fe y esperanza que lo liberemos del mal, aunque no siempre debe suponerse que el deseo real sea el de curarse. El escudriñamiento crítico de la transferencia ofrece al médico la oportunidad de sostener una Relación Médico Paciente apropiada y ofrecer respuestas terapéuticas más humanas.<sup>2</sup>

También se puede definir a la Relación Médico Paciente; al conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros.<sup>3</sup>

Así que la Relación Médico Paciente es, ante todo, un encuentro entre dos culturas diferentes. El médico participa en ella utilizando la terminología, los valores, los supuestos básicos y los conceptos de la medicina científica moderna acerca del cuerpo humano, la salud y la enfermedad. El paciente, por el contrario, se atiene a los vigentes en los grupos sociales ajenos a la profesión médica, que en conjunto constituyen la medicina popular o folkmedicina, cuyas formas actuales dependen tanto o más de la publicidad consumista que de la tradición cultural. Esta diferencia plantea problemas de incomunicación entre ambos que pueden impedir que la práctica clínica se desarrolle con eficacia y dignidad. Para superarlos no basta tener buena voluntad, sino que resultan indispensables la educación de los ciudadanos y que los médicos conozcan seriamente las medicinas populares en la que ejercen.<sup>4</sup>

Por otra parte, la situación de los dos grupos es diametralmente distinta. Los médicos están realizando una de sus funciones profesionales, es decir, un acto cotidiano que el hábito puede convertir en rutinario. En cambio, los pacientes se encuentran en la situación de indefensión que produce la enfermedad y de temor a la frustración biográfica y a la muerte. En consecuencia, no resulta admisible

plantear su relación suponiendo una situación de igualdad, ni pretender someterla a las leyes del mercado. <sup>4</sup>

En la práctica de una medicina centrada en el enfermo, el médico aborda los problemas poniendo énfasis en los aspectos humanos de sus pacientes, es decir, en su experiencia interna y en su relación con los demás. La relación médico paciente emerge entonces como un tema central. La naturaleza de esta relación, sus componentes, sus modalidades e implicaciones destacan como algo que, siendo esencial en el arte médico, tiene relevancia científica. <sup>5</sup>

Es pertinente por qué se tiene actualmente tanto interés en el componente interpersonal, sin duda el más antiguo en los actos médicos. Es de pensarse que la importancia de la relación médico paciente se ha hecho más aparente porque hoy en día experimenta cambios profundos que afecta en su esencia, y en este hecho radican muchas de las insatisfacciones tanto de los enfermos como de los médicos.<sup>5</sup>

Los factores emocionales adquieren especial relevancia en la actualidad, ya que hoy en día la mayoría de las enfermedades tienen una evolución crónica, lo que obliga a una relación entre médico y paciente de mayor contacto y duración en el tiempo. Para Pedreira (1997), la atención a estos factores emocionales conlleva pronósticos diferentes, a pesar de haber realizado similares diagnósticos. La reflexión de que la Relación Médico Paciente se muestra como una de las variables de gran impacto en la evolución de los procesos del enfermar y del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los pacientes. Balint (1954) es el autor central en la investigación sobre la Relación Médico Paciente, él es quien acuñó el interesante concepto de la droga llamada doctor, para reseñar la función de medicamento del médico. Asimismo señalaba que el aprendizaje de la relación médico paciente ayuda al médico a comprender los movimientos emocionales de sus pacientes; a conocer el dolor, las frustraciones, satisfacciones y expectativas de los mismos, aspecto de su quehacer que denominó “función apostólica del médico”.<sup>6</sup>

La importancia de esta relación se incrementa con el descubrimiento del “efecto placebo” de los fármacos en el campo de la quimioterapia. Este espacio se presentaba como uno de los lugares de la “ciencia médica pura”, donde la subjetividad parecía que se hallaba reducida a la nada. En este campo se describe el efecto placebo, que se refiere a la diferencia que se observa, cuando se administra una droga activa, entre la modificación comprobada y la que es imputable a su acción farmacodinámica. La importancia del hecho crece en los ensayos doble-ciego, en los que el médico no conoce si es placebo o fármaco lo que administra y cuando se observan efectos secundarios con el placebo. Estos

fenómenos evidencian que la acción de un medicamento también está en función de la actitud y personalidad del médico y del enfermo. Por otro lado, la posibilidad de enfermedades iatrogénicas, que se refieren a evoluciones desfavorables de la enfermedad, que no hubieran tenido lugar sin la acción del médico, también nos muestran la importancia de la relación médico paciente.<sup>6</sup>

Asimismo, otros trabajos han confirmado que el grado de cumplimiento del tratamiento desciende significativamente cuando el paciente no es atendido por su médico habitual. Este hecho nos muestra, de nuevo, que la relación médico paciente juega un papel considerable en el cumplimiento del tratamiento; cumplimiento que se ha comprobado es mayor cuando el médico es comunicativo y tiene en cuenta los problemas y necesidades del paciente.<sup>6</sup>

### *Relación Médico Paciente. Situación Actual*

---

Es un hecho irrefutable que la dinámica social hoy en día transforma todas las esferas del ser humano, por ende la relacionada con la salud no podía dejar de estar afectada. En el momento actual, la Relación Médico Paciente está siendo incidida por diferentes factores, más rápido que nuestra reacción de adaptación. El médico es sometido a cambios en su habitual forma de actuar y por otra parte, el paciente ha modificado su condición, (merced a lo accesible del conocimiento), tiene ahora un mayor nivel cultural y conoce mejor sus derechos.<sup>7</sup>

Entre los numerosos factores que han modificado las dimensiones de la Relación Médico Paciente, cabe citar la aparición de una nueva morbilidad, con predominio de enfermedades crónicas por sobre las agudas, la aparición de secuelas de enfermedades antes incurables, y la indudable determinación de la condición de salud en función de las condiciones socio-ambientales.<sup>8</sup>

La aparición de esquemas de aseguramiento ha agregado un componente profundamente distorsivo de esta relación.<sup>8</sup>

En una revisión sistematizada de la bibliografía de los últimos quince años se observa que se han planteado aspectos de gran interés respecto a la Relación Médico Paciente y desde diferentes marcos teóricos. Algunos autores han hecho hincapié en que la Relación Médico Paciente es central en la práctica médica. Otros consideran que esta relación es la clave en el procedimiento terapéutico. Se hace referencia a la necesidad que tienen los médicos de establecer mejores relaciones con los pacientes, ya que dicho vínculo es uno de los aspectos más satisfactorios de la profesión. Sin embargo, estos deseos y expectativas se hacen problemáticos al contraponerse con la realidad de que el acercamiento al paciente es una intuición que se aprende con la experiencia, ya que en la medicina no ha sido objeto de estudio científico.<sup>6</sup>

Otros trabajos de investigación han mostrado que la práctica médica genera ansiedad en los profesionales. Se constata que esta ansiedad de los médicos se

puede revelar en comportamientos no verbales, Reidbord (1993) observa que no sólo los enfermos con patologías difíciles provocan efectos en el médico y muestra cómo el vínculo con pacientes en situación de duelo normal también genera respuestas corporales en el médico. <sup>6</sup>

Bales investiga los procesos de interacción y comunicación en esta relación y observa, que se dan intercambios de información y afectivos. Del mismo modo Roter trabaja sobre la psicodinamia de la relación, y observa que surge ansiedad, irritación y nerviosismo, tanto en el ámbito verbal como no verbal. Se demuestra correlación entre el proceso de interacción y satisfacción del paciente. Este ha sido uno de los elementos más estudiados, y se ha asociado a diversas variables del médico; sobre todo, en asociación a información recibida y competencia técnica e interpersonal. Se confirman grados de satisfacción alta en los pacientes, en función de la educación del médico y de la información aportada. Roter y Hall afirman que el recuerdo de las indicaciones del médico está en función de la información transmitida y del menor número de preguntas formuladas por el profesional. Estos autores asocian satisfacción del paciente e historia médica, sin preguntas cerradas y que termine con información del médico; concluyen mostrando resultados fuertes entre conocimiento del paciente y satisfacción. Conocer el grado de satisfacción del paciente, lo que recuerda de la entrevista y los cambios que debe realizar, son datos de gran interés porque permiten valorar la relación entre el médico y el paciente. <sup>6</sup>

La Relación Médico Paciente es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro. En general, cuando una persona enferma se experimenta a sí misma disminuida en su poder e indefensa ante las fuerzas misteriosas de la enfermedad busca el auxilio del médico, a quien atribuye los conocimientos, el poder y la voluntad de ayudarlo a restaurar su salud. A cambio de recibir ayuda, en algún grado el paciente se somete a la autoridad del médico y retribuye sus servicios. Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos unen sus fuerzas para lograr el mismo fin: la salud del enfermo. La relación médico paciente caracterizada como una alianza terapéutica es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza. <sup>5</sup>

### ***Modelos de Relación Médico Paciente***

---

En los diversos escenarios: hospitales, centros de salud, consultorios, domicilio, etc, donde tienen lugar acciones clínicas es posible identificar dos modelos de la relación: un modelo técnico y un modelo humanístico. Estos modelos son simplificaciones teóricas pero útiles. En el modelo técnico, el médico aborda al enfermo como un objeto al que hay que examinar y manipular; su relación con él es impersonal, por que el médico no le atañe investigar su experiencia íntima. Su interés se circunscribe al problema técnico científico. El modelo humanístico, el enfermo es visto como una persona. El médico está interesado en la subjetividad del enfermo, y su relación con él tiene un componente afectivo importante. Ambos modelos representan formas polares de la relación terapéutica. Algunos médicos que actúan en campos técnicamente avanzados de la medicina piensan que todo

lo que el médico necesita para el buen ejercicio de su profesión es apearse al modelo técnico y que el modelo humanista no es sólo accesorio, sino estorboso.<sup>2</sup> Una ilustración del modelo técnico es la forma como el médico actúa ante una fractura simple. Después de un examen escueto de la parte dañada, procede a repararla. El propio enfermo sólo espera del médico una solución rápida y eficaz. La relación que se establece entre ambos no difiere mucho de la que establecen un vendedor y un cliente. Cuando una persona sufre un padecimiento transitorio y hay la posibilidad de solucionarlo rápidamente, el modelo técnico puede no parecer del todo inadecuado, pero si el mal persiste y el cuidado del enfermo se prolonga, este modelo es claramente insuficiente. Se requiere que el médico no sólo se ocupe de la enfermedad sino de prestar atención a la persona enferma. Entonces, la influencia personal del médico juega un papel mucho más importante. Esta relación humana, más que una cuestión de tiempo, es una cuestión de actitud. En todo caso, no es algo que se agrega al acto médico, sino algo de su misma esencia.<sup>5</sup>

Desde otro punto de vista, pueden distinguirse tres tipos de interacción adecuados a la naturaleza de la situación clínica. El primero se caracteriza por la pasividad del paciente; el médico hace algo por el paciente sin que este participe en la acción. Nada más apropiado que el médico asuma al control total cuando se trata de un paciente grave que sangra profusamente o está en coma. Otro tipo de interacción puede identificarse cuando una persona padece un estado patológico de causa desconocida que le hace sufrir. El paciente está consciente y, debido a que sufre y teme, está deseoso de cooperar con el médico, en quien reconoce sabiduría y capacidad para ayudarlo a contener con la enfermedad. En este tipo de interacción, a diferencia de la anterior, ambos participantes son activos. El médico es el guía y el enfermo acepta sus indicaciones. La autoridad del médico está racionalmente justificada. Sin embargo, como en cualquier relación entre personas cuyo poder es desigual, hay el peligro de que el fuerte abuse del débil, y es posible que el médico, aun sin percatarse de ello, no persiga el interés del enfermo por encima de cualquier otra consideración. Por ejemplo, el médico puede hacer sentir al paciente cierta amenaza velada o implícita de que, si no se somete a sus órdenes, las cosas no irán bien para él. Es obvio que por su situación lo que el paciente requiere es ser visto con simpatía. Existe otro tipo de relación en la cual tanto el médico como el paciente se distribuyen la responsabilidad. Este tipo de relación es la más conveniente cuando se trata de enfermos crónicos, como aquellos que sufren diabetes Mellitus, cardiopatía crónica, artritis reumatoide, etc. El médico actúa como un guía experimentado pero toma muy en cuenta los deseos y las opiniones del enfermo.<sup>4</sup>

## *Tipos de Relación Médico Paciente*

---

1. Paternalista o Tradicional: La comunicación es unidireccional. La información conduce al enfermo a consentir la propuesta del médico en su condición de experto, quien no tiene en cuenta los valores del paciente e impone una terapéutica.<sup>9</sup>

Este modelo responde al pensamiento, en donde el médico es quien sabe lo que le conviene o no al paciente, que parte del concepto de infirmus como limitación moral por causa de la enfermedad, por ello el médico ocupara el lugar del paciente y como tal, decide lo que es más conveniente. Este esquema de la medicina paternalista se ha querido atribuir a la medicina que se ha venido practicando desde Hipócrates hasta los años sesenta.<sup>10</sup> En suma, un vínculo como el que establecen los padres con sus hijos menores y en donde se supone que aquellos siempre quieren lo mejor éstos, pero sin tener en cuenta su voluntad.<sup>11</sup>

Se basa fundamentalmente en el paciente internado, sujeto o sometido a las decisiones y cuidados del equipo de profesionales, donde la persona enferma juega un rol pasivo. Un gran número de padecimientos se tratan de esta manera, sin embargo eso solamente es aplicable al 10% de los pacientes: aquellos con enfermedades agudas.<sup>12</sup>

Este modelo llamado hipocrático, se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercido a través de un paternalismo, a veces benevolente y otras autoritario.<sup>13</sup>

2. Informativo: El paciente, tras estar informado, decide qué tratamientos recibirá. El lugar del médico es técnico, impersonal, especializado y no considera los valores del enfermo. (El médico actúa como asesor, para realizar la voluntad del paciente).<sup>9,11</sup>
3. Interpretativo: El médico rescata los valores del paciente en la toma de decisiones. Ante la angustia y confusión que obstaculizan la capacidad de discernir del enfermo, el profesional aconseja y orienta para elegir la terapéutica.<sup>9</sup> El paciente toma una posición hegemónica, es quien delibera y decide.<sup>11</sup>
4. Deliberativo. Es un modelo participativo. La comunicación es bidireccional, activa. Promueve la autonomía del paciente e incorpora la familia al proceso de toma de decisiones. Propone que el enfermo determine, elija los valores relacionados a su salud y considera adecuados para él. Ambos términos de la relación se comprometen a deliberar conjuntamente sobre qué valores puede y debe buscar el paciente ya que, en última instancia la decisión es suya. Como interlocutor el médico se compromete en un diálogo psicoeducativo sobre qué actuación sería la más adecuada.<sup>9</sup>

**El modelo comunicacional** se encuentra fundamentalmente en los aspectos conscientes y observables de la Relación Médico Paciente; para ello utiliza técnicas de aprendizaje de entrevista, role playing y observación en video. Dentro de este modelo, desde los años sesenta, varios autores intentan hacer una recuperación del diálogo entre el médico y el paciente e investigan lo referente al proceso de comunicación entre ambos.<sup>6</sup>

El encuentro del médico y el paciente es lo central en los cuidados médicos; se afirma que la interacción es fundamental ya que posibilita un arte en la relación y en los cuidados del paciente. Del mismo, se señala que la comunicación con el paciente es nuclear; pero se menciona que solo el 5% de los pacientes sigue las recomendaciones médicas.<sup>6</sup>

El cumplimiento de la medicación está en relación con la comunicación entre médico y paciente.<sup>6</sup>

El cumplimiento de la medicación está en relación con la comunicación entre médico y paciente. Se ha observado que solo una tercera parte de los pacientes tienen una información adecuada sobre el fármaco, y se concluye que los pacientes con información tienen mejor percepción del tratamiento y, por tanto, efectúan un mejor cumplimiento del mismo. Por lo que se considera que la comunicación debe ser prioritaria, ya que las recomendaciones sólo se siguen si el médico y el paciente toman las decisiones conjuntamente; pero para que esto se produzca, el médico necesita conocer por que ha venido el paciente y, a su vez, éste ha de tener autonomía. Esta situación es compleja, ya que el diálogo entre el médico y el paciente se constituye básicamente por las intervenciones del médico.<sup>6</sup>

**Modelo de Laín Entralgo.** Para Laín Entralgo dicha relación consiste en un encuentro entre dos personas, una de ellas, el enfermo que necesita ser ayudado a recuperar su salud, el otro, el médico que está capacitado para brindar esta ayuda. Plantea por lo tanto que está fundada genéricamente en lo que él llama el "binomio menester amor", en tanto que el fundamento específico tiene que ver con las características con las cuales se concreta esa necesidad de ser ayudado-ayudar.<sup>14</sup>

Por lo tanto, en esta concepción todo enfermo puede básicamente ser considerado como un carenciado y todo médico tiene como función satisfacer dicha carencia en un acto que primordialmente es afectivo, mientras que la forma en que ese encuentro se lleva a cabo es variable y depende de circunstancias culturales, científicas y técnicas propias de cada época y de cada lugar.<sup>14</sup>

Establece que en el desarrollo de la relación existen momentos a los que define como momento cognoscitivo, operativo, afectivo y de cada lugar.<sup>14</sup>

El momento cognoscitivo. Se refiere a la etapa del diagnóstico, que para este autor equivale al modo de conocer del médico.<sup>14</sup>

El diagnóstico se realiza en el marco de una relación, que a su vez está inserta en una sociedad determinada. Por lo tanto, el autor se pregunta primero por la naturaleza de la vinculación que se establece entre el médico y el enfermo, que como todas las relaciones humanas puede ser objetivante o interpersonal.<sup>14</sup>

Explica que las relaciones duales o dúos, son objetivantes y se caracteriza porque las personas que las establecen lo hacen por un interés común pero exterior a cada uno de ellos. Un ejemplo es el de una sociedad para un fin determinado, un negocio con participación de ganancias.<sup>14</sup>

Las relaciones diádicas o díadas, son interpersonales y el interés que convoca a los participantes es común e interno a cada uno de ellos, pertenece a su intimidad, tal como ocurre en la relación de la madre con el hijo, en la amistad y en el amor.<sup>14</sup>

Laín Entralgo propone denominar a la relación médico enfermo como “cuasi diádica” porque compartiría algunas características con la díada, ya que el interés que une a ambos miembros de la relación es común y está representado por el deseo de la recuperación de la salud perdida, pero el que padece el problema es el enfermo y no el médico, es decir es interno para uno y está fuera del otro.<sup>14</sup>

Considerando estas conceptualizaciones, cuando este autor define el momento cognoscitivo diciendo que el “diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi diádica entre el médico y el enfermo”, quiere significar que el diagnóstico médico surge del encuentro y la interacción entre dos personas entre las que se establece una muy particular forma de relacionarse, sin olvidar además la cultura en la que ambas están inmersas.<sup>14</sup>

No es, por lo tanto un acto individual del médico que con sus conocimientos científicos nombra, designa, enuncia lo que padece una persona enferma, sino una interacción donde el concepto de salud y enfermedad de la época en que se vive todo lo impregna, interacción en la cual participan el enfermo con sus concepciones y emociones y el médico con las suyas, siendo la resultante dicho diagnóstico médico.<sup>14</sup>

El momento Operativo. Se refiere a la actividad terapéutica del médico que, como sabemos, no corresponde únicamente a la prescripción de los medicamentos sino que comprende todo su accionar, desde la escucha empática del inicio, hasta el saludo final.<sup>16</sup>

La acción terapéutica comienza cuando el paciente decide pedir la consulta, antes del encuentro propiamente dicho y no terminará hasta el alta. El momento del diagnóstico también es terapéutico.<sup>16</sup>

Laín Entralgo insiste también aquí, en la cualidad del hombre como ser social y plantea que es importante considerar el tratamiento como un acto social y el alta como un juicio, que devuelve al enfermo al seno de la sociedad con la designación de ser un hombre sano.<sup>14</sup>

El momento afectivo Este autor plantea que existen tres formas de vinculación afectiva entre el médico y el paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencias y la amistad médica en sentido estricto.<sup>14</sup>

En la camaradería médica, tanto el médico como el paciente, aspiran a solucionar la enfermedad y lograr la salud, pero con poco compromiso personal.<sup>14</sup>

El paciente, si es curado, estará agradecido y vinculado afectivamente a su médico, aunque con poca profundidad, por el servicio que éste le prestó.<sup>14</sup>

En la amistad médica, lo característico es la confianza por la cual el paciente puede hacerle confidencias a su médico acerca de sus más íntimos pensamientos y emociones.<sup>14</sup>

