

UACM

**Universidad Autónoma
de la Ciudad de México**

Nada humano mes es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN COMUNICACIÓN Y CULTURA

**“La comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica
No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad
terminal (cáncer). Una comunicación en crisis.”**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
COMUNICACIÓN Y CULTURA

PRESENTA:

Mario Ramón Barranco Trejo

Directora del trabajo recepcional

Dra. Graciela Martínez Matías

México, D.F. Enero, 2014.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

Primeramente, quiero agradecer a mis padres y mi familia, que me apoyaron durante este tiempo en la culminación de mi carrera. A mi pareja, Paola Ramos, que también estuvo presente en este logro.

A mi directora de tesis, la doctora Graciela Martínez Matías, que con su esfuerzo le dio forma a esta investigación. A los profesores: Ruth Guzik Glantz, Maribel Reyes Calixto, Martín Hernández González, Octavio Serra Bustamante, por ser parte de importante de mi trabajo.

También, agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, y al Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal por el apoyo otorgado en el desarrollo de mi tesis.

De igual forma, le doy las gracias al personal médico del programa AMED-ADEC, por todas las atenciones brindadas para la realización de esta investigación. Y sobre todo, a los pacientes, que cordialmente y a pesar de su estado de salud, me ofrecieron su apoyo ¡Muchas gracias a todos!

La comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad terminal (cáncer). Una comunicación en crisis.

Índice

Introducción.....3-8

Capítulo 1 La situación del cáncer en México

1.1 Morbilidad del cáncer en México..... 9-14

1.2 Definición del paciente con enfermedad terminal.....14-20

1.3 Antecedentes de las clínicas de atención al enfermo terminal.....20-28

1.4 Los servicios de salud en México.....28-34

Capítulo 2 La comunicación interpersonal en la relación médico-paciente.

2.1 Comunicación verbal.....34-40

2.2 Comunicación no verbal.....40-45

2.3 Comunicación interpersonal.....45-53

2.4 La comunicación en los servicios de salud.....53-60

Capítulo 3 Factores que deterioran la relación médico-paciente.

3.1 Relación médico-paciente.....60-67

3.2 Crisis de la comunicación entre médico y paciente.....67-75

3.3 La tecnología en la medicina ¿La beneficia o la afecta?.....76-81

3.4 La burocratización y mercantilización del trabajo médico.....81-89

3.5 Bioética y medicina.....89-95

Capítulo 4 La comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad terminal (cáncer).

4.1 Metodología.....95-100

4.2 Análisis de las entrevistas.....100-125

4.3 Conclusiones.....125-129

Bibliografía.....130-133

Anexos.....134-196

Introducción.

El presente trabajo de tesis titulado “La comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad terminal (cáncer). Una comunicación en crisis.” Tiene como objetivo principal identificar cuál es el proceso de comunicación en la relación médico-paciente. En específico, esta investigación tiene la finalidad esclarecer los principales problemas que obstaculizan el diálogo entre el personal de salud y los enfermos en fase final.

La idea de realizar este estudio, surge a raíz del reportaje hecho en la materia de periodismo literario de investigación, en donde se tuvo el primer acercamiento con pacientes terminales, en el cual se abarcó el tema del cáncer terminal, visto desde un enfoque periodístico, orientado básicamente al aspecto emocional y al sentir de los enfermos que se encontraban en los últimos días de vida.

En esta indagación, se observó que la gran mayoría de los pacientes y sus familiares, no tenían la suficiente información por parte de los médicos, para saber el diagnóstico real del enfermo, y sobre todo la comunicación entre ambas partes era muy escasa. Y este suceso fue de lo que más se quejaron los pacientes.

Por tal motivo, es conveniente realizar esta investigación porque nos permitirá estudiar un fenómeno social que sucede dentro del contexto médico, para así poder describir el tipo de comunicación que se lleva a cabo entre el personal de salud y los pacientes terminales, a través de su programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC) en el Hospital General de Zona No. 47. Además deseo descubrir ¿Por qué se atiende en su domicilio, a los pacientes con enfermedades terminal?

La falta de comunicación en la relación médico-paciente, es una problemática que difícilmente se toca dentro de la sociedad mexicana por resultar de poco interés. De manera particular, es importante identificar si el índice de mortalidad tiene que ver con una atención indebida, producto del escaso diálogo.