Por parte del médico lo fundamental es la beneficencia, como intención de “hacer el bien” a su paciente, teniendo en cuenta que el bien buscado es la salud.<sup>14</sup>

La relación en este caso es tanto técnica como afectiva.<sup>14</sup>

Laín Entralgo postula que el afecto involucrado es máximo en la transferencia, de menor intensidad en la amistad médica y mucho menos profundo e intenso en la camaradería médica.<sup>14</sup>

La importancia del marco de referencia conceptual

Fábrega y Manning han ilustrado cómo las discrepancias entre pacientes y médicos acerca de la naturaleza y la causa de las enfermedades afecta la relación entre ambos y resta efectividad a las acciones médicas en las cuales los marcos culturales y aun lingüísticos del médico y del paciente son muy diferentes. Por ejemplo, un médico cuya cultura urbana y un campesino que proviene de una comunidad poco desarrollada suelen tener conceptos distintos acerca de las enfermedades y con frecuencia las expectativas que uno tiene del otro discordantes.<sup>15</sup>

Algunos médicos subestiman la magnitud de las diferencias de su propia cultura y la de sus pacientes, y no se percatan de que estas diferencias interfieren seriamente en la asimilación por parte del enfermo de sus instrucciones y consejos.<sup>15</sup>

Esta dificultad en la comunicación se agrava si el médico tiene la deplorable costumbre de no permitir a sus pacientes expresarse libremente y rehúsa tomar en cuenta que existen conceptos de enfermedad diferentes a los de la medicina científica. El hecho es que aun personas “cultivadas” suelen tener conceptos más populares que científicos acerca de las causas de las enfermedades. Por lo tanto, es necesario que el clínico esté dispuesto a explorar el marco de referencia de sus enfermos y a manejar con respeto sus creencias y suposiciones. Por ejemplo, popularmente se atribuye gran influencia a los eventos desafortunados de la vida en la iniciación de las enfermedades. Esto es poco aceptable para algunos médicos, no obstante que esta observación ha recibido apoyo en varias investigaciones científicas.<sup>15</sup>

La educación del enfermo determina en gran parte sus actitudes ante su enfermedad y la forma como expresa sus quejas. Algunos tienden a restar importancia a sus síntomas y aun negarlos, y otros tienden a exagerarlos. Unos ponen todo el peso en un síntoma secundario y dejan a un lado lo esencial. A menudo, los enfermos sólo comunican a los médicos lo que éstos quieren oír. Muchos enfermos tienden a “somatizar” sus quejas psicológicas porque no tienen la capacidad lingüística para expresar en otros términos sus estados afectivos.<sup>15</sup>

El punto que quiero destacar es que médicos y pacientes suelen orientarse por conceptos muy diferentes. Si el médico desconoce esta situación se encontrará entablado “un diálogo de sordos” y es posible que después se sorprenda de la forma como el paciente interpretó y asimiló sus opiniones e instrucciones. La buena clínica requiere que el médico pueda ver la enfermedad como la ve el enfermo que la padece y que conduzca sus entrevistas usando términos que el enfermo pueda comprender.<sup>15</sup>

En una investigación hecha en el servicio de medicina general de un hospital de enseñanza, Davis intentó aislar factores intrínsecos en la interacción médico paciente que pudieran explicar el apego a los tratamientos prescritos por el médico o su abandono. Davis estimó que aproximadamente una tercera parte de un grupo

total de enfermos descuidaba su tratamiento debido a las fallas en la comunicación con los médicos, incluyendo tensiones y asperezas, a veces sutiles, que surgen en el trato y que al no ser reconocidas ni manejadas dañan la relación.<sup>15</sup>

Los medicamentos que el médico prescribe no sólo representan su poder real, sino que son también la expresión simbólica de ese poder. En alguna forma, 5000 años de expectativas, sugestión y magia están contenidos en la prescripción. Es frecuente que ni el médico ni el enfermo estén conscientes de este componente. La expectativa compartida por el paciente y por el médico de que las píldoras contienen la clave de la salud es confirmada por el hecho real de que hoy en día la ciencia médica dispone de medicamentos muy poderosos, como los antibióticos, la morfina, los digitálicos, los tricíclicos, las fenotiacidas y otros, que justifican la fe de los enfermos en la medicina y en los médicos. Solo señalaré un hecho más: los enfermos estiman la competencia de los médicos no tanto por sus habilidades técnicas y sus conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus quejas.<sup>15</sup>

### ***Las Polaridades en la Relación***

---

Más que en otras relaciones humanas, tres polaridades, autoridad-aceptación, estimulación-hostilidad y cercanía-distancia, dan la medida de la interacción del médico y el enfermo en la situación clínica.<sup>15</sup>

En cuanto a la primera de estas polaridades, autoridad-aceptación conviene tener presente que la autoridad del médico se justifica por su competencia y responsabilidad moral y tiene respaldo de la sociedad. Las raíces de esta autoridad se hunden en la prehistoria de la especie humana. El médico moderno no lo olvidemos, es el heredero del chaman; posee la ciencia y la técnica que es su instrumento, es decir, “el secreto y la magia”. Autoridad del médico y aceptación de ella por parte del enfermo son dos polos de la relación que se establece entre ambos. Para que la relación sea terapéutica en sí misma, se requiere que el médico tenga autoridad y que ésta sea reconocida por el enfermo. La autoridad es uno de los recursos más poderosos con que cuenta el médico. Su reconocimiento suscita en el paciente confianza y también la esperanza de ser ayudado. Es necesario distinguir entre autoridad racional, que se apoya en el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad de quien la ejerce y que por lo tanto es auténtica, y otras formas de autoridad que expresan irracionalidad, arbitrariedad y despotismo, es decir, que son espúreas y pobres sustitutos de la autoridad verdadera. La autoridad racional, dice Fromm, no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad. Más que ejercerse deliberadamente, “irradia”, por así decirlo de quien lo posee.<sup>15</sup>

Algo que puede afirmarse en cuanto a la polaridad estimación-hostilidad es que si en la relación médico paciente hay confianza y aprecio mutuos, “todo marcha bien aun cuando el enfermo marche mal”. Cuando hay desconfianza y hostilidad, “todo marcha mal. La desconfianza abierta o encubierta anula la influencia del médico. El médico “que sabe escuchar con un tercer oído”, dice Groddeck, percibe más allá de los signos convencionales que sirven tanto para comunicar como para ocultar los motivos verdaderos, el rumor de la corriente subterránea de emociones

negativas: el recelo, el temor, la rebeldía, etc. El médico reflexivo sabe que las manifestaciones demasiado reiteradas de admiración y gratitud no son muchas veces sino intentos más o menos inconscientes de ocultar, sustituyéndolas por su opuesto, la desconfianza y el resentimiento. En principio, es bueno reconocer que en cualquier situación en la que una persona necesita de otra hay por lo menos un germen de antagonismo y de hostilidad.<sup>15</sup>

Es fácil aceptar el amor y el elogio de los enfermos. Lo que es difícil es aceptar una hostilidad. La capacidad para recibir serenamente y sin indignación las protestas y las críticas de un enfermo, sin responder a ellas con cólera o con mengua del interés en él, es un excelente indicador de madurez en un médico.<sup>3</sup>

Conviene no perder de vista que en una relación médico paciente que se prolonga es común que coexistan, por ambas partes, sentimientos y actitudes contradictorias. Freud fue quien primero señaló el papel de la ambivalencia en las relaciones humanas. En grados variables, dijo, el enfermo toma al médico como “bueno” y espera de él amor y simpatía y aun le atribuye cualidades ideales de generosidad, pero también lo toma como “malo” y teme ser dañado por él. También el médico ve al enfermo como bueno y como malo. La parte buena es su obediencia, la aceptación de los exámenes aun cuando sean desagradables o dolorosos y la confirmación del diagnóstico mediante una evolución favorable. El “buen paciente”, en contraste con el “mal paciente”, no enoja ni reta al médico, lo complace y sigue fielmente sus instrucciones.<sup>15</sup>

Otra medida de la relación es la cercanía o el alejamiento psicológicos. Hay una “distancia” que es óptima para la comunicación. Cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja. Cuando la confianza del enfermo se abate, cuando lo domina el desaliento, la distancia aumenta. Más allá de cierta distancia, las palabras del médico no alcanzan al enfermo.<sup>15</sup>

Desde su campo, Freud hizo contribuciones que iluminan aspectos encubiertos en la relación médico paciente donde se ponen en juego fuerzas emocionales inconscientes y se activa la inclinación de los humanos a establecer poderosas ligas de dependencia. Fue aún más lejos; postuló que ansiedades y necesidades infantiles de amparo y protección se insinúan en la situación clínica y se reflejan en la relación con el médico. A un nivel profundo, la conducta del enfermo hacia el médico muestra las huellas que dejó en el niño la relación con sus padres. También en el médico operan fuerzas irracionales que Freud interpretó como vestigio de sus propias experiencias infantiles y que reaparecen en la situación clínica: el deseo de tener poder y ser omnipotente como el padre.<sup>15</sup>

En el contexto de la situación psicoanalítica, Freud propuso los términos transferencia y contratransferencia para referirse a la distorsión que se produce en las percepciones mutuas del paciente y el médico por experiencias de cada uno de ellos en el pasado. Estas influencias son en gran parte inconscientes y pueden resultar en sentimientos injustificados de suspicacia, hostilidad, competitividad, dependencia regresiva, etc. Si bien las observaciones de Freud se refieren específicamente al tratamiento psicoanalítico, no hay duda de que se trata de un fenómeno que emerge también en forma atenuada, en las relaciones médico paciente más convencionales y en otras relaciones humanas que son prolongadas y significativas para quienes participan en ellas.<sup>15</sup>

Se asume que, en general, los médicos tenemos interés genuino de los enfermos y deseamos aliviar su sufrimiento, pero si además somos capaces de comprender las fuerzas psicológicas que operan en la relación con nuestros enfermo, seremos seguramente mejores médicos. Podríamos decir que la objetividad demanda que el clínico tome en cuenta no sólo la subjetividad de sus enfermos sino también la propia.<sup>15</sup>

La personalidad de los participantes en la Relación

En cualquier situación humana, un factor determinante de la forma como dos personas se relacionan entre sí las poderosas tendencias arraigadas en el carácter de cada una. Conviene por lo tanto señalar algunas de las tendencias en el carácter del médico y del enfermo que afectan la relación, ya que es posible que estas tendencias inadvertidas la dañen en forma irreparable. En seguida se mencionarán algunas de ellas, cuya expresión puede identificar un buen observador.<sup>15</sup>

El narcisismo es una tendencia humana a eliminar selectivamente de nuestras percepciones aquello que es contrario a nuestros deseos e intereses, así como a sobrevalorar lo que es nuestro: nuestras capacidades, ideas y posiciones. Esta sobrevaloración de lo propio conduce a una impercepción de los deseos e intereses de los demás. Es claro que esta disposición del carácter interfiere en cualquier relación humana, pero sus consecuencias son particulares ostensibles en la relación del médico con sus enfermos.<sup>15</sup>

El autoritarismo es una tendencia del carácter que se manifiesta por una necesidad excesiva de ejercer poder sobre los demás. Cuando es una inclinación poderosa en el médico, lo hace insensible a los derechos de sus enfermos. Con frecuencia esta tendencia esconde sentimientos de debilidad. Algunos enfermos son muy sensibles a la autoridad irracional y cuando la identifican en el médico se someten a ella en apariencia, pero veladamente se resisten a aceptarla. La relación puede entonces desviarse hacia una competencia enmascarada. El médico usa su autoridad para desarmar y someter al enfermo, y el enfermo, a su vez, usa su debilidad para desarmar al médico.<sup>15</sup>

Hay médicos, poseídos por un sentimiento de omnipotencia, que se perciben a sí mismos como capaces de curar a todas las personas que acuden en su busca, actúan como si tuvieran siempre la respuesta más acertada y sus pacientes piensan que es un buen negocio poner en sus manos su destino y su felicidad. Algunos médicos suscitan en los pacientes expectativas mágicas y actúan como si tuvieran poderes sobrenaturales. La necesidad de algunos médicos de curar es compulsiva y no aprecian "las limitaciones del arte" ni sus propias limitaciones. Algunos actúan como si el proceso de curación fuera únicamente responsabilidad del paciente, a quien veladamente tienen a culpar de los obstáculos que se encuentran el camino.<sup>15</sup> Por su parte un médico indeciso puede necesitar de sus enfermos la confirmación reiterada de su aceptación y competencia. Para lograrla hace ante cada uno de ellos un despliegue de su ciencia, su bondad o del poder de su intelecto.<sup>15</sup>

A ciertos médicos les ocurre que su sentimiento de soledad les impulsa a ligarse demasiado estrechamente con sus enfermos. Laín Entralgo dice que una buena relación el médico se hace "amigo" del paciente, pero esto no quiere decir que el médico hacerse amigo personal de sus pacientes o hacer de ellos una fuente

inagotable de relaciones sociales. Una cosa es establecer esa liga humana que nos pone en contacto con otro ser humano y otra es involucrarse indebidamente en su vida.<sup>15</sup> Algunos médicos se ven a sí mismo como grandes dispensadores de favores y son el prototipo de la “madre nutriente”. Tras la tendencia compulsiva a dar, suele haber en ellos tendencias masoquistas que hacen que algunos pacientes abusen de ellos y los exploten.<sup>15</sup>

Es claro que el carácter del médico y sus necesidades emocionales juegan un papel equivalente en la relación. La tendencia a someterse, la receptividad, el anhelo de poder, la envidia y los celos son determinantes y, lo que es más grave, pueden no ser advertidas por el sujeto. El médico experimentado puede llegar a identificar los rasgos prominentes del carácter de cada uno de sus enfermos: el sujeto obsesivo perfeccionista, el que es pasivo y dependiente, el veladamente explorador, el que, sumiso en apariencia, es agresivo; el que es desconfiado e interpretador, el teatral e histriónico, el ansioso y aprensivo, el que vive apegado al sufrimiento, el que es irresponsable e incorregible, etcétera. La personalidad del médico juega un papel central en la relación médico-paciente, no obstante que el objetivo al cual debe supeditar el médico cualquier deseo o interés es procurar el bienestar de quien se pone bajo sus cuidados profesionales. Esto no está reñido ni con su curiosidad científica ni con su expectativa de ser justamente retribuido por su trabajo. Las condiciones personales que desvían más gravemente a los médicos de sus metas de servicio son: la codicia y el afán de lucro y de fama, que son compatibles con un interés real en los pacientes como persona.<sup>15</sup>

No es necesario que el médico gratifique las necesidades, deseos y fantasías neuróticas de sus pacientes y es inaceptable que use al enfermo para satisfacer las propias. De ahí la importancia de que el médico adquiera advertencia de esas tendencias en su carácter que, en formas a veces sutiles, pueden desvirtuar su función de médico. La naturaleza de los actos médicos requiere que quien practique la medicina posea además de competencia profesional, arduamente adquirida a través del adiestramiento y la práctica, cualidades tales como integridad, sensibilidad, objetividad, intuición y autoridad. La causa más frecuente de distorsiones es la inadvertencia de los propios motivos y vulnerabilidades. En general, el médico pierde autoridad cuando expone ante sus enfermos sus áreas vulnerables. De ahí las ventajas de que el médico sea una persona discreta, consciente de sus posibilidades y sus limitaciones. El médico puede neutralizar algunas de sus necesidades y tendencias negativas si tiene advertencia de ellas y del impacto negativo que ejercen sobre sus enfermos.<sup>15</sup>

La necesidad neurótica de dominar y controlar hace que algunos médicos vean a sus pacientes como si fueran su propiedad y se sientan demasiado temerosos de perderlos. Algunos pacientes se resisten sanamente a ser dominados y su resistencia puede entonces ser erróneamente interpretada como rebeldía.<sup>15</sup>

La necesidad de dominar y controlar es frecuentemente una defensa mediante la cual se intenta compensar sentimientos de debilidad. Cuando la tendencia es poderosa e inadvertida, puede ser un obstáculo importante para relacionarse con los enfermos respetando su individualidad y su libertad.<sup>15</sup>

Hay médicos que parecen estar fascinados por sus propios atractivos personales, su sabiduría y su talento; necesitan ser admirados. Sin embargo, puesto que requieren una corriente continua de elogios, es de pensarse que no están tan

seguros de poseer realmente tales virtudes. A estos colegas les es difícil escuchar, y son propensos a interrumpir a sus pacientes y echarlos fuera del escenario cada vez que pueden.<sup>15</sup>

Algunos médicos muestran una inclinación excesiva a indagar acerca de la vida íntima de sus pacientes. Tienen la necesidad de satisfacer una curiosidad malsana y usan una relación para espiar en la vida de ellos, particularmente en sus asuntos sexuales, y no es raro que, venga o no al caso, les hagan preguntas innecesariamente específicas acerca de su vida íntima.<sup>15</sup>

No hay razón para suponer que el único motivo que una persona tiene para someterse a un tratamiento médico es mejorar su salud dañada y recuperar su bienestar. Otros motivos pueden dejarse sentir en el curso de la relación y deben ser identificados y tomados en cuenta.<sup>15</sup>

Los enfermos de difícil Manejo

El adjetivo “difícil” refiere a lo que exige mucho trabajo y es complicado. Al calificar a un paciente, el término puede tener la acepción de descontentadizo. En todo caso, se trata de un paciente excepcional que exige del médico poner en práctica muchas habilidades que no suelen ser necesarias en sus acciones cotidianas. Un paciente puede resultar difícil porque su diagnóstico no es evidente, porque su terapéutica es laboriosa y compleja, o bien porque sus características personales hacen que la relación que el médico quiera establecer con él se presenta complicada o dificultosa.<sup>16</sup>

Ante ciertos enfermos los médicos reaccionan con irritación o con desaliento y prefieren eludirlos. Son pacientes “difíciles”, no precisamente por el esfuerzo técnico que requiere hacer el diagnóstico o instituir el tratamiento indicado, sino porque el médico le resulta difícil establecer con ellos una buena relación. A menos que el médico comprenda la forma como estas personas interpretan y viven su enfermedad e identifique sus tendencias y móviles neuróticos, es improbable que sea tolerante con ellas. A veces, son los propios médicos quienes contribuyen a convertir a algunos de sus pacientes en enfermos de difícil manejo.<sup>3</sup> Dentro de este grupo son conspicuos esos enfermos que intentan imponernos tercamente su opinión, así como los que sufren trastornos psicopatológicos no identificados y que, por lo tanto, han sido mal manejados, y los que desean continuar enfermos debido a que su enfermedad les compensa de severas privaciones de afecto. Algunos nos consultan con el propósito velado de meternos en el círculo de su padecimiento; el médico con poca experiencia está más expuesto a caer en la red y a ser manipulado por esta clase de personas haciéndole intervenir en situaciones que le son ajenas y aun induciéndole a que les practique exploraciones o intervenciones innecesarias. Es importante que el médico advierta cuándo un enfermo, que aparentemente busca su ayuda profesional, intenta usarlo metiéndole en su mundo morboso.<sup>15</sup>

Otro tipo de pacientes de difícil manejo es el de quienes sufren depresión no identificada. Algunos enfermos deprimidos y ansiosos interpretan su situación personal mezclando, en forma sutil, hechos reales y apreciaciones falsas e induciendo al médico a admitir como objetiva y real su visión pesimista. Es posible que el médico no avezado confunda efectos con causa y equivoque el diagnóstico. Un médico que comprende la depresión en su dimensión humana ve sin dificultad los síntomas que son equivalentes depresivos e identifica la depresión subyacente

a crisis existenciales, vocacionales, conyugales, etc. El camino se abre cuando desde un principio el médico identifica como depresivos los cambios persistentes en el humor vital de una persona.<sup>15</sup>

Otra clase de enfermo difícil, el que asegura tener una confianza ilimitada en el médico, pero a quien cualquier medicamento que se le prescribe le causa efectos desfavorables, inexplicables e inesperados. Son personas exageradamente sensibles a los efectos de cualquier medicamento.<sup>15</sup>

Algunos enfermos son difíciles por la discordancia que hay entre sus quejas y los hallazgos objetivos. No pocas veces estas discordancias pueden dejar de serlo cuando el estado afectivo es debidamente explorado y tomado en cuenta. En la clínica es indispensable distinguir entre los trastornos, ya sean orgánicos o psicopatológicos, y la relación del enfermo ante ellos. El médico encontrará menos enfermos “problemáticos” si tiene siempre presente que un diagnóstico certero puede establecerse sobre la base de síntomas subjetivos en ausencia de indicadores externos. Por otra parte, en muchos casos el “factor psicológico” solamente es una causa desencadenante en un paciente un trastorno orgánico agudo que no se hubiera presentado de no sufrir de antemano una condición patológica subclínica.<sup>15</sup>

### ***Aspectos Psicoterapéuticos de la Relación Médico Paciente***

---

Como hemos visto en el modelo de Pedro Laín Entralgo, la Relación Médico Paciente es asimétrica desde el punto de vista de los roles que ambos desempeñan. El paciente es quien necesita ser ayudado a recuperar su salud y cuando esto no es posible, necesitará desarrollar ciertas capacidades que le permitan sobrellevar su padecimiento sin desinsertarse de la vida. El médico es quien posee los conocimientos y las habilidades para satisfacer las necesidades de los pacientes. Sin embargo, a pesar de la asimetría propia de esta relación, hay que tener siempre presente que esto no significa desigualdad de sus miembros. Ambos son personas con derechos y deberes propios del rol que desempeñan. Por otra parte, para que el paciente pueda ser ayudado, es necesario que se desarrolle en él una actitud de cooperación y confianza, llamada alianza de trabajo o alianza terapéutica. Para la mayoría de los autores, esta alianza es un aspecto especial de la transferencia. Otros, separan ambos fenómenos.<sup>17</sup>

La Relación Médico Paciente se configura dentro de un contexto de transferencia – contratransferencia, campo en el que el paciente suele querer que le curen y el médico curar, deseo que organiza un mundo imaginario en dicha relación.<sup>17</sup>

### **TRANSFERENCIA**

Se describe como un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y

que dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en cantidad a la situación real y actual. <sup>18</sup>

La transferencia es pues una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y por lo tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e inapropiada. <sup>18</sup>

Evidentemente la transferencia puede producirse (y se produce) en cualquier relación humana: Cuanto mayor sea la influencia de los impulsos reprimidos que buscan su descarga a través de derivados, más estará entorpecida. <sup>18</sup>

La correcta evaluación de las diferencias entre el pasado y el presente y mayor será el componente transferencial en la conducta de una persona. Desde luego esto no quiere decir que todo sea transferencia en las relaciones interpersonales, pero sí que en toda relación hay transferencia. <sup>18</sup>

La transferencia constituye el instrumento más valioso en nuestra tarea analítica con los pacientes, pero también la que más nos involucra. <sup>19</sup>

La transferencia designa la tendencia común en el ser humano de transferir ideas, creencias y actitudes del pasado al presente, y de lo particular a lo general. Todo lo que aprendemos en la infancia permanece con nosotros a lo largo de nuestra vida adulta, e influye a la hora de determinar las maneras de responder a los demás. <sup>20</sup>

La noción psicoanalítica de transferencia hace referencia a los fenómenos que surgen en todo vínculo humano y, por tanto, en la relación entre el paciente y el médico; factor de distorsión pero también facilitador de la comprensión de la comunicación entre los seres humanos. <sup>18</sup>

## **CONTRATRASFERENCIA**

Consiste en la respuesta emocional del terapeuta a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico. <sup>18</sup>

La contratransferencia es el conjunto de reacciones inconscientes del médico, en particular hacia la transferencia del paciente.