Conocer el tipo de comunicación que se lleva a cabo en la relación galeno-enfermo, otorgará a la investigación los datos necesarios para identificar los principales factores que la deterioran a. Lo que en un futuro permitirá, realizar un diagnóstico preciso

basado en los aportes de ambos, derivados de un diálogo óptimo que ayude a brindar una mejor atención y calidad de vida a los pacientes terminales.

Así mismo, en la investigación se pretende analizar este problema social, que visto desde la perspectiva comunicativa, representa un severo inconveniente para los inscritos a los servicios de salud en México. Porque si los médicos no utilizan la comunicación, como una herramienta para dialogar con los pacientes, los conflictos seguirán acrecentándose.

De igual forma, el desarrollo y planteamiento de este estudio se basa en la interrogante principal que otorga la relevancia al mismo. Esta pregunta es la siguiente: ¿Cuál es el tipo de comunicación preexistente entre médicos y pacientes?

Si bien, las respuestas a la misma, pueden ser diversas, se pretende que con ellas, se obtengan los datos necesarios para poder establecer cuál es la comunicación que tiene el personal de salud con los enfermos, al mismo tiempo que se analizará hasta qué punto la inexactitud de la misma repercute en la atención que reciben los pacientes. Y por consiguiente, la relación médico-paciente, atraviesa por una etapa de crisis.

Ante esta situación, la comunicación que se tiene con los pacientes resulta fundamental a la hora de instaurar el primer contacto con ellos, por qué las palabras que se utilizan y sobre todo el cómo se dicen las cosas, resultan determinantes para poder comunicarse con los pacientes, debido a la situación que se encuentran. Tomando en cuenta que los principales inconvenientes que existen entre ambas partes son por la posible falta de comunicación.

Este escenario se ha vuelto un serio problema en las instituciones médicas, debido entre otras cosas, a que el personal de salud utiliza un lenguaje cargado de tecnicismos poco entendibles para los enfermos. Aunado a otra dificultad, y es el hecho mismo que los médicos nos están capacitados desde su preparación académica para utilizar la comunicación como una herramienta de conversación efectiva con el paciente.

Si bien es cierto que a lo largo de la carrera de medicina, a los estudiantes se menciona la importancia que tiene el diálogo con los pacientes, en la práctica nunca se les enseña el cómo utilizar la comunicación. Esto fue algo que se constató, al momento de cuestionar al personal de salud del programa AMED-ADEC, sobre: ¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo? A

lo que la gran mayoría respondió que académicamente les dicen que siempre se debe tener una buena comunicación con los enfermos, pero no les mencionan como hacerlo. Es decir lo que se hace es transmitirles la información necesaria sobre su enfermedad. No se toman en cuenta los aspectos emocionales y psicológicos que los enfermos presentan, solo se observa la parte biológica de los padecimientos de cada uno de ellos, no interactúan entre sí.

Un ejemplo evidente del papel tan importante que tiene la interacción comunicativa en el contexto hospitalario, es que en los últimos años, y de acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), las principales demandas de los pacientes hacia los doctores, no tienen que ver con negligencia médica, o mala atención, sino que la gran mayoría de ellas se derivan de la poca comunicación que tiene el personal médico hacia los derechohabientes, lo que al pasar el tiempo, ocasiona el descontento y malestar en los enfermos al no saber explícitamente cual es el padecimiento real que los afecta.

Esta situación, más allá de resultar benéfica para las personas que acuden a recibir atención médica, contribuye al deterioro de la relación médico-paciente, y refuerza la siguiente hipótesis general planteada en el estudio: “La falta de preparación académica del personal de salud en el ámbito comunicativo, repercute en el cuidado clínico que reciben los pacientes.”

Ya que en nuestra sociedad, gran parte de los enfermos fallece al interior de las instituciones de salud, por lo tanto, es relevante estudiar la importancia que tiene la comunicación en el contexto médico, pero también es imperativo conocer el cómo se usa a la misma en ésta relación. La metodología que se utiliza en el estudio comprende: Metodología cualitativa y las entrevistas en profundidad.

Es preciso señalar que en un inicio se había optado por el método biográfico, y la entrevista a profundidad, como opción para llevar a cabo la investigación. Pero debido a los problemas suscitados durante el transcurso de ella, los procedimientos señalados con anterioridad no resultaron factibles, debido ante todo al fallecimiento de la paciente Catalina Ortega Evangelista, con la que ya se había tenido un primer acercamiento, para realizar un estudio de caso. De igual manera, Fernando Rodríguez Morales, murió poco después de haber pactado una segunda visita. Debido a esta situación que se presentó, se

optó por cambiar de las entrevistas en profundidad, al estudio etnográfico con entrevista semi-estructura.

No obstante, los inconvenientes como: falta de tiempo de los médicos, fallas técnicas en el transporte del hospital que se encarga de llevar al personal de salud al domicilio del enfermo, período vacacional de algunos doctores, y sobre todo, a la depresión sufrida en el desarrollo de la investigación, retrasó por casi ocho meses el estudio. Porque al no contar con una preparación previa para estar en contacto con pacientes terminales, y a las situaciones inesperadas de carácter emocional que se presentaron, entre los familiares de algunos pacientes, contribuyeron en el atraso de la misma.

Cabe mencionar, que ante las situaciones descritas, la tanatóloga Rosario Adams, contribuyó y asesoró, en el cómo se realiza una entrevista con un paciente terminal, mencionando que los elementos determinantes para estar frente a un enfermo que está al borde de la muerte, es en primer lugar, mirar siempre a la persona a los ojos. Ya que esto significa que existe el interés por el individuo, el cual nos permitirá entablar una conversación más directa con ellos. Además, también es importante lograr cierta empatía con los enfermos, para poder entender la situación por la que atraviesan, y así obtener una buena comunicación con los mismos.

El objetivo general del estudio sobre la comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes terminales, es el siguiente: “Analizar y describir cual es el tipo de comunicación que existe entre el personal médico y los pacientes con enfermedad terminal (cáncer). En el Hospital General de Zona No. 47 “Vicente Guerrero.”

En cuanto a los objetivos específicos de la investigación son: A) Identificar y describir cuales son los principales factores que impiden que la comunicación entre médico-paciente, se lleve a cabo de forma adecuada en el Hospital General de Zona No. 47 “Vicente Guerrero.” B) Investigar y analizar como la relación médico-paciente se ha deteriorado por la escasa comunicación. C) Describir y analizar cuál es la situación de los pacientes que padecen cáncer en México.

Los capítulos desarrollados en el estudio comprenden, en primer lugar, la situación del cáncer en México. En los cuales se habla sobre los índices de mortalidad de esta

enfermedad, que es a su vez la principal causa de muerte entre las mujeres. Ante esta realidad, autores como: Diego Palacio Betancourt, Roberto Vargas, Gabriela Escamilla Asiain, abordan el tema del cáncer, desde el punto de médico, así mismo se brinda una definición del concepto, y de los diferentes tipos de tumores que existen, para comprender aún más sobre este padecimiento que en los últimos años ha evolucionado y es uno de los principales factores de muerte en el mundo.

En el primer capítulo, también se abarca la definición de paciente terminal, descrita por: Marco Gómez Sancho, Mónica Vásquez Vetterlein, Elisabeth Kubler Ross. Además, de explicar los inicios de las clínicas de atención a los enfermos en fase final, que se originaron en la época de los sesentas por *Cecily Saunders*.

En el siguiente capítulo, en base a autores como: Herbert Blumer, Erving Goffman, Marta Rizo, se describirá el concepto, las características e importancia que tiene la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente.

Por su parte, Paul Watzlawick, Wilbur Schramm, entre otros, demuestran con base en teorías de la comunicación humana, que esta dispone de otros componentes, y puede ser interpretada de distintas formas. Debido a que en el proceso de comunicación, los mensajes emitidos tienen varios significados, es decir son polisémicos. Entendiendo que el lenguaje y sus características, se compone por un sistema de signos que permite a los individuos comunicarse entre sí.

También en el segundo capítulo, se habla sobre la trascendencia que tiene la comunicación no verbal en los servicios de salud, de acuerdo a autores como: Flora Davis, Allan Pease, Ray Birdwhistell.

En el tercer capítulo, se define el concepto de la relación médico-paciente, y se mencionan los factores que influyen para que ésta atreviese por una crisis, de acuerdo a: Alberto Lifshitz, Pedro Laín Entralgo, y Horacio Jinich.

Cabe señalar, que también se exponen los principales factores que deterioran la relación médico-paciente, y uno de ellos, es el hecho de que el personal de salud no puede hablar con libertad dentro de las instituciones clínicas. Esto es mencionado por Michel Foucault.