Concebida en principio como un obstáculo en la relación analítica, a través de los años ha ido demostrando su enorme valor terapéutico al permitir comprender (por sus “efectos” precisamente las más primitivas y silentes identificaciones proyectivas. <sup>18</sup>

Ferenczi entiende el campo de la transferencia-contratransferencia como excedido por mucho el intercambio verbal. Asume la transmisión Inc. De pensamientos y sentimientos, que conllevan una mayor complejidad de la interacción de mentes que participan del intercambio analítico. <sup>22</sup>

En una de sus definiciones es formulada como el conjunto de los sentimientos positivos o negativos del analista hacia el analizado. Esta definición implica tomar la aceptación opositora en el vocablo castellano, ya que “contra-transferencia” puede indicar algo que se opone a la transferencia o dicho de otro modo, siempre que aparezca la transferencia surge algo que se opone a ella. <sup>23</sup>

## LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.<sup>24</sup> La empatía es básicamente la conciencia o perspectiva con la cual abordo una persona ajena que se me hace presente.<sup>25</sup>

La empatía es una emoción que nace en nosotros como una proyección de nuestros sentimientos y creencias. La más directa expresión de empatía es “Yo soy tú”, o “ Yo siento tu dolor” como opuesto a simpatía, o a una piedad, lo cual movería a alguien a decir “Yo quiero ayudarte”. Una empatía del doctor debe ser evidente y palpable para el paciente; es componente esencial en la curación y no debe estar indicado por términos neutros como “tratamiento” o “manejo”. Aunque la objetividad puede ser a menudo importante en el trato de las enfermedades crónicas y progresivas, el riesgo de desbarrar por ambos lados es potencialmente mayor que cualquier ganancia derivada del alejamiento. Los pacientes necesitan la empatía de sus médicos en todos los estadios de la enfermedad pero especialmente en las formas progresivas como un repertorio más de la terapia y sobre todo cuando éstas llegan a ser inefectivas y la incapacidad de la enfermedad progresa. Es entonces cuando el doctor como persona llega a ser el instrumento más importante del tratamiento, precisamente porque no hay nada más que ofrecer. De otra manera, si el mensaje transmitido por el doctor al paciente llega a ser “nada puede hacerse”, el paciente se siente abandonado. Cuando de hecho la mera presencia del médico es una poderosa medicina, y a menudo curativa. En algún momento del curso de la enfermedad, el paciente quiere saber de sus doctores “Te preocupas de mí”. Es esencial para el doctor saber el miedo que los pacientes puedes sentir de que no son importantes para el médico. Es necesario que el médico conozca todas estas sensaciones, y pueda expresar sus sentimientos a través de su natural empatía, adquirida a lo largo de su experiencia profesional. Al fin y al cabo, esto es el verdadero arte de la medicina.<sup>23</sup>

Carl Rogers define la empatía como un proceso que permite al terapeuta entrar en el mundo del paciente sin prejuicios, dejando de lado sus propios valores y sus propios puntos de vista. Es decir que cuando un individuo escucha a otro con atención, interés y concentración, decimos que ha empatizado si logra sentir en sí mismo, la emoción que el otro relata y vivencia.<sup>17</sup>

Esta emoción “contagiada” no es una reacción a lo que el paciente siente, (contratransferencia), sino una masiva identificación transitoria. En cambio, cuando el paciente está relatando un hecho muy doloroso, triste, dramático o alegre para él, el médico que lo escucha puede sentir pesar por lo que al otro le pasa o producirse placer el que le esté yendo bien, es decir puede sentir una emoción del mismo tono afectivo, pero no la vivencia de la emoción en la propia interioridad, no hay “un contagio de la emoción” sino un acompañar al otro. En este caso decimos que se trata de una emoción simpática de carácter

contratransferencial. Existe una distancia conservada y una clara diferenciación entre lo que el médico y el paciente siente.<sup>17</sup>

Si bien es cierto que las vivencias de un paciente no pueden comprender sin empatizar con él, también podríamos decir que quedarse solamente en la empatía impide cumplir con la finalidad del encuentro médico. Entristecerse, asustarse con el enfermo, permite reconocer la magnitud de la conmoción por la que atraviesa. Pero, si bien el enfermo necesita que su médico comprenda su emoción para sentirse acompañado y reconocido, es indispensable para él, que el médico le proponga la forma de resolver el problema. El segundo paso por lo tanto, es tomar distancia de lo empatizado y realizar un análisis valorativo de la situación problemática lo que permitirá definir una propuesta para solucionarla.<sup>17</sup>

### **COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE**

Como encuentro entre dos personas la relación médico paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal, en la cual surja una amistad, entendiendo amistad como la plantea Pedro Laín Entralgo, en el sentido cristiano del término, lo cual implica que existen dos condiciones: proximidad, es decir un amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido y confianza, que consiste en infundir en el otro lo que la propia persona es más íntimo, más “propio”.<sup>26</sup>

Siempre que hablamos de Relación Médico Paciente estamos aludiendo a la comunicación. El cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, pueden ser fuente, causa y resultado de la mejor o peor relación que se establezca entre ambos, como también un factor determinante en la entrega del diagnóstico y de la forma en que se llega al acuerdo sobre el tratamiento que se debe seguir. Un factor preponderante es la información hacia el paciente y su familia: es básica la comunicación detallada de la evolución de la enfermedad, su gravedad, su pronóstico, plan de manejo, etc. Esta conducta puede evitar muchos malos entendidos y prevenir un deterioro de la Relación Médico Paciente.<sup>27</sup>

La Medicina no es una ciencia exacta y el médico debe comunicar este concepto al paciente y su familia informando de la variabilidad de resultados dependiendo del diagnóstico, de la etapa evolutiva de la enfermedad, de las características propias del paciente, etc.<sup>27</sup>

La comunicación puede ser el remedio al deterioro de la relación médico paciente que actualmente está amenazada permanentemente por una deshumanización progresiva secundaria al avance tecnológico y a la superespecialización de los médicos.<sup>27</sup>

Antes de entregar sugerencias para lograr un mejor dominio en la relación y ser efectivos en el rol de comunicar, plantearemos algunas consideraciones de orden conceptual que hay que tener en cuenta.<sup>27</sup>

La comunicación forma parte de nuestros actos más importantes; por eso ha sido caracterizada como el aspecto más dinámico de la sociedad humana. Por ello expresamos nuestras ideas y sentimientos, manifestamos opiniones e interpretamos la vida. La comunicación carece de sentido si no se contempla como un intercambio, como el contacto intelectual del hombre con sus semejantes.<sup>28</sup>

La comunicación se efectúa por medio de símbolos, que pueden ser palabras, gestos o acciones. Se refiere tanto a la conducta verbal como a la no verbal dentro de un contexto social dado, y significa compartir; implica además interacción e intercambio. La interacción según Watzlawick, es una serie de mensajes intercambiados entre personas. La comunicación incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un mensaje; no consiste en la transmisión del significado, pues los significados no son transmisibles ni transferibles. Solo los mensajes se transmiten, y los significados no están en el mensaje, sino en los usuarios.<sup>28</sup>

Las señales sólo tiene el significado que el individuo les da por experiencia o convenio; por ello, solo es posible elaborar mensajes con base en significados conocidos.<sup>28</sup>

Proceso es cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo. Es el resultado de la dinámica del movimiento que relaciona los elementos entre sí; por lo tanto no contempla los elementos en forma lineal, sino conformados en una estructura en la que cada uno de ellos influye sobre los demás. La teoría de la comunicación refleja un proceso.<sup>28</sup>

Elementos de la comunicación:

Aristóteles considero tres componentes de la comunicación: orador, discurso y auditorio. Similares a éste son la mayoría de los modelos de comunicación, aunque en cierta forma más complejos. Desde 1947, uno de los más utilizados es el de Claude Shannon y Warren Weaver, que, aunque se refería a comunicación electrónica, resultaba útil para describir la comunicación humana. En su estructura más simple el proceso de la comunicación se establece a través de los siguientes elementos:

Fuente o emisor: Persona con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación.

Mensaje: Forma en que se expresa el propósito de la fuente. Es lo que se quiere decir. Los mensajes se reciben a través de señales o símbolos a los que atribuimos un significado.

Endocodificador: Componente encargado de tomar las ideas de la fuente para traducirlas en un código el cual consiste en un conjunto de señales o símbolos que, al ser estructurados, permiten integrar un significado.

Canal: Medio o conducto del mensaje.

Receptor: Persona que recibe el mensaje del emisor al otro extremo del canal.

**Decodificador:** Componente que descifra el código en el que el mensaje es enviado a fin de darle una forma que pueda ser interpretada por el receptor. En la comunicación de persona a persona, el decodificador es el conjunto de facultades sensoriales del receptor que permite captarlo.

**Retroalimentación:** Aquello que proporciona a la fuente la información del éxito obtenido en conseguir su objetivo, con lo cual se ejerce un control sobre los futuros mensajes que la fuente encode. Por ser un proceso de interacción entre individuos, la comunicación da lugar a que el receptor modifique su conducta, pero este cambio ocasiona que el emisor también modifique la suya por medio de la retroalimentación. Sólo cuando existe retroalimentación podemos decir que se establece una verdadera comunicación, pues este movimiento constante en que los papeles de emisor y receptor se alteran y permiten el flujo de mensajes es el proceso de comunicación. Si este componente no se da, el proceso queda simplemente en información.

**Contexto:** Conjunto de experiencias y significados por medio del cual los signos adquieren un sentido determinado. Para que exista un mensaje que sea comprendido totalmente por el receptor y pueda lograrse la retroalimentación es necesario que tanto el emisor como el receptor conozcan el contexto en el que está integrado dicho mensaje.

**Barreras o ruido:** factores que distorsionan la calidad de la señal. Son interferencias que, al mezclarse con las señales emitidas, pueden enmascarar, deteriorar o destruir el mensaje.

El estudio de la comunicación humana respecto a las manifestaciones observables de la relación puede dividirse en las siguientes áreas interdependientes:

- a. **Sintáctica:** Comprende los problemas relativos a la transmisión de información (codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.)
- b. **Semántica:** se centra en el significado de la comunicación (toda información compartida presupone una convención semántica)
- c. **Semiótica:** constituye la teoría general de los signos y los lenguajes.
- d. **Pragmática:** estudia los efectos de la comunicación sobre la conducta.<sup>32</sup>

### ***Axiomas de la Comunicación***

---

En 1967, Watzlawick, Beavin y Jackson formularon una serie de propiedades simples de la comunicación, que encierran consecuencias interpersonales básicas y que han pasado a ser fundamentales para la comprensión de la interacción humana. Son especialmente útiles para entender el proceso de la comunicación familiar, cuyos principios son los siguientes:

1. **No es posible no comunicarse:** Hay una propiedad de la conducta que es tan básica que por ello suele pasarse por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. Desde el primer instante en que dos o más personas interaccionan, todo es comunicación: sus gestos, palabras, silencios, presencia o ausencia. Todo lleva un mensaje, porque la no comunicación no existe, ya que toda conducta es comunicación y es imposible no

comunicarse, en realidad aun sin hablar cualquiera puede llegar a comunicar toda una serie de conductas y actitudes, tales como tristeza, alegría, temor, enojo, etc.

Sin embargo, a través del silencio, es posible rechazar la comunicación cuando se desea evitar el compromiso inherente a ella. Otro intento de no comunicar es por medio de descalificar o invadir la comunicación del otro. Las descalificaciones comprenden una amplia gama de fenómenos comunicacionales tales como autocontradicciones, incongruencias, tagencializaciones, cambios de tema, oraciones incompletas, malentendidos, estilo oscuro o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, etc. A este tipo de comunicación recurre todo aquél que se sienta obligado a comunicarse, pero que al mismo tiempo desea evitar el compromiso implícito en dicha comunicación.

2. **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero y es, por ende, una metacomunicación.**

Cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos, y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, estaremos empleando conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella. En tal caso, hablamos de metacomunicación. Definida como la aptitud de aclarar las dudas acerca del contenido literal del mensaje enviado y de verificar si el receptor lo recibió en forma correcta, con la intención y el contenido deseado. Toda comunicación implica un compromiso y, por ende define la relación. Ésta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información. Los aspectos de la comunicación son:

- a) Contenido o Referencial: transmite información objetiva acerca de los hechos, opiniones, sentimientos, experiencias, etc. Transmite los datos de la comunicación.
- b) Relación: define la naturaleza de la misma entre quienes se comunican. Implica el conjunto de los valores secundarios que rodean a las palabras y que definen cómo debe entenderse dicha comunicación.

Si sólo se hace una interpretación puramente denotativa de lo que se oye o se lee, se pierden de vista matices y una parte importante del significado. Comprender los significados connotativos de un mensaje está inscrito.<sup>32</sup>

3. **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencia de comunicación entre los comunicantes.**

Quienes se comunican, durante su intercambio de mensajes siempre introducen lo denominado "puntuación de la secuencia de los hechos". Es decir, la comunicación no puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, sino como una cadena de vínculos superpuestos, cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia estímulo-respuesta-refuerzo. Así el emisor sabe lo ha dicho pero es muy probable que no tenga una visión global de la secuencia que se dio al contestar el otro y al hablar de nuevo él. Un observador de los intercambios podría definir tal secuencia en la que se ve cómo responde cada emisor a cada mensaje del otro emisor.

4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada, pero no una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, en tanto que el lenguaje analógico posee semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.<sup>28</sup>
- a) Comunicación digital: se refiere al lenguaje empleado para designar objetos o cosas. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo a la sintaxis lógica del lenguaje.<sup>28</sup>
  - b) Comunicación analógica: se refiere a la comunicación no verbal en la que los símbolos y signos empleados son similares o análogos a los objetos representados. En este término se incluyen posturas, gestos, expresiones faciales, cadencia de las palabras, etc.<sup>28</sup>

El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como los digitales, hecho de gran trascendencia, ya que (si no es que todos) la mayoría de sus logros civilizados resultaría impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Dado que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro de relacional, cabe suponer que ambos modos de comunicación, el digital y el analógico, no existen independientes, sino que se complementan entre sí en cada mensaje. Asimismo, el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.<sup>28</sup>

5. **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.** La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, es un intercambio entre iguales: compañeros de trabajo, compañeros de estudio, etc. Mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia: padre-hijo, jefe-subordinado, maestro- alumno.

Muchos problemas de comunicación se deben a la suposición de que las palabras usadas tienen para unos el mismo significado que tienen para otros.<sup>28</sup>

Es importante precisar que a lo largo del proceso de comunicación, se van a producir una serie de pérdidas sobre el contenido del mensaje original. En condiciones óptimas del emisor y receptor: que no presenten elevados niveles de ansiedad, que tengan un razonable conocimiento del lenguaje y se encuentren en un contexto agradable, las pérdidas son aproximadamente de un 80% sobre el total del mensaje original que se reparten a lo largo de todo el proceso de comunicación de la siguiente manera:

Las causas posibles de la pérdida de los objetivos planteados por el emisor pueden ocurrir fundamentalmente por tres causas:

1. Barreras debidas al entorno.
2. Barreras debidas al emisor.
3. Barreras debidas al receptor.

Bajo esta misma línea conceptual debemos tener en cuenta las barreras que influyen en una comunicación efectiva, estas son:

Nuestros propios prejuicios respecto a la persona, situación, familia, contexto, dolencia, etc.<sup>27</sup>

Todos aquellos elementos sobre los cuáles yo tengo una imagen preconcebida con connotación con valor positivo o negativo estarán influyendo de manera anticipada en el tipo de vínculo que establezco con mi paciente.<sup>27 op cit</sup>

Estereotipos. Generamos estereotipos de las personas, los que están contruidos por características típicas, conjugadas, que se amplían, generalizan a un tipo de sujeto o comportamiento y frente a los cuales yo tengo preconceptos, y por lo tanto una predisposición adquirida ante la relación que pudiese establecer.<sup>27op cit</sup>

Efecto de halo. Hace referencia a la primera impresión y a la generalización del todo a partir de un detalle, característica o conducta específica.<sup>31</sup>

Así, las primeras impresiones dificultan el conocimiento cabal, íntegro de la persona con la cual yo me estoy relacionando.<sup>27</sup>

Ruido en el canal. Se entiende como canal el espacio por donde los mensajes viajan, se transmiten, por ejemplo el aire, un papel, red telefónica, etc. De esta forma si el canal tiene interferencias o no es nítido, claro y despejado, la comunicación se ve dificultada.<sup>27</sup>

Si estamos conscientes de estas limitaciones podemos administrar la presencia de estas barreras, dejando de lado aquellos elementos que yo en forma consciente sé pueden influir en el tipo y calidad de relación que establezco con cada uno de mis pacientes.<sup>27</sup>

Siguiendo con esta revisión de conceptos es necesario detenerse un minuto a analizar los elementos analógicos constitutivos en la generación del mensaje, que son al final de cuenta los que confirman o desconforman el mensaje digital que emitimos a través de las palabras.<sup>27</sup>

#### 1. Paralenguaje

Se refiere a todos los componentes del habla considerados separadamente. Es el cómo se dice algo y no el contenido de lo que se dice. Se refiere al tono, énfasis, pausas, velocidad, etc., elementos que reflejan connotación del mensaje.<sup>27</sup>

#### 2. Lenguaje corporal

El lenguaje corporal que es básicamente inconsciente y participa confirmando o desconfirmando un mensaje verbal. En este ámbito la expresión facial tiene un peso significativo de influencia, el que varía de acuerdo a la cultura y contexto.<sup>31</sup>

Estudios han comprobado en Latinoamérica que, dentro de los elementos no verbales del mensaje, el cuerpo y la interpretación que hace de este el receptor representa el 70% de la comprensión del mensaje.<sup>27</sup>

#### 3. Proxémica

Considera el modo en que se utilizan los espacios interpersonales. Así la distancia, simetría corporal, variedad de altura, etc. dice algo acerca de cómo nos estamos relacionando, del grado de confianza, autoridad, cercanía afectiva u otras sensaciones que deseamos generar o transmitir en la relación.<sup>27</sup>

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para

el médico familiar, ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia. Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el Médico Familiar debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.<sup>29</sup>

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. En estos tiempos de globalización, la medicina no escapa a tal fenómeno, por lo que entre otros aspectos, se debe tratar de vincular la formación del Médico Familiar con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesionalista con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan contender más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos.<sup>29</sup>

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente. Identifica<sup>30</sup> que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida<sup>5</sup>, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Tates<sup>31</sup> coincide en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es: que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y aunque el autor además señala que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, como también señala Fones<sup>26</sup>, las cualidades humanísticas del médico, parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.<sup>31</sup>

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación. Al respecto, se encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.<sup>31</sup>

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, diversos autores encontraron que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma

de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico.<sup>31</sup> Maguirre señalan que cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento, finalmente, el médico incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente. Igualmente se ha encontrado una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente. Existen evidencias de que los médicos reportan menor cantidad de entrevistas frustrantes después de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación.<sup>29</sup>

La relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente<sup>33,34,35</sup>. En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y se encontró que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros; de éstos, los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado. Se identificó un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental.<sup>37</sup>

Otros dos factores descubiertos, se refieren a la elevada incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, y una posible asociación de problemas comunicativos relacionados con aspectos organizacionales de la atención médica. Independientemente de la queja del paciente, la cultura y las dificultades administrativas de los servicios de salud, deben ser fenómenos de interés en el estudio de las habilidades de comunicación en la relación médico-paciente.<sup>37</sup>

Baile señala que existe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico y aunque ejemplifica la situación con la habilidad de los médicos para otorgar malas noticias, señala que aproximadamente el 90 % de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función. Por ejemplo, los programas educativos de pre y posgrado no enseñan la manera de dar malas noticias al paciente; por lo que los médicos lo aprenden hasta que tienen la oportunidad de observar la forma en la cual otros colegas manejan tales situaciones durante su práctica profesional. Se puede ubicar a la comunicación dentro de los atributos interpersonales del médico, considerados como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus pacientes. Así, se ha de considerar la aptitud comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para confrontar la diversa y compleja problemática que presenta el paciente.

Es conveniente resaltar que aunque el paciente no está en la mejor posición para juzgar la competencia profesional de su médico, existen dos áreas en las cuales puede convertirse en el mejor juez de tal competencia: a) dominio de la relación médico-paciente b) habilidades interpersonales. Korsch, apoya la anterior idea, al estudiar la relación entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente, encontrando una relación significativa entre dicha satisfacción y lo amigable y simpático que pudiera ser el médico, sus habilidades de comunicación, la explicación médica de la naturaleza de la enfermedad y el manejo adecuado de

la preocupación y ansiedad del paciente. Como se puede observar, aunque sólo el segundo aspecto señala directamente a la comunicación, en realidad todos estos aspectos son relativos a las habilidades comunicativas, que posibilitan dicha satisfacción del paciente.<sup>337</sup> **Cuatro modelos de comunicación:**

1. **Modelo de las tres funciones del médico:** que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.<sup>33</sup>

2. **El modelo clínico centrado en el paciente:** el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.<sup>33</sup>

3. **El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente:** desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.<sup>37</sup>

4. **El modelo del autoconocimiento del médico:** el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.<sup>33</sup>

Dentro de las habilidades que requiere el médico para desempeñarse bajo el método centrado en el paciente, se encuentra la de escuchar en forma activa, lo cual obliga escuchar con una concentración intensa y total. No sólo escuchar el significado literal de las palabras, sino el significado de las expresiones, implica responder activamente de forma tal que revele las expresiones del médico. Así, lo que se denomina escuchar activamente, se convierte en un requisito para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para

mantenerla en un nivel afectivo que permitiera comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente.<sup>37</sup>

### **Comunicación centrada en el paciente**

La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que el paciente perciba haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su médico que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada, y que su nivel de molestias y preocupación han sido evaluadas. Esta relación se traducirá en una mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, todo lo cual puede contribuir a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, con lo que finalmente también las instituciones de salud podrán observar los beneficios.<sup>33</sup>

Se ha cuestionado si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados que promueven la salud. Se ha visto que la comunicación efectiva influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de manejo. Los resultados suelen ser: la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia.<sup>37</sup>

Acerca de la posible influencia de los malos entendidos entre el médico y el paciente en cuanto a la prescripción médica, se ha detectado que obedece a una falta de intercambio de información adecuada, que existe mucha información en conflicto, y que el enfermo no comprende algunas implicaciones de su diagnóstico ni las acciones que el médico toma con la intención de preservar la relación médico-paciente. De lo anterior, se destaca la importancia de explorar y permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, pues el clínico parece no darse cuenta de la relevancia de las ideas del enfermo sobre la indicación médica para el éxito del plan terapéutico. Se puede destacar la falta de participación del paciente en la consulta y que los errores médicos generalmente se asocian con esta falta de participación.<sup>37</sup>

### **ESCALA PARA VALORAR LA RELACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL**

Una vez tratado el aspecto, relativo a la importancia de la comunicación médico paciente y de como ésta puede ser estudiada, transmitida en su contenido y analizada; mostramos el Cuestionario CICAA; dicha escala es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica que se establece entre un profesional de la salud y un paciente.; se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y fue creada por Ruiz Moral R. Pérula en 2001.

La cual cuenta con un estudio de validez aparente y de consenso, donde participaron 23 expertos en comunicación ligados al grupo nacional Comunicación y Salud (19 médicos, 3 enfermeros y una psicóloga), realizando una primera evaluación cualitativa del cuestionario en la que se suprimieron e incorporaron

ítems y se aportaron sugerencias de redacción; en una 2da evaluación se les volvió a enviar el nuevo cuestionario para que ponderaran la importancia o el valor de los ítems en una escala Likert de 5 grado, calculándose la varianza de cada ítem y la global.

La redacción inicial de 36 ítems se redujo tras la consulta con los expertos a 29, se suprimieron 7 se modificaron 7, se la redacción de 21 y se incluyó un nuevo ítem. Para estos 29m ítems, el análisis de la varianza mostró puntuaciones por encima de 4 en todos excepto 3.

La fiabilidad interna: el coeficiente alfa de Crobach fue de 0.9572 (IC95% = 0.932 – 0.976). Los coeficientes de correlación con el total de la escala estuvieron todos por encima de 0.35, excepto el ítem 29 ( $r=0.05$ ), no mejorando sustancialmente el alfa de Cronbach global al eliminar dicho ítem.

Fiabilidad intraobservado: Los índices kappa (K) más bajos se hallaron con los ítems 21 ( $K=0.259$ ) y 29 ( $K=0.318$ ), mientras que los más altos fuer9on para los ítems número 3 ( $K=0.86$ ), 13 ( $K0.868$ ) y 14 ( $K=868$ ). En dos ítems no se pudo determinar el kappa, dado que al menos una de las casillas presentaban cero casos. No obstante, los índices de concordancia simple fueron estos ítems elevados. El coeficiente de correlación intraclase (CCI), para valorar la concordancia pre-post en la puntuación total del cuestionario, fue de 0.97 (IC95% = 0.933 – 0.984;  $p<0.001$ ). La diferencia de medias entre las dos mediciones (pre-post) fue de  $-1.76$   $p=0.088$ ).

Presenta muchas similitudes con otras escalas de medición basadas en tareas (PENDLETON et al. 1984; KURTZ Y SILVERMAN, 1996; BOON y STEWEWART, 1998; BROWN et al 2001; MAKOUL, 2001; LANG et al 2004; SCHIRMER et al 2005.

El instrumento evalúa tres áreas: Conectar con el paciente, Identificar y comprender los problemas de salud del paciente y Acordar con el paciente sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones.

El cuestionario se califica con cuatro valores:

Np: No aplica

0: Lo hace muy escasamente

1: Lo realiza de manera aceptable

2: Lo hace casi totalmente o totalmente

El área conectar se conforma de 6 ítems e indaga sobre la forma en la cual el medico entrevista al paciente:

<b>Tarea 1. Conectar</b>		<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>1.</b>	¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
<b>2.</b>	En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
<b>3.</b>	¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
<b>4.</b>	¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
<b>5.</b>	¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
<b>6.</b>	¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
<b>Observaciones y comentarios: (Establecer y mantener una relación con el paciente)</b>					

La segunda área se conforma de 14 preguntas y se identifican cuatro habilidades básicas como lo son la escucha activa, el realizar preguntas, la integración bio psico social y la capacidad de resumir el diagnóstico.

<b>Tarea 2. Identificar y comprender los problemas</b>		<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>7.</b>	¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
<b>8.</b>	¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
<b>9.</b>	¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
<b>10.</b>	En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente				
<b>Observaciones: Escucha activa</b>					
<b>11.</b>	¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
<b>Observación y comentarios: Preguntas</b>					
<b>12.</b>	¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
<b>13.</b>	¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
<b>14.</b>	¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
<b>15.</b>	¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
<b>16.</b>	¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de				

ánimo del paciente?
<b>17.</b> ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?
<b>18.</b> ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?
<b>19.</b> ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?
<b>Observaciones y comentarios (Preguntas)</b>
<b>20.</b> ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?
<b>Observación y comentarios: (Resumen)</b>

Finalmente la tercera área acordar y ayudar a actuar, investiga si un médico informa de manera comprensible el tratamiento y seguimiento. Esta se conforma de 9 reactivos.

<b>Tareas 3 y 4. Acordar y ayudar a actuar</b>	<b>NP</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>21.</b> ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
<b>22.</b> ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evaluación que puede seguir el proceso?				
<b>23.</b> ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
<b>24.</b> ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
<b>Observaciones y comentarios (Información personalizada y comprensible)</b>				
<b>25.</b> ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
<b>26.</b> ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
<b>27.</b> Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)				
<b>28.</b> ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
<b>29.</b> ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
<b>Observaciones y comentarios (Participación del paciente en la toma de decisiones y negociación)</b>				

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Los médicos desarrollamos más de 200,000 consultas durante nuestra vida profesional. En el Hospital Regional Issemym Zumpango el médico general, con un horario laboral de 6 horas, proporciona en promedio 5000 consultas por año, asumiendo que valora 4 pacientes por hora; solo por este número de entrevistas, resulta valioso prestar atención en como una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente.

No se trata de ser agradable o amable, se trata de producir un contacto efectivo, para tal efecto se requiere de una adecuada competencia clínica, es decir, que reúna las siguientes características: Habilidades de comunicación, conocimiento de las patologías, adecuado examen físico y capacidad de resolver problemas.

Sin embargo, en mi quehacer diario; he visualizado que los médicos suelen hablar con palabras muy técnicas, lenguaje no comprensible por el paciente, provocando serios problemas de comprensión de la información generada, muchas veces el médico interrumpe al paciente precozmente, dificultando la expresión de todo su cuadro clínico, de sus ideas o creencias. Por otro lado el médico no interpreta muchas de las veces el mensaje corporal del paciente, por lo tanto no se integra un adecuado cuadro clínico, mucho menos su padecer, lo que condiciona una falta de comprensión de sus enfermedades y hacia el paciente la falta de adherencia a las prescripciones médicas sugeridas.

Desde un punto de vista médico legal, la fractura de la comunicación entre el paciente y el médico es un factor desencadenante de litigios legales. Existe evidencia que desarrollar habilidades de comunicación puede mejorar la situación antes descrita y por ello se pretende saber en nuestro Instituto:

¿Cuál es resultado de la evaluación de la Relación Médico Paciente por medio del instrumento Conectar, Identificar, Comprender, Acordar Ayudar (CICAA), en los médicos de la consulta externa del primer nivel de atención del Hospital Regional Issemym Zumpango, del 1ero de Marzo al 30 de septiembre de 2012?

## JUSTIFICACIÓN

---

La relación médico paciente ha ido adquiriendo en los últimos años una importancia cada vez mayor en el ámbito de la práctica clínica tanto en Europa como en América. La interposición de quejas contra los médicos en los servicios públicos y privados de salud, los juicios por negligencia o mala práctica y el reclamo para el reembolso de gastos efectuados por los pacientes inconformes con la atención recibida, han sido una práctica común en los países industrializados, y en México comienzan a observarse cada vez con mayor frecuencia.

Desde la constitución de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se tiene un registro más detallado y confiable de las inconformidades que presentan los usuarios de los servicios de salud por la atención recibida en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Así de junio de 1996 a diciembre del 2007 se ha recibido en CONAMED, un total de 182 407 quejas. En el análisis de la entidad federativa donde se originaron las inconformidades presentadas, corresponden a quejas en unidades médicas del Distrito Federal 10 630 (57.6%), mismas que unidas al Estado de México 2 232 (12.10%) integran casi el 70% del total.

La institución que generó el mayor número de quejas, fue el IMSS, encontrándose a continuación los servicios privados y el ISSSTE. Las principales especialidades involucradas con mayor frecuencia destacaron los servicios de ortopedia, urgencias, cirugía general, ginecología y medicina familiar.

En cuanto al tipo de atención otorgada, los principales motivos generales que generaron quejas, se refirieron a inconformidades con el tratamiento quirúrgico o tratamiento médico, seguido de inconformidades con el diagnóstico y con la atención del parto y puerperio. En motivos más específicos se encontró una proporción importante de insatisfacción con el proceso de atención, desde falta de oportunidad, error en el diagnóstico, insatisfacción con los resultados obtenidos.

La relación médico paciente tradicionalmente ha sido considerada por los profesionales un pilar esencial del ejercicio médico. Esta interacción es básicamente, un proceso de comunicación. Para conseguir y mantener una relación médico paciente exitosa, los médicos deben dominar una serie de habilidades comunicacionales que son específicas, observables y pueden evaluarse, entre otras competencias alcanzar una congruencia clínico – diagnóstico terapéutica, donde el paciente también coparticipe en su tratamiento integral. Con el presente estudio se pretende observar las deficiencias que los médicos presentan en su relación médico paciente y en su labor asistencial, dando la oportunidad de implementar una capacitación en habilidades de la comunicación, en habilidades clínicas – diagnósticas y terapéuticas. Al generar una relación clínica adecuada se lograría parte de la visión del instituto, donde pretende que seamos reconocidos por los derechohabientes como una Institución que otorga servicios integrales de salud con calidad y humanismo, que brinda seguridad económica en su etapa actual y de retiro y que promueve la integración familiar y su bienestar social.

Es posible realizar este estudio de investigación en el Hospital Regional Zumpango, ya que se encuentra con la infraestructura y el personal humano para

el mismo. Así como contar con los recursos financieros y materiales para la investigación, que serán cubiertos por el investigador; contando con el apoyo tanto de directivos, médicos y pacientes.

## OBJETIVO GENERAL

---

Evaluar la Relación Médico Paciente a través del instrumento Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar (CICAA), en los médicos de la consulta externa del primer nivel de atención del Hospital Regional Issemym Zumpango, del 1ero de Marzo al 30 de septiembre de 2012

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---

1. Identificar sexo, edad, nombramiento del personal médico.
2. Evaluar la tarea; **Conectar con el paciente, a través de:**
  - Recepción del paciente
  - Forma de registrar la información dada por el paciente
  - Cortesía y amabilidad
  - Lenguaje no verbal del médico
  - Muestras de empatía por parte del médico
  - Cierre de la entrevista
3. Evaluar la tarea; **Identificar y comprender los problemas de salud del paciente, a través de:**
  - Reactividad adecuada
  - Facilitar el discurso del paciente
  - Contacto visual-facial
  - Captar y responder a las pistas del paciente
  - Empleo de preguntas abiertas
  - Exploración del origen del síntoma
  - Exploración de emociones y sentimientos que provoca el síntoma
  - Afectación del síntoma en la vida diaria, entorno sociofamiliar y laboral
  - Exploración de expectativas para esta consulta
  - Exploración del estado de ánimo del paciente
  - Exploración de acontecimientos vitales estresantes
  - Exploración del entorno sociofamiliar
  - Exploración de factores de riesgo y realización de medidas preventivas
  - Resumen de la información obtenida del paciente

4. Evaluar la tarea; **Acordar con el paciente sobre el /los problema/s las decisiones y las acciones, a través de:**

- Explicación del síntoma presentado por el paciente
- Explicación del curso evolutivo de la enfermedad
- Explicación adaptada a necesidades del paciente
- Información clara al paciente

5. Evaluar la tarea; **Ayudar al paciente a entender, elegir y actuar, a través de:**

- Da oportunidad a la toma de decisiones
- Da oportunidad a la expresión de dudas por parte del paciente
- En caso de discrepancia, ¿se da la búsqueda de acuerdos?
- Comprobación de información otorgada al paciente
- Compromisos del paciente en su tratamiento

## METODOLOGIA

---

### TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, cualitativo.

### POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

De un total de 63 médicos que integran el área médica del Hospital Regional Zumpango del Issemym, el 40% son médicos especialistas de diferentes áreas (pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía, anestesia, así como ortopedia) y un 60% son médicos generales.

Del total de médicos generales, el 57% son del sexo femenino y 33% son masculinos.

El Hospital Regional Issemym “Zumpango”, se encuentra ubicado en Av. Rio Pachuca esquina 2 de Marzo, Barrio San Miguel Zumpango, Estado de México. Estudio realizado del 1ero de Marzo al 30 de septiembre del 2012.

### TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilístico por cuotas.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

#### Criterios de Inclusión

- ✓ Médicos generales de la consulta externa del Hospital Regional Issemym Zumpango que brinden atención médica de 1er nivel de atención
- ✓ Médicos que acepten ser videograbados y que estén dispuestos a participar en el estudio.

#### Criterios de exclusión

- ✓ Médicos especialistas de consulta externa del Hospital Regional Issemym Médicos generales de urgencias y medicina preventiva.

#### Criterios de eliminación

- ✓ Videos con fallas en la videograbación como deficiencias en la captación de voces, en la visualización de imágenes, editados.

### INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Variable	Tipo	Descripción	Análisis
Sexo	Cualitativa Independiente	Características fenotípicas y genotípicas de los individuos	Masculino/Femenino
Edad	Cualitativa Independiente	Tiempo que ha vivido una persona	De 24 en adelante
Nombramiento	Cualitativa	Tipo de contratación actual	Suplente / Base

<b>CONECTAR</b>	En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	Saludar verbal o no verbalmente, incorporarse del asiento para ello, establecer contacto físico, mantener un contacto visual adecuado, sonreír, acomodar, llamar por su nombre al interlocutor, aclarar nuestro papel en la situación que vivimos, iniciar o responder a algún comentario social, asegurarse de la privacidad, despejar el escenario de posibles barreras.	El mayor número de lo mencionado, equivale a un 2. Un contacto visual mantenido, con una sonrisa acompañada de un "pase" y/o "síntese", quizás añadiendo "por favor" o indicando donde puede sentarse, puede ser un 1. Un inicio de la entrevista sin haber empleado ninguna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor supondrá lo contrario. (0)
	En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	El ordenador puede ser una distracción importante en la comunicación; una atención excesiva a éste cuando el paciente se encuentra frente al profesional disminuye la calidad de la interacción. Al momento de usar los registros avisa al paciente de lo que va a hacer; si mientras utiliza el ordenador evita silencios prolongados tensos y disfuncionales (verbal o no verbalmente); si utiliza el ordenador para fortalecer la relación, por ejemplo para compartir información, confirmar actuaciones pasadas y aclarar.	El empleo de algunas o varias de estas conductas y su impacto positivo en el discurso del paciente puede evaluarse como 2; por el contrario, una puntuación de 0 puede derivarse de la observación de la conducta del paciente ante un profesional que atiende a los registros mientras trata de obtener información o la ofrece, pudiendo orientar sobre el impacto negativo de estas otras conductas. Una puntuación intermedia equivale a 1
	¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?	La cortesía y la amabilidad son características comunicativas sociales. Por regla general, los aspectos no verbales son determinantes a la hora de valorar estas actitudes. El profesional puede ser serio pero atento, y por el contrario parecer despreocupado y natural y no mostrar hacia el paciente los mínimos detalles de amabilidad y cortesía.	Las muestras de afecto positivas, como dar ánimo, interesarse por aspectos de charla social, especialmente si el paciente los saca a colación, equivale a 2. Lo contrario de esto o si éstas no existen o el profesional antagoniza con el paciente y lo deslegitima de forma insensible, se da un 0. Punto intermedio equivale a 1
	¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?	Evaluar en el profesional aspectos como la presencia física (formas corporales, indumentaria, vestimenta, uso o no de bata), la expresión facial (sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas), la mirada (quizás uno de los más importantes y que permite evaluar el interés del profesional en el paciente)	El mayor número de lo mencionado equivale a un 2, al ir quitando puntos damos un valor de 1 y al no hacerlo, proporcionamos un 0.
	¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	La empatía supone por lo tanto el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Este ítem dirige la atención del evaluador a la forma (la calidad) en la que el entrevistador expresa, de forma verbal y no verbal, entender las emociones, ideas sobre el problema, sentimientos o estado de ánimo del paciente, así como su estado general. Esto puede hacerse mediante facilitaciones que busquen una mejor comprensión (ayúdeme a comprender mejor...), afirmaciones (ahora veo claro por qué se siente así...), reflexiones –reflejar en espejo las emociones del paciente– (debió de ser muy difícil para usted...; le veo un poco preocupado, le noto raro), legitimando –esto es aceptando y validando la experiencia emocional del paciente– (entiendo que esto le preocupe..., no me sorprende que con lo que lleva pasando...) apoyando o dando soporte (¿ puedo ayudarle a...?, estamos aquí para ayudarle ), mostrando respeto (está llevando realmente bien su problema), pidiendo colaboración (vamos a ver qué podemos hacer entre los dos), pero también con una actitud de escucha o con silencios no disfuncionales que permitan al paciente su expresión. Debe existir una sintonía entre la expresión.	También podría ser un 1 en aquellas en las que por la actitud de escucha el paciente manifiesta momentos empáticos y éstos van seguidos de la misma actitud de escucha (que en sí misma puede considerarse empática). Responder a alguna oportunidad empática mediante el ciclo empático completo podría ser un 2. No contar con ellas equivale a un 0.
	¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?	El profesional recapitula y resume brevemente algunos aspectos que se han discutido previamente, especialmente referentes a los acuerdos finales y el plan de manejo. También suele ser el momento en el que el profesional toma precauciones sobre sus propuestas haciendo comentarios del tipo: "Si no mejora vuelva por aquí", "No dude en volver cuando lo estime necesario", "Le espero cuando estén los análisis", etc.	El uso del mayor número de elementos de los anteriormente descritos cuando son empleados de forma natural y contextualizada, así como la ausencia (o escasez) de demandas adicionales y fuera de contexto del paciente, debe definir una despedida de calidad (2). Por el contrario, un cierre de la entrevista sin haber empleado ninguna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor, o con demandas que requieren retomar otras fases de la entrevista y hacen aparecer el cierre (que es un acto relativamente corto) como algo farragoso y embrollado, supondrá lo contrario (0).
<b>IDENTIFICAR</b>	¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	La reactividad es el ritmo que utiliza el profesional y que da a sus intervenciones y al diálogo en general. Puede considerarse como un elemento clave para conseguir una escucha activa.	El profesional se puede evaluar como. Orientativo: 0: ritmo rápido de la consulta con preguntas que el profesional hace una tras otra, sin apenas tiempo para responder, el paciente no acaba de completar sus frases, se suceden las interrupciones; o silencios muy disfuncionales mientras el profesional se centra en registros; 2: ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el médico no se solapan; 1: intermedio.
	¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	Se trata de valorar si el entrevistador no solo permite sino que anima al paciente a hablar, esto es, dándole la oportunidad de exponer sus argumentos e ideas de cualquier tipo (valorar precisamente esto) a lo largo de toda la entrevista hay facilitadores de tipo verbal (el eco: repetir últimas frases del paciente, palabras como "siga, siga", "le escucho", tras alguna interrupción el profesional puede animar al paciente diciendo "perdone me estaba usted diciendo..."). Frases del tipo "Hay algo más que quiera decirme sobre esto último", "Entiendo", o pedir aclaraciones sobre algo dicho por el paciente que no se ha comprendido bien, muestran interés y suponen favorecer el discurso del paciente en la medida en que anima a expresarlo más claramente. Entre las facilitaciones no verbales, los sonidos guturales son muy frecuentes: "Humm", "Ahaa", "ya, ya..." acompañados de cabeceos asintiendo y, desde luego, manteniendo un contacto visual adecuado.	Orientativo: 0: no emplea ninguno de estos facilitadores, suele haber interrupciones; 1: usa los no verbales preferentemente; 2: hay además facilitadores verbales.
	¿En qué medida el profesional establece	Es una manera de valorar el grado de atención que tiene el profesional, en cualquier fase de la entrevista, al paciente, a	Un profesional que mira preferentemente a otros objetos o sujetos (historia clínica, analítica, acompañante, ...) durante



		P: ¡Eso es!
¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	Valorar los esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre la naturaleza o causa del proceso o síntoma principal presentado por el paciente u otros aspectos de interés relacionados con él.	0: no informa en absoluto; 1: hace una información somera del tipo: "tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus"; 2: da una información más detallada.
¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evaluación que puede seguir el proceso?	Se han de valorar los esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre la evolución, probable, que puede seguir el proceso.	Un 0 puede ser no informar sobre la evolución o hacerlo mínimamente ("Tómese esto y verá como mejora", "Ahora no está claro de qué es la fiebre"); un 1 y un 2 son grados superiores. Ej. "Ahora mismo no está claro de qué es la fiebre. La exploración es totalmente normal, así que, si le parece, vamos a vigilar al niño más de cerca, lo trae dentro de dos días o antes si es necesario".
¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	El evaluador debe valorar si la información que el médico ofrece es la adecuada para el paciente que tiene delante y para el problema que tiene éste. Esto a veces es difícil, pero tiene mucha relación con el tipo de exploración del problema que se ha hecho previamente. La clave para valorar este ítem está en el grado de bidireccionalidad que existe a la hora de informar entre el profesional y el paciente.	Si el médico ha sido profundo explorando ideas, necesidades y preocupaciones, y después la información ofrecida toca estos aspectos, la valoración será alta (2). Si, por el contrario, desconocemos estos aspectos y se realiza una información sobre aspectos que teóricamente son los que se suele informar en estos casos, la puntuación será más baja.
¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	Información que puede ser tanto sobre el proceso como sobre su manejo. De forma clara quiere decir: hablar correctamente utilizar palabras y frases cortas, evitar la jerga médica, emplear una dicción clara, con ritmo adecuado y pausas ordenando la información, resaltar lo importante, repetir la información ya dada, ejemplificarla, razonarla e ilustrarla, dar apoyo por escrito, explicar como actúa la terapia	0: información poco clara, farragosa, generalmente dada de forma rápida, escasa o abundantemente; 1: información comprensible sin tecnicismos y en cantidad adecuada; 2 : lo anterior y además comprueba la comprensión de alguna forma para asegurarse de que lo ha entendido.
¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	Dar la oportunidad para participar es animar a que el paciente forme parte de la toma de decisiones. Lo ideal es que el profesional informe adecuadamente de las opciones disponibles y después invite al paciente a elegir y participar, es decir, OFREZCA PRIMERO ALGUNAS OPCIONES POSIBLES; esto es lo que posibilitará después con adecuadas frases y actitud de observación la valoración del deseo de participar. En el caso de que, por una resistencia, haya habido una negociación, con el resultado de una toma de decisiones conjunta (es el caso de que tras una resistencia haya habido una respuesta evaluativa y una búsqueda de creencias por parte del profesional que consiga (o no) un cambio en la opinión del paciente	Cuando el profesional comenta las diferentes pautas de manejo a seguir, sin imponer ninguna, dejando que sea el paciente el que tome la decisión: "para su problema hay varias posibilidades, poner tratamiento, o esperar unos días y si no mejora ponerlo entonces...". Esto sería un buen comienzo para un 2 si se sigue de la pregunta correcta, del silencio adecuado para captar por dónde quiere ir el paciente. Sin embargo, fíjese que pueden distinguirse distintas gradaciones, en función de cómo plantee esto el profesional el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones, deben recibir valoraciones bajas (0).
¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	El evaluador debería prestar atención al número de preguntas o aclaraciones que es capaz de hacer el paciente, especialmente en la fase en la que el profesional le explica cómo ve él el problema y el plan de actuación. Esto es un buen indicador del grado de confianza y participación que el entrevistador da al paciente (verbalmente o mediante elementos no verbales como silencios, etc.) y que se reflejaría precisamente en la expresión por parte de éste de sus dudas, problemas u opiniones sobre el proceso diagnóstico o terapéutico	Un 2 representa esto con un número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas. Es posible que el paciente manifieste no tener ninguna duda ni problema, sin embargo, se valorará la conducta del profesional insistiendo o no en ello y, como decíamos, la naturalidad de la participación del paciente en un clima facilitador creado por el profesional (un 1). Estilos directivos en los que el entrevistador tiene una alta reactividad, corta al paciente si hace preguntas o no favorece o deja pausas al hablar, impidiendo que
Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)	Se evaluará primero en qué medida el profesional indaga la opinión que tiene el paciente sobre el motivo de la discrepancia. Para ello, muy probablemente deberá explorar las creencias y las ideas del paciente. Se considera respuesta evaluativa aquella primera reacción efectuada por un profesional tras la aparición de una resistencia o diferencia de criterio (incluidas las claves comunicativas) con la intención de explorar, comprender o hacer aflorar la misma. Se suele expresar en tono de pregunta abierta exploratoria: "¿Por qué dice usted eso?", "Y eso ¿por qué?", "¿Por qué piensa usted así?", "¿Por qué?", "¿Y eso?", "¿Cómo?..." Todas estas son ejemplos de respuestas evaluativas y exploración de creencias (a veces incluso un silencio en espera de una explicación del paciente).	Un 0: no da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia "No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor". Un 1: da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, quizás por una actitud de escucha (clima favorecedor), pero no llega a tenerlas demasiado en consideración. Un 2: da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias (o salen las motivaciones espontáneamente) y se esfuerza por llegar a acuerdos entrando en una discusión, que genera alternativas, mostrando empatía y respeto, aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.
¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	El profesional debe comprobar el recuerdo y/o comprensión que el paciente tiene de la información suministrada acerca de la pauta diagnóstica o terapéutica. Esto se puede realizar por pregunta directa del profesional, p. ej. "¿Lo entendió?", "¿Se acuerda usted de todo el tto.?", "¿Puede repetirme el tto.?"...; o al existir un clima adecuado de bidireccionalidad, por repetición más o menos espontánea del propio paciente de gran parte o de todo lo referido por el profesional (el paciente ha ido repitiendo el tratamiento tras el profesional). El evaluador debe graduar el esfuerzo que el entrevistador pone para conseguir esto	0: no se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "¿Ha entendido?". 1: pregunta si lo entendió, y espera respuesta. 2: hace repetir al paciente el mensaje y, en función de la respuesta, lo puede repetir él o no. Puede ser un 2 aun sin repetición del paciente, pero ante una solicitud de comprobar la comprensión por parte del profesional muy clara y, tal vez con un mensaje a recordar simple, el paciente asegura muy explícitamente que lo ha entendido.
¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	Se trata de valorar si el profesional fuerza o no un reparto de responsabilidades o, lo que es lo mismo, hace copartícipe del proceso de búsqueda de la salud al propio paciente una vez que ya se han discutido o no las opciones. Este reparto de responsabilidad debe hacerse explícitamente en la entrevista. Es un ítem que debe ser valorado con atención en aquellas consultas por problemas crónicos que exijan seguimientos frecuentes, y en las que el papel activo del paciente se ha relacionado con una mayor efectividad de las mismas.	Un 0 es imponer lo que el paciente debe hacer o no, contemplarlo cuando podría haber sido razonable hacerlo. Un 1 es tratar de, una vez expuestas las alternativas o alternativa, si le parece que podrá o no llevarla a cabo. Un 2 es tratar de discutir explícitamente con el paciente las probabilidades de llevar a cabo la/s alternativa/s.

## **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

---

Para poder realizar este estudio de investigación primero se identificó la problemática que genera la mala comunicación en la relación médico paciente, se presentó el tema al coordinador de Medicina Familiar, el cual autorizó realizar dicho protocolo de investigación, posteriormente se realizaron oficios dirigidos a los directivos, para autorización de dicho estudio en la unidad médica planeada, quienes dieron facilidades y autorización para la videograbación de consultas médicas para su análisis posterior. Se realizaron videograbaciones al azar en un día normal de consulta, con la autorización previa del médico y el paciente, y una vez recabadas se realizó la evaluación de cada una de ellas, posteriormente se capturan los datos en el programa SPSS edición 20, con lo que se generaron los resultados en porcentajes, se elaboraron la relatoría de los mismos y sus respectivas gráficas, para finalmente realizar la discusión y emitir las conclusiones.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

---

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud capítulo I, título II, Artículo 17, se considera como una investigación con riesgo I; ya que solo se emplea métodos de investigación y videograbación, sin realizar ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas o psicológicas de los individuos que participan en este estudio.

De acuerdo al artículo 20 de dicho reglamento, el consentimiento informado es el acuerdo escrito y firmado mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá.

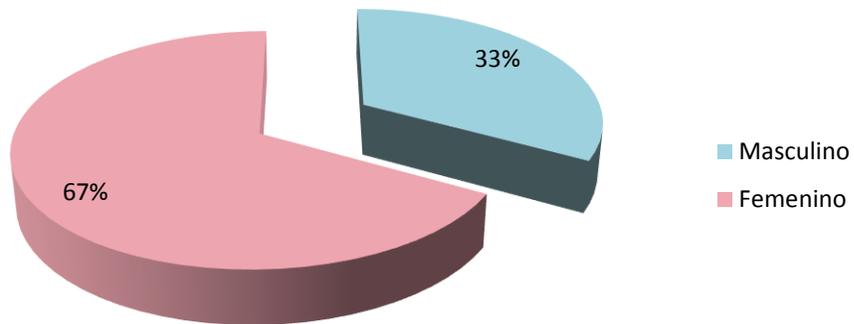
La investigación fue realizada por profesionales de la salud como dicta el artículo 144 del reglamento general de salud en materia de la investigación y ética de la bioseguridad. Se llevó a cabo al tener la autorización del titular de la institución de atención de la salud.

## **RESULTADOS**

---

Se evaluaron 26 médicos generales de la Consulta Externa del 1er nivel del Hospital Regional Zumpango del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de los cuales el 57% son del sexo femenino y 33% masculino. Gráfico 1

**Gráfico 1. Distribución de médicos de acuerdo a genero**

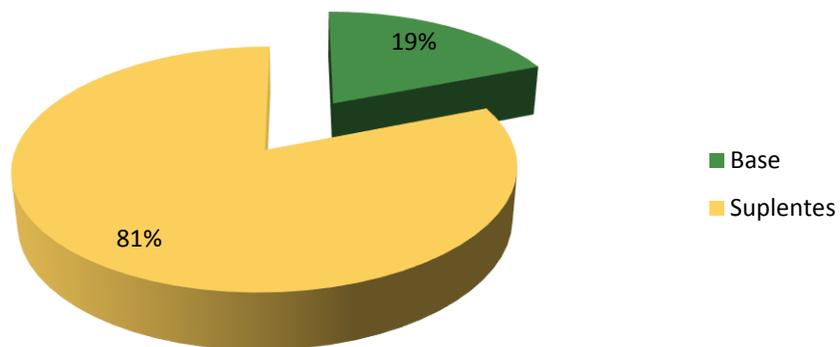


Fuente: Concentrado de resultados

Con una edad promedio de 30 años, con un rango de 26 a los 55 años de edad y de los cuales realizan suplencias 21 médicos (81%) y 5 son de base el (19%).

Gráfico 2

**Gráfico 2 Distribución de médicos de acuerdo a nombramiento laboral**



Fuente: Concentrado de resultados

En forma detallada al respecto de las habilidades comunicativas en el área conectar, en la primer pregunta **en qué medida el profesional realiza un recibimiento adecuado del paciente**; se pudo observar que 5 médicos (19.23%), **lo hace de manera escasa**, caracterizándose esta, porque el médico no se toma la molestia de saludar al paciente, no mirarlo, ni invitar a tomar asiento, antes de indagar el motivo de la consulta. 15 médicos (57.69%), **lo hace en forma aceptable**, caracterizada por un saludo verbal, que en algunas ocasiones se acompaña de una sonrisa y con mantener un contacto visual al momento del mismo. 6 médicos (23.08%), **lo realiza totalmente** y ésta se caracteriza por un saludo agradable, en algunas ocasiones llamando al paciente por su nombre e invitándole a tomar asiento, así como con comentarios tales como “gusto en volver a vernos”, “que milagro” “¿cómo ha estado?”. Gráfico 3



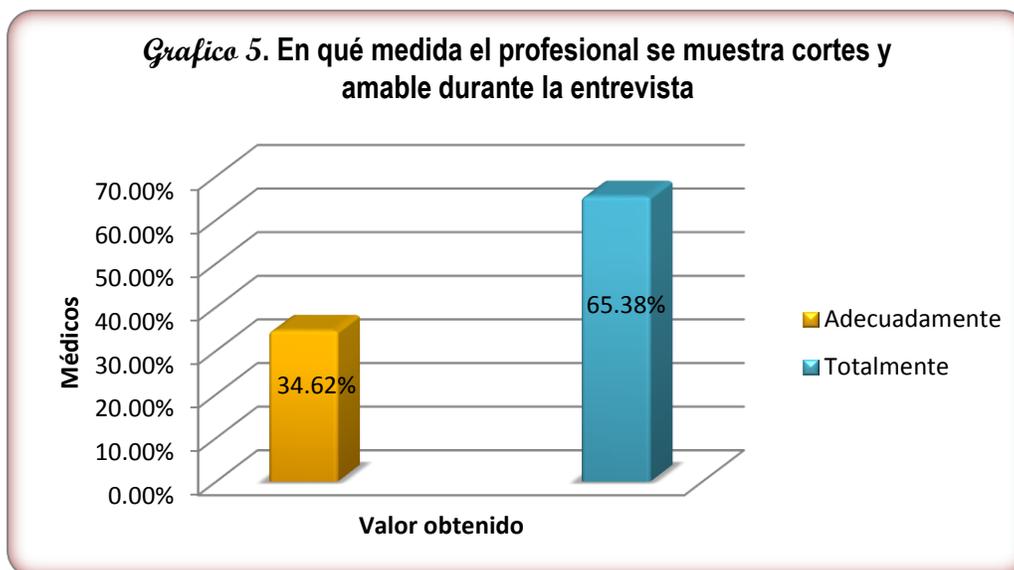
Fuente: Concentrado de resultados

Con respecto a la pregunta 2 **al registro de información sin que se altere la comunicación**; se identifica que 19 médicos (73.08%) realiza silencios prolongados tensos y disfuncionales, al realizar una atención excesiva al mismo, cuando el paciente se encuentra frente a ellos, el profesional disminuye entonces la calidad de interacción, generando así una comunicación **escasa**. Y solo 7 médicos (26.92%), lo hace de forma **aceptable**, donde se observa que el profesional explica al paciente lo que está haciendo al tiempo de hacer el registro, por lo que el paciente continúa con su discurso pues alude a frases tales como “lo escucho”, “continúe”, entre otras. Gráfico 4



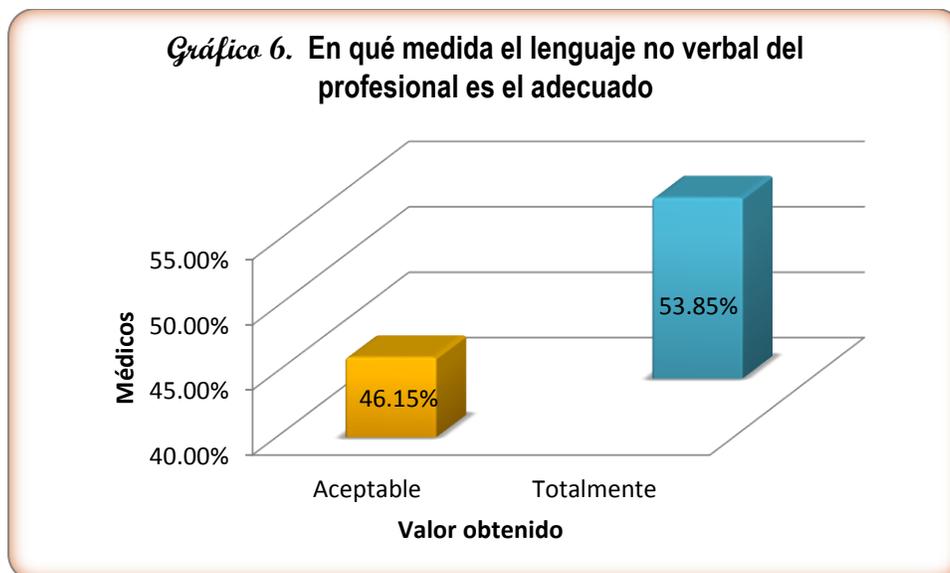
Fuente: Concentrado de resultados

En la tercer pregunta **¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?** Las muestras de afecto positivas (“que le vaya bien”, “cuídese mucho”), como dar ánimo, (“todo va a estar bien”) interesarse por aspectos de charla social, tales como: “¿cómo le va en el trabajo?”, “¿qué ha hecho de nuevo? ”, etc. Se evaluaron como totalmente en un 65.38% y al disminuir estos puntos lo denota como adecuado en un 34.62%. Gráfico 5.



Fuente: Concentrado de resultados

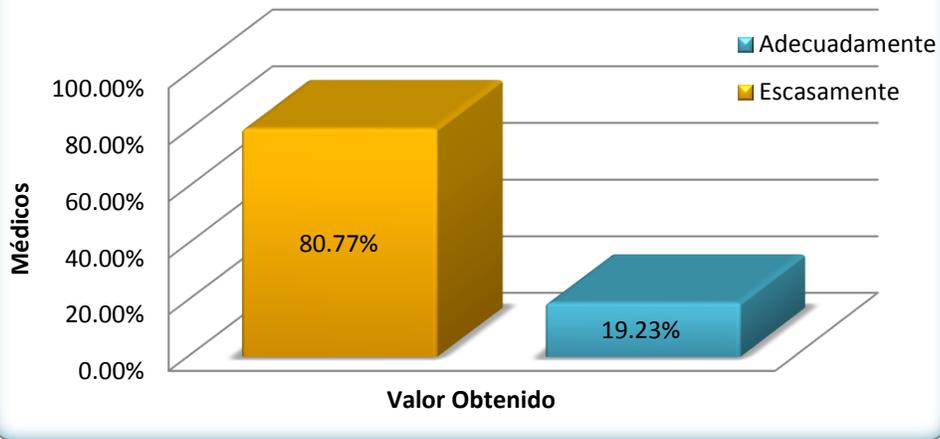
En la cuarta pregunta **¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?** encontramos que 12 médicos (46.15%) lo hizo de forma **aceptable**, caracterizada por el uso adecuado de bata, misma que se encuentra limpia y con atuendo formal, además de un saludo de mano, y/o con una sonrisa. Catorce médicos (53.85%) lo realiza **totalmente** al presentar lo anterior y situaciones como un tono de voz adecuado. <sup>Gráfico 6</sup>



Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar **¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?** 21 médicos (80.77%) no se percatan de las oportunidades empáticas, por lo que no puede expresar comentarios que faciliten la misma hacia el paciente con lo que se denota una empatía **escasa**. Y solo 3 médicos (19.23%) de los médicos muestran una empatía **adecuada** la cual se evalúa con comentarios tales como “entiendo que eso le preocupe”, “estamos aquí para servirle”, “lo noto molesto” entre otros. <sup>Gráfico 7</sup>

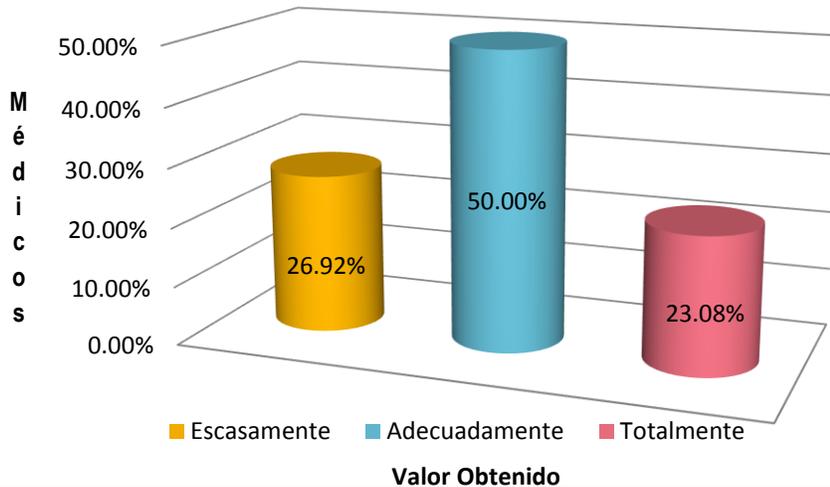
**Gráfico 7. En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos**



Fuente: Concentrado de resultados

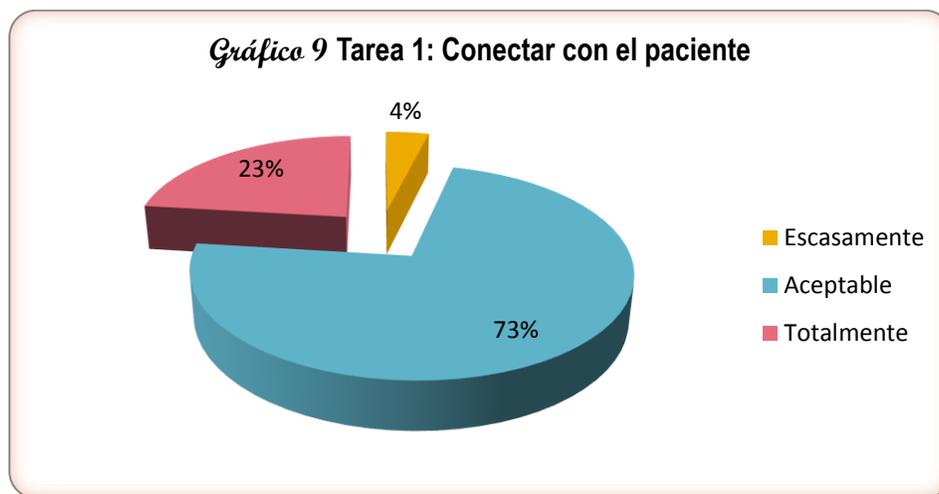
**¿En qué medida el profesional ha cerrado adecuadamente la entrevista con el paciente?** En este estudio se encontró que 7 médicos (26.92%) no muestran gestos o palabras de cortesía; así como no ver al paciente; encasillándolo como un cierre **escaso**. 13 médicos (50%) lo realiza de forma **adecuada** encontrando que el profesional, menciona palabras como “hasta luego”, “nos vemos pronto”, “cualquier cosa aquí lo esperamos”. Y 6 médicos (23.08%) lo hace **totalmente**, con puntos básicos como retomar el motivo de consulta, una pequeña explicación del plan a seguir, así como palabras de cortesía como las ya mencionadas. <sup>Gráfico 8</sup>

**Gráfico 8. En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista**



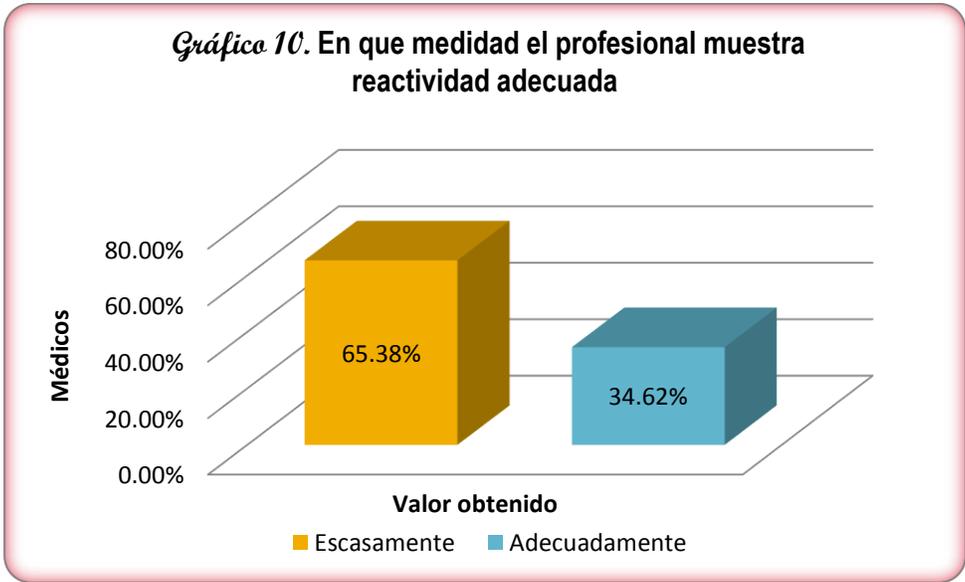
Fuente: Concentrado de resultados

En resumen en el área 1, de cómo el médico se conecta con el paciente, en forma general se resume que 19 médicos (73%) realiza una conexión aceptable con el paciente, 6 médicos (23%) lo realiza totalmente y un médico el 4% lo hace en forma escasa. Gráfico 9



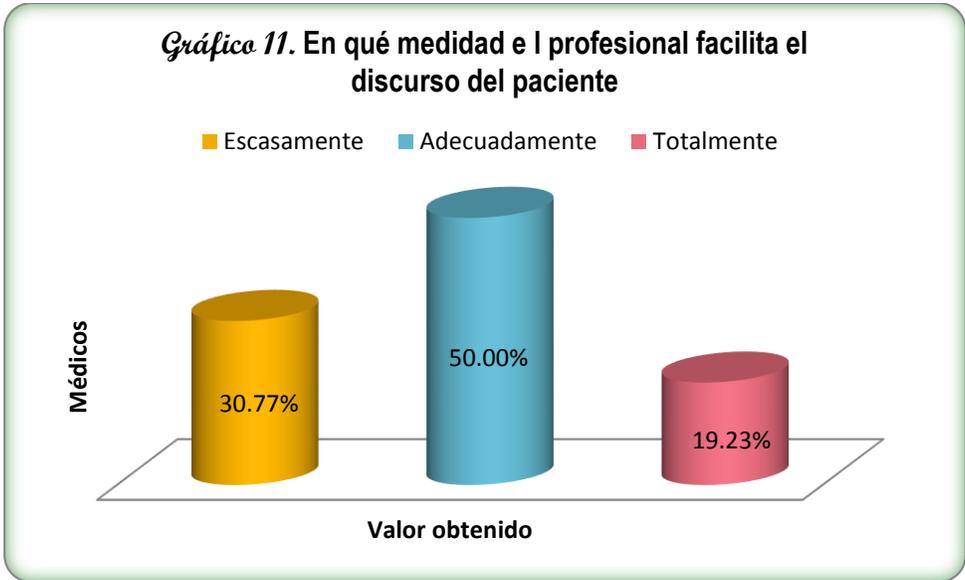
Fuente: Concentrado de resultados

De manera más descriptiva al analizar la tarea 2 (Identificar y comprender) en su primer pregunta **¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?** encontramos que 17 médicos (65.38%), muestra una reactividad **escasa**, dado que en ocasiones realiza preguntas sin esperar respuesta, o se distrae en otras cosas y realiza otras preguntas, así como interrupciones cuando está dando respuestas o bien con silencios largos al realizar registros. 9 médicos (34.62%) lo realiza en forma **adecuada** caracterizándose porque el profesional pone atención a las explicaciones del paciente, dando pautas para que el paciente explique. Gráfico 10



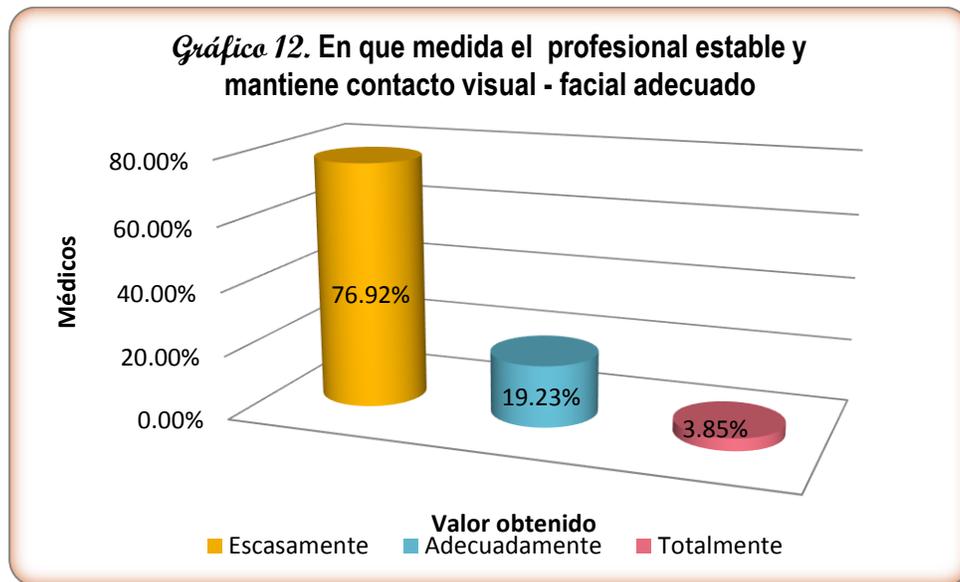
Fuente: Concentrado de resultados

Al valorar **¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?** encontramos que 8 médicos (30.77%) lo hacen **escasamente**, al no escuchar atentamente al paciente e interrumpir continuamente, sin tener una comunicación no verbal que muestre interés hacia el paciente. Trece médicos (50%) facilita el discurso en forma **adecuada** con una comunicación verbal, donde asienta la cabeza y con un contacto visual escaso y por último 5 médicos (19.23%) lo realiza **totalmente** con facilitadores verbales como “continúe”, “me puede explicar esto último”, “entiendo” entre otros; y lo ya mencionado. Grafico 11



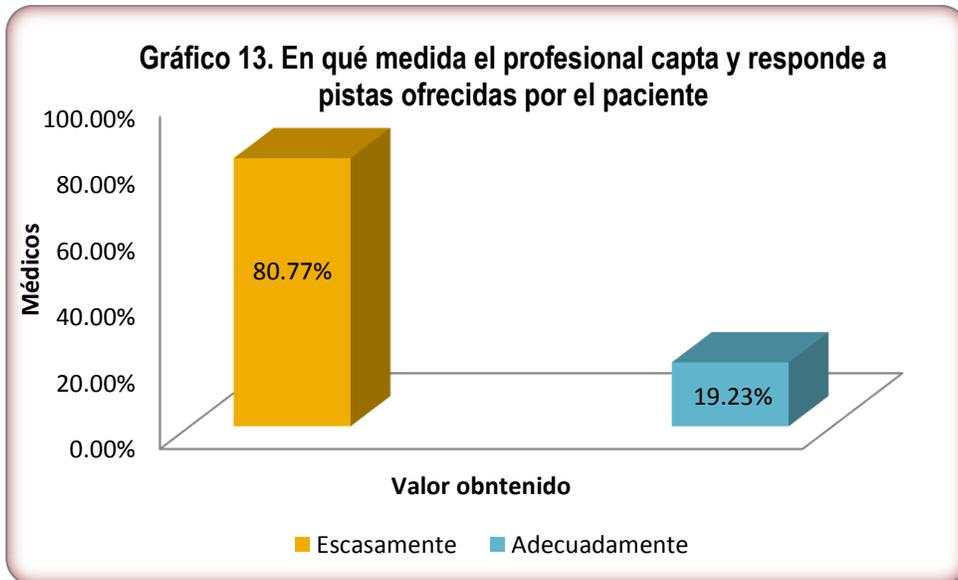
Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar **¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?** encontramos que el 20 médicos (76.9%) lo realiza **escasamente**, dado que no mantiene un contacto visual adecuado, ya que se distrae con el registro de la nota médica o recetas. 5 médicos (19.23%) lo realiza en forma **adecuada** al visualizar al paciente por lo menos cuando este le da explicaciones. Y un médico (3.85%), lo realiza **totalmente** al visualizar al paciente al momento en que el paciente se encuentra hablando o se le proporciona explicaciones. Grafico 12



Fuente: Concentrado de resultados

**¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?** Lo realizan **escasamente** 21 médicos (80.77%), al no encontrarse atentos, interrumpen al paciente, sin poder escuchar las pistas verbales y al no visualizar al paciente no percibe las pistas no verbales, tales como desviación de la mirada, movimientos del paciente o bien posturas; que le proporciona. Los 5 médicos (19.23%) restantes, lo realiza **adecuadamente** obteniendo del paciente datos importantes como comentarios de posible etiología o del ámbito familiar, así como distinguir estados de ánimo del paciente y/o escuchar al acompañante. Grafico 13

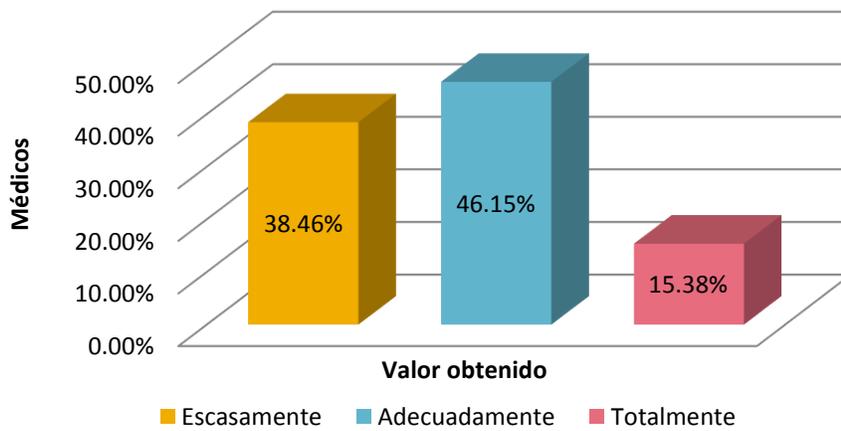


Fuente: Concentrado de resultados

**¿En qué medida el profesional realiza preguntas abiertas?** Todos los médicos realizan una pregunta abierta de inicio tal como: “¿Qué lo trae por aquí?”, “¿En qué puede servirle?”, “¿Qué le sucede?”, entre otras. En este estudio se encontró que 10 médicos (38.46%) lo realiza **escasamente** agregando preguntas semejantes a “¿Cómo comenzó?”, “¿Cómo está el trabajo?”, sus entrevista se encuentra basada más en preguntas cerradas tales como “¿Hay tos?”, “¿Tuvo fiebre?”, “¿Dónde le duele?”, etc. 12 médicos (46.15%) efectúa preguntas abiertas similares a “¿Qué nota al encontrarse con incremento de actividades en su trabajo?”, “¿Qué alimentos considera que incrementa el dolor?”, “¿Cómo que otros desencadenantes y/o acompañantes existen para su dolor?” clasificándolo en **adecuado** y solo 4 médicos (15.38%) lo realiza en **totalmente**, usando preguntas que apoyan a su anamnesis, así como denotar mayor interés en su paciente.

Gráfico 14

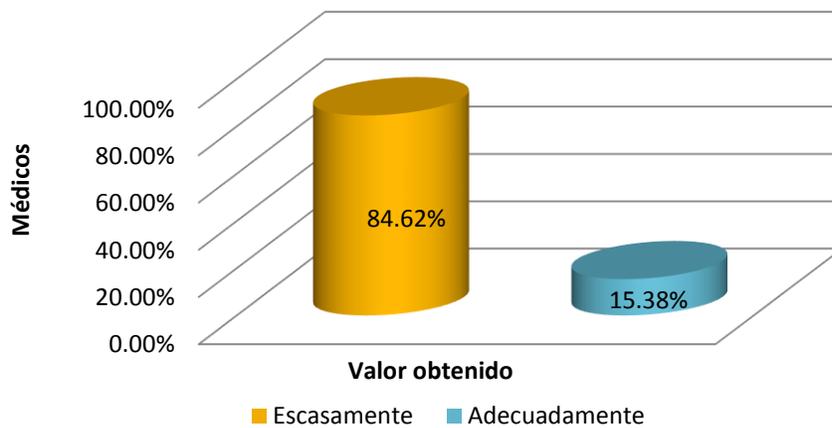
**Gráfico 14. En que medida el profesional emplea preguntas abiertas**



Fuente: Concentrado de resultados

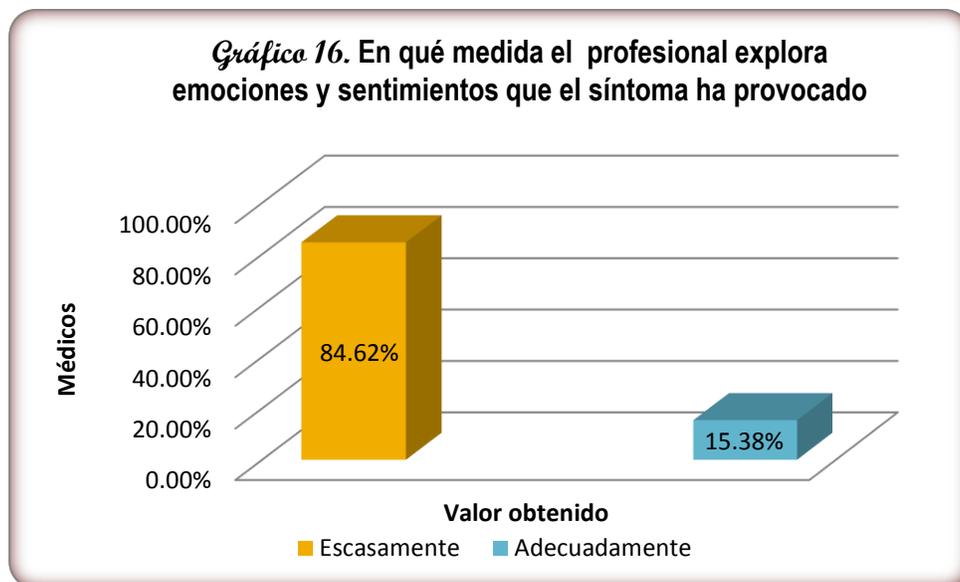
Al evaluar **¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa o naturaleza de su síntoma o proceso?** Se encontró que 22 médicos (84.62%) evalúa **escasamente** la idea del paciente sobre el origen del síntoma, es decir no indaga en lo absoluto la idea que tiene el paciente acerca del origen del síntoma o enfermedad y solo 4 médicos (15.38%) lo realiza **adecuadamente**, con preguntas tales como sabe cuál es la causa de este problema?, y eso?, sabe qué ocasiono esto? Etc. <sup>Gráfico 15</sup>

**Gráfico 15. En que medida el profesional ha explorado la idea del paciente sobre el origen del síntoma**



Fuente: Concentrado de resultados

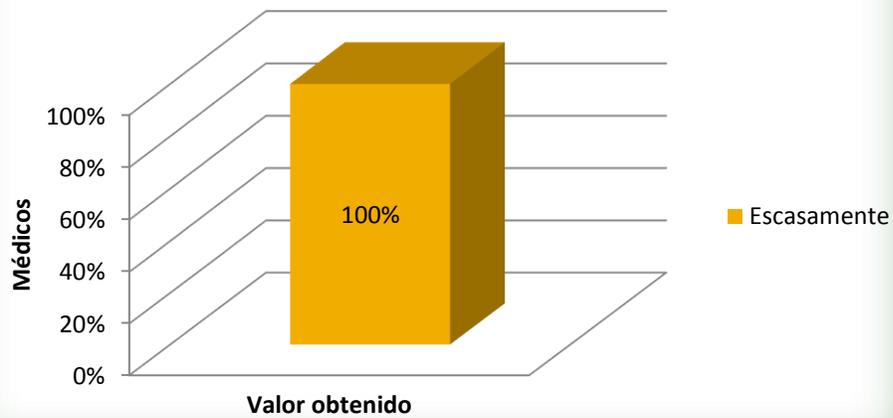
Al valorar **¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?** Se encontró que 22 médicos (84.62%) lo realiza **escasamente** al no indagar las emociones y sentimientos que el síntoma ha provocado y solo el 4 médicos (15.38%), lo hace **adecuadamente** al indagarlo con actitudes de escucha hacia al paciente. Gráfico 16



Fuente: Concentrado de resultados

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, al analizar **¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?** en el presente estudio se recabo que el 100 % de los médicos no explora como afecta al paciente en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral, el padecimiento, como se muestra en el grafico 17.

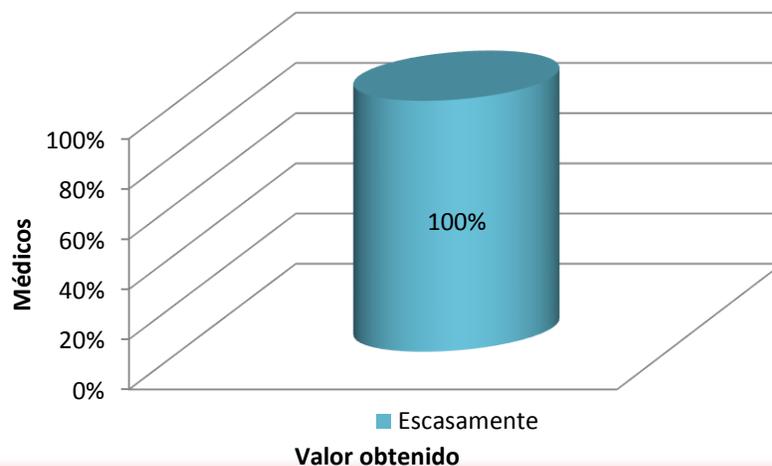
**Gráfico 17. En qué medida el profesional ha explorado como afecta la enfermedad en su vida diaria**



Fuente: Concentrado de resultados

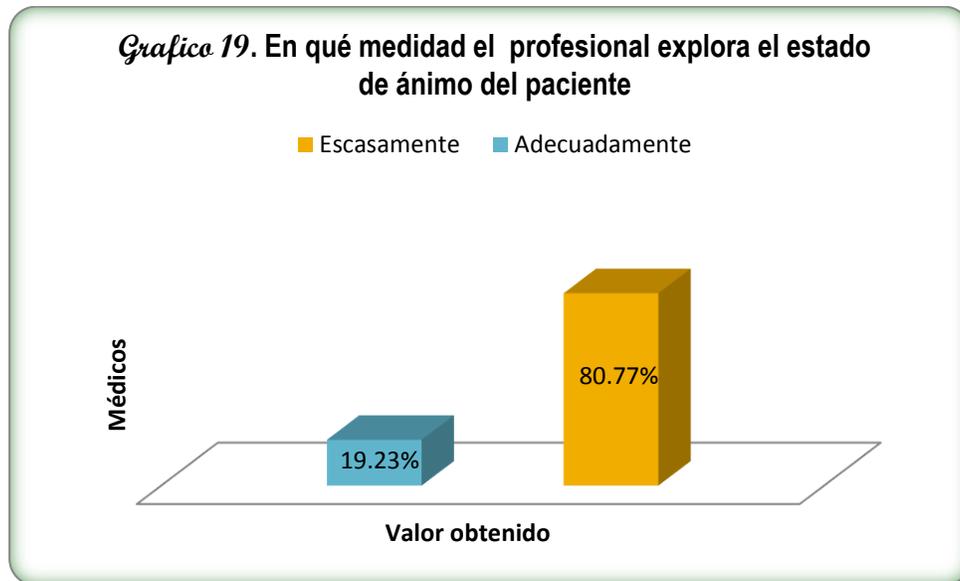
Al analizar **¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?** Encontramos que el 100% de los médicos no indaga que espera el paciente de la consulta. Como podemos observar en el gráfico 18.

**Gráfico 18. En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene de la consulta**



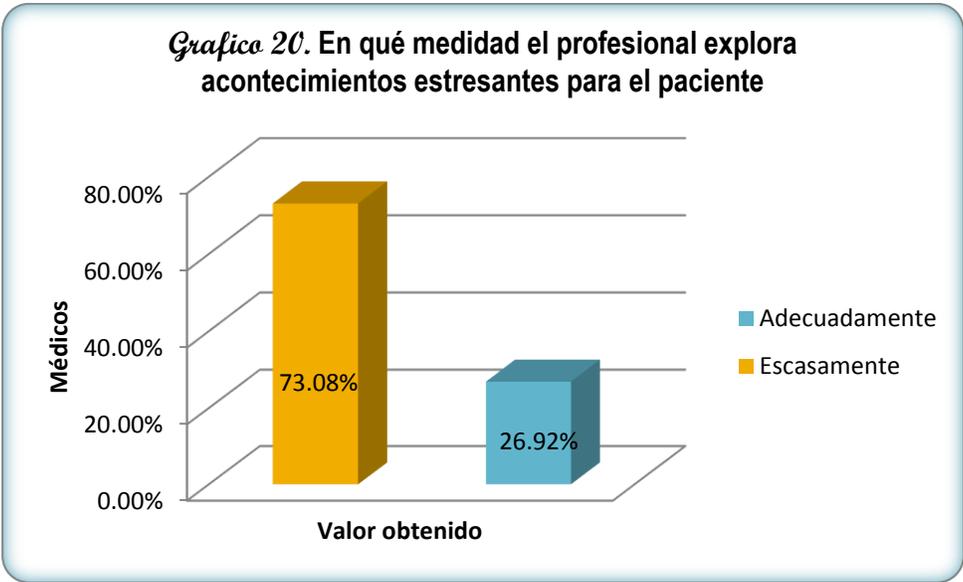
Fuente: Concentrado de resultados

Evaluando **¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?**, encontramos que 21 médicos (80.77%) lo realizan **escasamente**, es decir no indaga que sucede en la esfera psicológica del paciente. Y 5 médicos (19.23%) lo realiza en forma **adecuada** al realizar preguntas tales “¿cómo se encuentra hoy?”, “¿cómo está durmiendo?” Gráfico 19



Fuente: Concentrado de resultados

En este estudio al evaluar **¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?** se observó que 23 médicos (88.46%) realiza una exploración de acontecimientos vitales estresantes **escasa**, al no investigarlo en ningún momento, y 3 médicos (11.54%) lo realiza **adecuadamente**, al realizar preguntas tales como qué me platica de nuevo, ha pasado algo importante?, hay algún problema en la casa?, entre otras. Gráfico 20



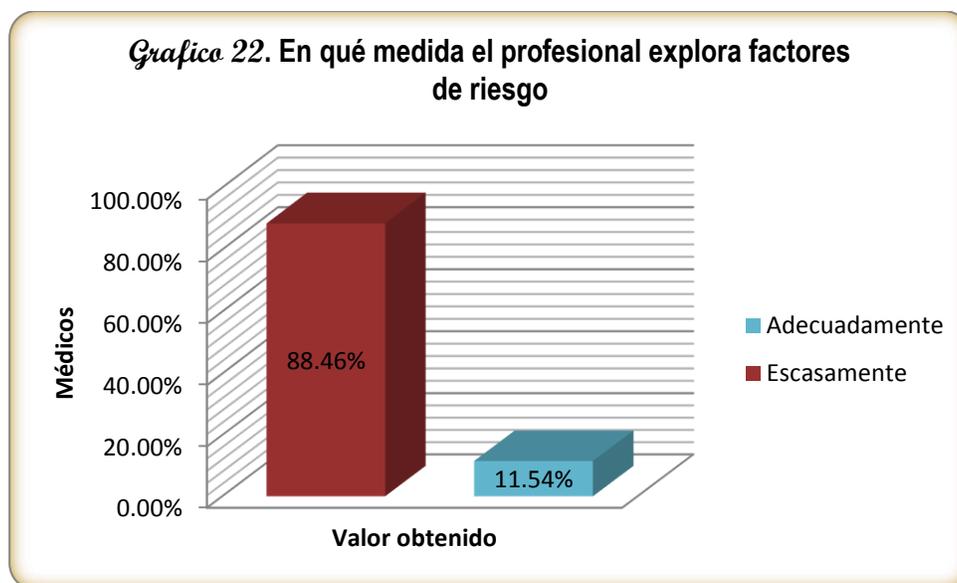
Fuente: Concentrado de resultados

Explorando **¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?** Se identificó que 23 médicos (88.46%) lo realiza **escasamente**, al no indagar, en algunas ocasiones el paciente lo menciona, pero el médico hace caso omiso. Y 3 médicos (11.54%) lo realiza en forma **adecuadamente** al escuchar al paciente y dar pauta a su relato o con expresiones como a poco, no me diga, entre otras. Gráfico 21



Fuente: Concentrado de resultados

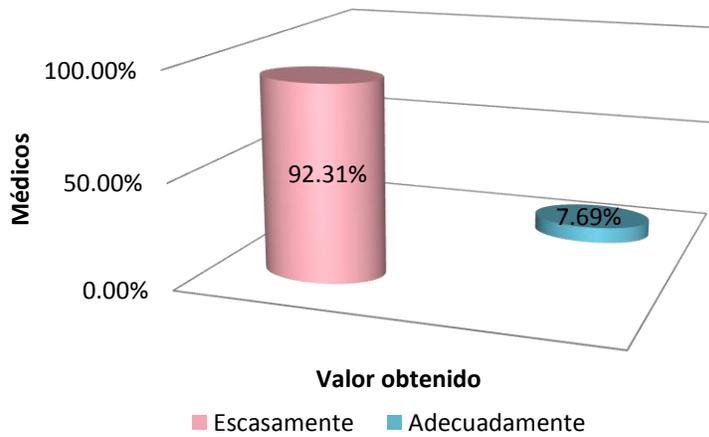
En la exploración de **en qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?** Encontramos que 23 médicos (88.46%) lo realiza **escasamente**, al no indagarlo, o solo si sale en la conversación y 3 médicos (11.54%) lo realiza en una forma **adecuada** con acciones activas, con preguntas tales como ya se checo su azúcar, desde cuando tiene ese peso, ya se hizo el Papanicolaou. Gráfico 22



Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar **¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?**; habilidad que permite ratificar si los motivos de consulta del paciente son los que realmente ha expuesto o hay otros. Debe dar la oportunidad al paciente de corregir, cualquier mal entendido; en este estudio se encontró que 24 médicos (92.31%) no realizan un resumen de la información que ha obtenido del paciente lo que lo clasifica en **escaso** al no indagar más información y solo 2 médicos (7.69%) lo realiza **adecuadamente** al realizar una comprobación de las demandas del paciente. Gráfico 23

**Gráfico 23. En qué medida el profesional resume la información obtenida por el paciente**

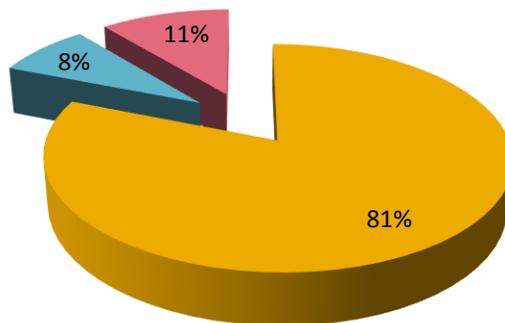


Fuente: Concentrado de resultados

En relación al área 2 donde evaluamos si el médico identifica y comprende, en forma global encontramos que: 21 médicos (81%) lo realiza en forma escasa, 3 médicos (11%) lo realiza en una forma adecuada y 2 médicos (8%) lo realiza muy bien. Gráfico 24

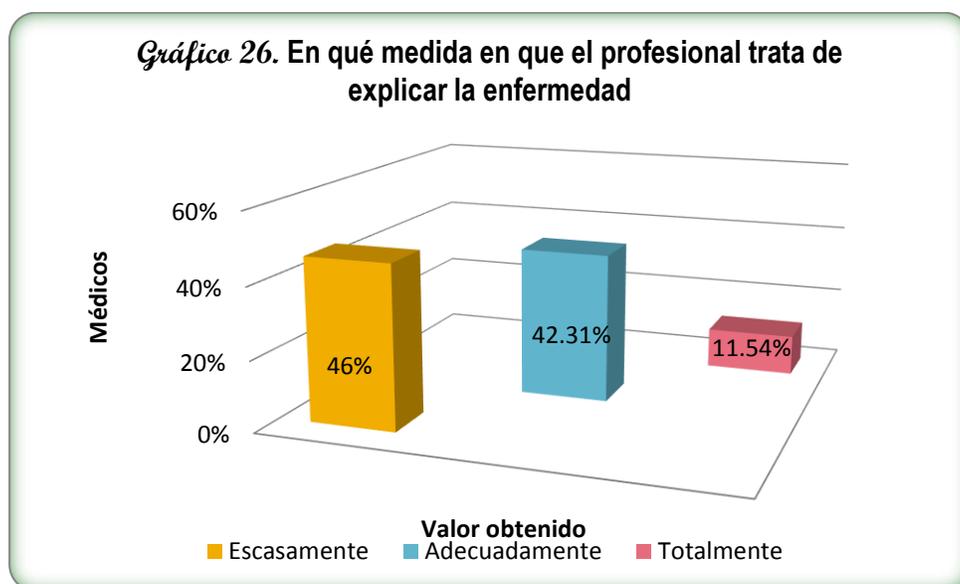
**Gráfico 24. Tarea 2 Identificar y Comprender**

Escasamente    Adecuadamente    Totalmente



Fuente: Concentrado de resultados

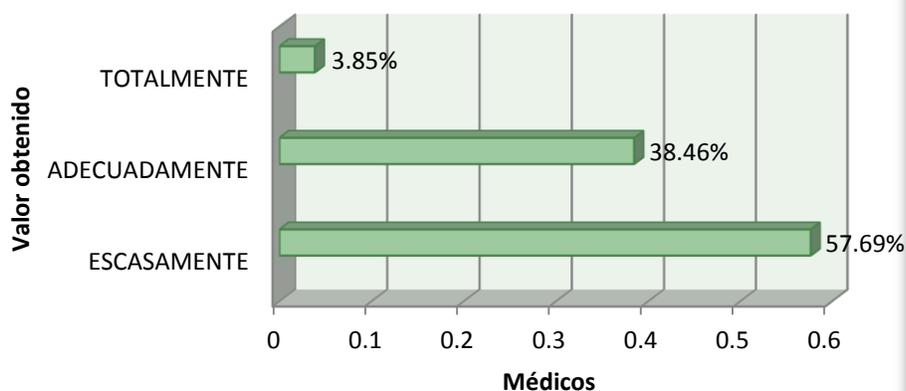
En cuanto a la tarea 3 y 4 acordar y ayudar a actuar; al valorar **en qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?**, en este estudio se encontró que 12 médicos (46.15%), no informa en absoluto del proceso o el síntoma principal presentado por el paciente, catalogándolo como **escasamente** a su vez 11 médicos (42.31%) informa en forma somera con comentarios como: “tiene una infección en la garganta”, tiene una infección en el estómago”, “esto es por su descontrol de diabetes”, etc; encasillándolo como **adecuadamente**. Y solo 3 médicos (11.54%) da una información más detallada del padecimiento, con explicaciones más explícitas como origen del problema, como se va a desarrollar y que se debe hacer, quedando como **totalmente**. Gráfico 26



Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar **En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?** Se encontró que 15 médicos (57.69%) lo realizan **escasamente** con una esclarecimiento mínimo como por ejemplo “Tome esto y vera que se sentirá mejor” “Tenemos que mandarlo con el especialista”, etc. Se realiza **adecuadamente** por 10 médicos (38.45%) al aclarar en una forma detallada el motivo por el que se indica tal medicamento, y como va a favorecer. Y solo el 3.85% lo realiza totalmente al dar una exposición más completa de la enfermedad. Gráfico 27

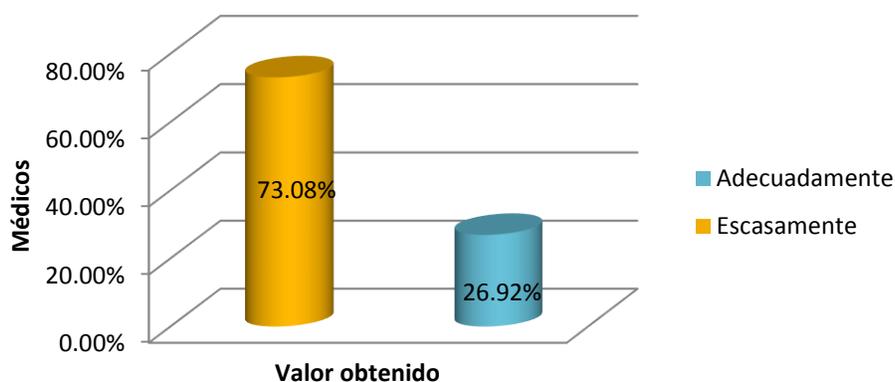
**Grafico 27. En qué medida el profesional explica sobre la evolución que puede seguir la enfermedad**



Fuente: Concentrado de resultados

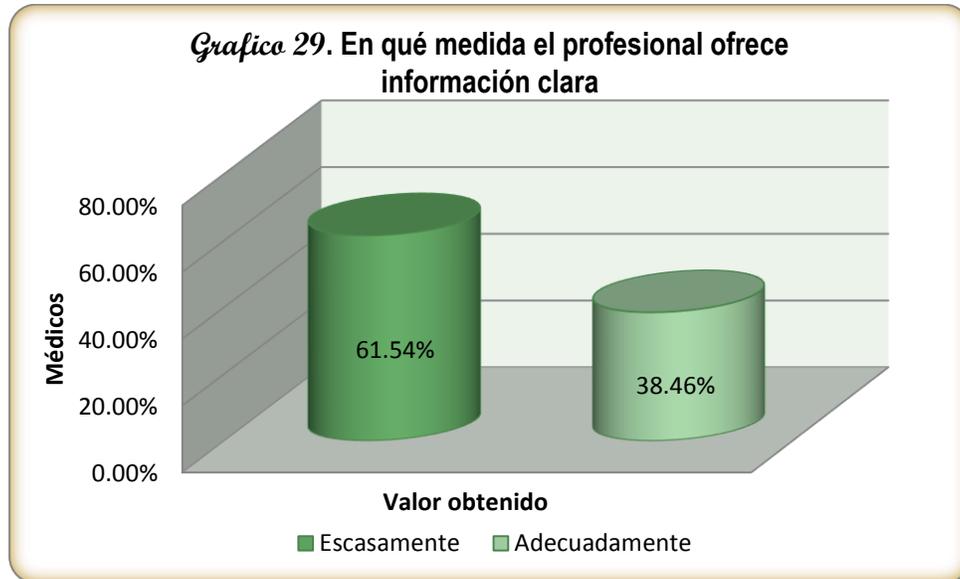
Al analizar **¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?**, se encontró que 19 médicos (73.08%) lo hacen escasamente al no tener una adecuada bidireccionalidad, al no ofrecer una información adecuada a los problemas y necesidades del mismo. Y 7 médicos (26.92%) presenta una bidireccionalidad **adecuada** al explora lo que el paciente sabe de su enfermedad y las dudas que tiene al respecto. Gráfico 28

**Grafico 28. En que medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades del paciente**



Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar, **en qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?**, encontramos que 16 médicos (61.54%) lo hace en forma **escasa** al dar una información poco clara, dado que utiliza muchos tecnicismos, además de dar una explicación rápida. 10 médicos (38.46%), lo realiza de forma **adecuada**, caracterizada por palabras comprensivas, así como una explicación detallada. <sup>Gráfico 29</sup>

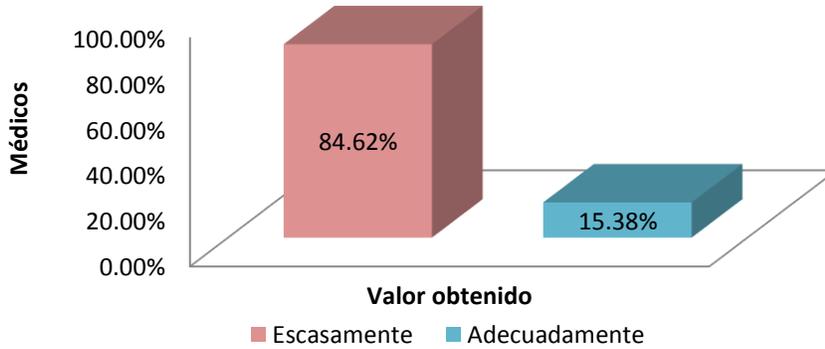


Fuente: Concentrado de resultados

Lo ideal es que el médico informe sobre las opciones que existen para su manejo, sin embargo en el presente estudio al evaluar **En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo** visualizamos que 22 médicos (84.62%), lo hace de forma **escasa** al no ofrecer al paciente la oportunidad para participar en la toma de decisiones, comportándose de manera autoritaria e indicado solo la terapia a seguir y 4 médicos (15.38%) lo realiza en forma **adecuada**, al explicar las posibles opciones e invitarlo a que el paciente forme parte de esta decisión. <sup>Gráfico 30</sup>

30

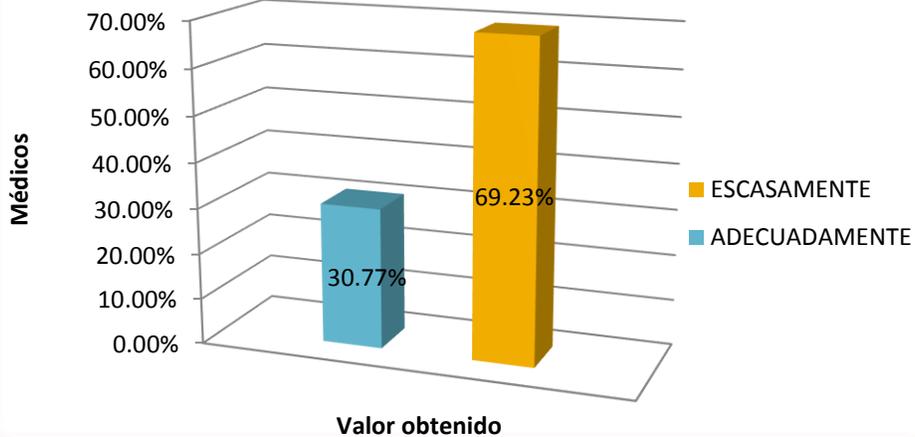
**Grafico 30. En qué medida el profesional da oportunidad al paciente en la toma de decisiones**



Fuente: Concentrado de resultados

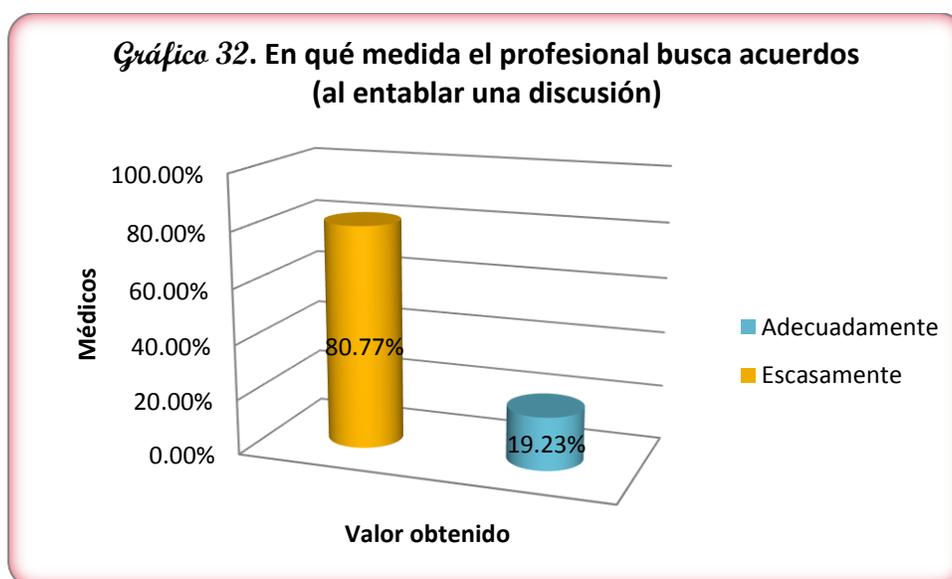
**¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?**  
 Se encontró que 18 médicos (69.23%) lo realiza en forma **escasa** al comportarse en forma directiva; al cortar al paciente si hace preguntas, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando sus dudas, problemas u opiniones. Y 8 médicos (30.77%) lo realiza en forma **adecuada**; facilitando al mismo hacer preguntas y resolverlas en conjunto. Gráfico 31

**Grafico 31. En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas**



Fuente: Concentrado de resultados

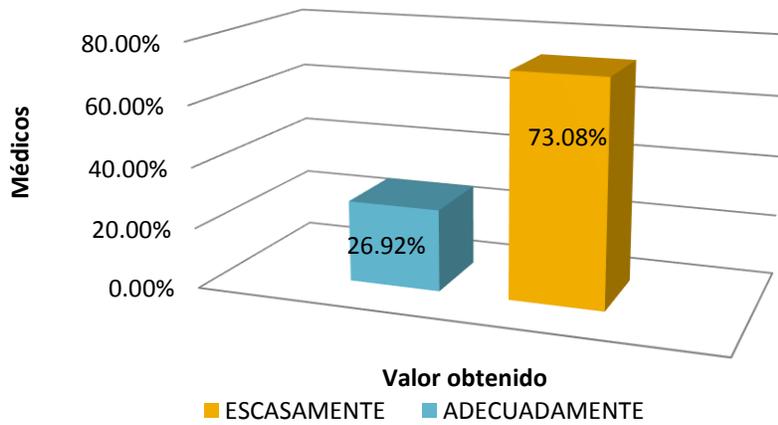
Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)? Se encontró que 21 médicos (80.77%) no explora las expectativas del paciente al tener una diferencia de conceptos, sin esforzarse a dar explicaciones e impone manejos, clasificándose como escasa. 5 médicos (19.23%) restante da una respuesta evaluativa o explora creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, con actitudes de escucha, clasificándolo como adecuado. Gráfico 32



Fuente: Concentrado de resultados

Al evaluar ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada? se encontró que 19 médicos (73.08%) no se preocupa por saber si el paciente entendió la información, o indaga poco con preguntas como “¿entendió?”, pero sin esperar una respuesta, clasificándolo como **escaso** y 7 médicos (26.92%) lo realiza en forma **adecuada** al hacer preguntas como “¿entendió?”, “Me puede explicar lo que le dije”, etc. y espera respuesta por parte del paciente. Gráfico 33

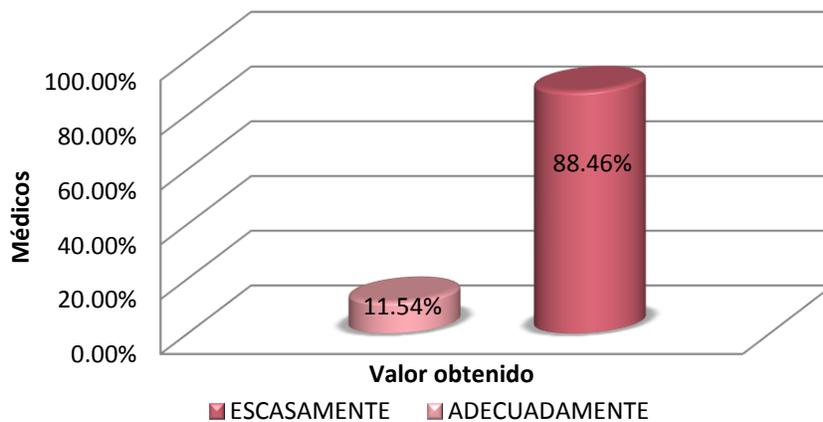
**Grafico 33. En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada**



Fuente: Concentrado de resultados

**¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir,** En este estudio se encontró que 23 médicos (88.46%) lo hacen escasamente al solo imponer lo que el paciente debe hacer o con preguntas como "¿cree que lo pueda hacer?, sin esperar respuesta y 3 médicos (11.54%) al investigar con comentarios como "Le voy a mandar esto y esto, ¿qué le parece?", o "Podemos hacer esto y esto otro, ¿qué opina?"; ambas opciones pueden seguirse de "¿Cree que lo podrá hacer?", o "¿Qué puede hacer más fácilmente?", o "¿Qué cree que es más factible para usted?". Gráfico 34

**Grafico 34. El profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente**



Fuente: Concentrado de resultados

En cuanto a la tarea 3 y 4 acordar y ayudar a actuar, en forma global, se observó que 24 médicos (92%) lo hace en forma escasa y 2 médicos (8%) lo realiza de una manera aceptable. Gráfico 35



Fuente: Concentrado de resultados

## DISCUSION

---

Como menciona Finlay<sup>43</sup> el dominio del interrogatorio concierne a todo médico clínico, es decir, a todo médico que en su trabajo profesional atiende a pacientes de manera personal y continua, asumiendo con ellos el diagnóstico, tratamiento y seguimiento; en la presente investigación se pudo identificar que en la tarea 1 (conectar), como elemento determinante para contribuir en una buena comunicación con el paciente, esta es adecuada al inicio de la consulta de los médicos del primer nivel de atención del Hospital Issemym Zumpango, debido a que realizan un buen recibimiento del paciente, muestran amabilidad o cortesía, sin embargo conforme transcurre la consulta, ésta se va deteriorando, un ejemplo de ello puede observarse cuando el médico realiza el registro de la nota médica, rompe la comunicación con el paciente al presentarse períodos largos de silencio y el desvió de la mirada, para el paciente se puede interpretar como que no se le toma en cuenta, y ello condicionar que no exprese puntos clave para hacer un mejor diagnóstico biopsicosocial y por lo tanto un mejor tratamiento integral.

En un estudio sobre médicos de atención primaria, Levison y Roter <sup>44</sup> (1995) observaron que los médicos con capacitación en habilidades comunicativas y mayor orientación psicosocial tendían a ser más empáticos en sus consultas, proporcionaban más información psicosocial, estaban más abiertos y participaban activamente al responder a las preguntas de sus pacientes. Jenkins y Fallowfield<sup>45</sup> (2002) mostraron que las habilidades comunicativas estaban asociadas a la actitud de los médicos respecto a temas psicosociales. En este estudio observamos que los médicos muestran poca empatía con el paciente, al no percatarse del estado de ánimo del mismo y con ello generar, que no se identifiquen las emociones de los pacientes, la fuente de las mismas y por ello, no pueden responder de manera que le demuestren al paciente entender su verdadera problemática (padecer).

Fabián Vitolo <sup>46</sup>, menciona que en estudios acerca de los estilos de entrevista, se encontró que los médicos interrumpían a los pacientes a los 18 segundos promedio de que estos comenzaban a hablar. Solo el 2% de los pacientes tuvieron la oportunidad de completar lo que quería decir y aproximadamente dos tercios de los pacientes solo pudieron expresar una preocupación antes de ser interrumpidos. Situación semejante se observa en este estudio, dado que la mayoría de los médicos, realiza preguntas sin esperar respuesta, o distrayéndose con otras actividades, sin dar seguimiento a lo preguntado.

Maguire y Pitceathly<sup>47</sup> hallaron las siguientes deficiencias en habilidades de comunicación de los médicos: es probable que obtengan solamente la mitad de las quejas y preocupaciones del paciente; que obtengan poca información sobre la percepción del paciente acerca de su problema o su impacto físico, emocional y social. En este estudio el médico realiza una investigación escasa del

pensamiento del paciente sobre el origen del síntoma (hasta en un 84.62%), en el mismo porcentaje no explora emociones y sentimientos que han provocado el síntoma.

Ashbury<sup>45</sup> y colaboradores en su encuesta de familia en Newfoundland detectan que hay deficiencias en identificar acontecimientos estresantes, necesidades psicológicas del paciente y en asegurar el compromiso del paciente en adherirse al plan de tratamiento acordado, observaciones parecidas a lo observado en este estudio, donde estos médicos del primer nivel de atención efectivamente demuestran carencias en habilidades comunicacionales y deficiencias en conocimientos de temas psicosociales, lo que genera incongruencias de diagnóstico y tratamiento.

## CONCLUSIONES

---

En la primer tarea a evaluar se puede visualizar que los médicos cuenta con habilidades tales como un adecuado recibimiento del paciente, se muestran con cortesía, y presentan un adecuado cierre, sin embargo presentan una deficiencia al realizar el registro de la nota médica y no realizan empatía con el paciente.

Así mismo en el área 2, donde podemos analizar que los médicos cuenta con gran habilidad para facilitar el discurso, realizan preguntas abiertas básicas, sin embargo en el ámbito psicosocial, muestran una gran carencia al no mostrarse reactivos, no captar las pistas que el paciente les proporciona, sin indagar en la idea que tiene el paciente acerca del origen de su sintomatología, escasamente evalúa el estado anímico del paciente y las que emociones le provoca toda esta problemática, si se agregan fenómenos estresores. Así mismo realiza actividades mínimas de prevención y resume en igual proporción. No investiga en qué manera afecta el síntoma en su entorno familiar, social y en su vida diaria así como qué expectativas tiene el paciente respecto a la consulta que se le está proporcionando.

Y por último en las áreas 3 y 4 de como el paciente y el médico llegan a acuerdos, se encuentra una buena habilidad al explicarle al paciente el proceso salud enfermedad, en menor proporción la evolución de la misma, sin embargo da una información poco clara, así como no aclarar las dudas y no promueve que lleguen a acuerdos y por lo mismo no genera compromisos.

Por lo que podemos concluir que las habilidades de la comunicación por parte de los médicos del Hospital Regional Zumpango no se cumplen satisfactoriamente, que en su mayoría inician con una adecuada bienvenida, sin embargo con forme transcurre la consulta se pierden múltiples puntos clave en la esfera psicosocial.

Sin embargo al realizar el análisis de nuestros resultados, podemos identificar que la escala con la que evaluamos se encuentra con carencias dado que no especifica una escala numérica para evaluar al médico y por ello no se puede especificar una calificación global.

Por todo esto, se recomienda la realización de programas de formación específica, sobre habilidades de comunicación, para generar un mejor vínculo entre médicos y pacientes, con un compromiso por parte de los directivos, para autorizar los medios que esto condicione.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

1. Guido B.R. (Nov 2005) La relación médico paciente y su actual encuadre legal. Revista Biomédica p.16-23
2. Fernández V.J.A. (2005) Relación médico paciente estructura del concepto. Rev Med Honduras 73:93-94
3. Girón M, Begoña B, Medina E, Simón T.M. (Sept 2002) Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública 76:561-574
4. Barbado A, Aizpiri D, Cañones G, Fernández C, Goncalves E, Rodriguez et al (2005) Aspectos históricos antropológicos de la relación médico-paciente. Habilidades en salud mental 70:31-36
5. Mardomingo S.M (Nov 2008) El vínculo con el paciente como clave de curar. Seminario sobre relación médico paciente en pediatría p1-6
6. Gómez E.R (2002) El médico como persona en la relación médico paciente. 1era edición Ed Fundamentos p.41
7. Sánchez G.J. (ene-marzo 2007) La relación médico paciente. Algunos factores asociados que afectan. Revista CONAMED V12, No. 1 p 20-28
8. Torres R. (sept 2006) Las dimensiones éticas de la relación médico paciente frente a los esquemas de aseguramiento. XIII Curso OPS/OMS-CIES. Legislación de salud México DF p 1-7
9. Frank a. (2005) La información en la relación médico paciente, Neurología 1:2-3
10. Machado RC (Dic 2010) La relación médico paciente. De la verticalidad a la horizontalidad, p1- 8
11. De la Uz H. M, (2010) La relación médico paciente y su panorama actual. Bioética p 21-25
12. Facchini M (2004) Cambio de conductas en tratamiento de larga duración en la relación médico paciente. Medicina de Buenos Aires 64:550-554
13. Lifshitz A. (2003) La relación médico paciente en una sociedad de transformación. Acta Médica V1 N1 p 59.66
14. Libros virtuales intramed Modelos de relación médico paciente [www.intramed.net](http://www.intramed.net)
15. De la Fuente J.R. (2008) Psicología Médica. Ed Fondo de cultura económico
16. (21)
- 17.
18. Wwintramed.net. Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico paciente
19. Erroteta J.M (2009) Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos. Norte de salud mental No.33 p 67-72
20. Bagnulo S.B. (2003) Agresividad y transferencia negativa. Revista Uruguay de psicoanálisis. 97:50-59
21. HoughM (1996) Técnicas de Orientación Psicológica ed Narcea

22. Serrano G.M. (2002) La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud Ed. Días de Santos 2da. Edición p:227-228
23. Boschan P. (2012) Transferencia y contratransferencia. Temas de psicoanálisis N.1 p 1-12
24. Cid M.L. (1988) Implicaciones de la contratransferencia positiva unánime en los coterapeutas a grupos p 1-7
25. Alcorta G.A., González G.J, Tavitas H.S, Rodriguez L.F, Hojat M (Oct 2005) Validación de la escala de empatía médica de Jeferson en estudiantes de medicina Mexicana
26. Lugo C.H. (s.f.) Empatía e intersubjetividad. Modelo fenomenológico de la relación médico paciente
27. Bohorquez F. (Jul-Dic 2004) El diálogo como mediador de la relación médico paciente. Revista electrónica Vol 1 No. 1 p1-18
28. Braghetto I, Baroti P, (Oct 2007) Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad. Rev Chilena de cirugía Vol.54 No. 5 p 385-392
29. Huerta
30. Hernández T, Fernández O, Irigoyen C, Hernández H (2006) Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar. Archivos en medicina familiar Vol. 8 (2) p 137-143
31. Torio D.J, García T.M, (1997) Relación médico paciente y entrevista clínica I: opinión y preferencia de los usuarios. Atención primaria 19(1) 44-60
32. Tates K, Meeuwensen L. (2001) Doctor-parent child communication. A review of the literature. Soc Sci 52(6) 834-851
33. Cid S.M, Carvajal T.A, Freiria T, (2008) Entrevista clínica: modelos teóricos y un poco de practica Cad Aten Primaria V15 P 167-171