Así mismo, con la ayuda de autores como: Pierre Bourdieu, Zygmunt Bauman, Max Weber, se demuestra el cómo la salud se ha burocratizado y mercantilizado,

afectando a los derechohabientes, convirtiéndose este hecho en un factor que deteriora la relación galeno-enfermo. En este capítulo, también se explica, como la tecnología ha transformado el trabajo médico, convirtiéndose ésta, en una causa más que afecta la comunicación entre doctores y enfermos. Ya que la utilización indebida de los avances tecnológicos, ocasionan un sufrimiento innecesario a las personas.

En el cuarto capítulo, que comprende la metodología utilizada en el estudio, se analizarán las entrevistas realizadas, tanto a enfermos terminales como al personal de salud del programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC) en el Hospital General de Zona No. 47. Todo ello con la finalidad de identificar el tipo de comunicación que existe entre ambas partes, y establecer los parámetros que permitan señalar las causas que deterioran el diálogo en esta relación.

Este estudio es relevante e imperativo, porque aborda un problema de salud pública poco visto desde la comunicación al cual no se le otorga el interés correspondiente.

Si bien el tema de la comunicación en la relación médico-paciente, se ha manejado con anterioridad por autores como: Pedro Laín Entralgo, Horacio Jinich, Alberto Lifshitz, entre otros. En los estudios realizados por los mismos se plantea la problemática que se tiene con los enfermos al no tener un buen diálogo con los doctores. Pero sólo se menciona el cómo esta falta de interacción afecta a ambos, no se menciona el inconveniente principal que tiene la gran mayoría del personal de salud, y es que poseen una formación académica estrictamente dirigida para dar solución a las enfermedades biológicas, es decir no se le prepara de forma adecuada para comunicarse con los pacientes. Su preparación en cuanto al estudio de la comunicación es muy superficial. De ahí radica el factor principal que deteriora las relaciones humanas entre médicos y pacientes.

Capítulo 1 La situación del cáncer en México

1.1 Índices de morbilidad del cáncer en México

En México y el mundo el índice de muertes causadas por el cáncer ha ido en aumento. Por lo que este padecimiento durante los últimos años ha comenzado a tener una mayor significación para la población mundial, porque de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el número de individuos que fallecerán por este mal oscilará entre “los 10.3 millones de personas en el mundo para 2020, afectando a 6.7 millones de personas cada año.” Convirtiéndose, el cáncer en una de las principales causas de muerte en el planeta, y contrarrestar este hecho es de vital importancia para la ciencia médica, sobre todo porque los índices de mortalidad irán en aumento con el transcurso de los años. Ya que desde el 2008, es la principal causa de muerte en el mundo.

En nuestro país, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, además los enfermos que padecen una enfermedad terminal, generalmente son una población que no dispone de los recursos suficientes para pagar los tratamientos extremadamente caros para su padecimiento, se estima que el costo aproximado al año es de “100,000.00 hasta 10, 000,000.00,” aunado a este problema se suma la escasa disposición por parte del personal médico para optimizar una atención de calidad para los pacientes que sufren de cáncer. De acuerdo con el secretario de salud del Distrito Federal, Armando Ahued, (2012) mantener con vida el mayor tiempo posible a una persona en terapia intensiva en los hospitales públicos “cuesta al gobierno hasta 30 mil pesos diarios.”

Por tal razón en el presente capítulo, se abordará el tema del cáncer en México, presentando los índices de mortandad de ésta enfermedad, así como también definir el concepto y mostrar cuales son los tipos de cáncer más comunes. Además se definirá lo que es un paciente en fase terminal, sus derechos, y que instituciones ofrecen atención médica a este tipo de enfermos, terminando con los servicios de salud en nuestro país.

Una de las enfermedades considerada como mortal dentro del contexto médico, además de ser uno de los padecimientos más temidos no sólo de la sociedad en México sino mundial, es el cáncer, esta palabra tiene un significado distinto para cada persona, pero casi siempre estará asociado con la muerte.

En nuestro país esta enfermedad, y de acuerdo con datos proporcionados por la Secretaría de Salud (SSa), crecerá y se estima que “en los próximos 30 años se va atender más del doble de pacientes con esta enfermedad, uno de cada tres mexicanos padecerá cáncer.”

Por su parte el titular de la Secretaría de Salud (SSA), Salomón Chertorisvski (2011) considera que las muertes ocasionadas por esta enfermedad, aumentará relativamente entre la sociedad mexicana, destacando entre otras cosas lo siguiente:

1. “El cáncer es la tercera causa de muerte en el país, después de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.”
2. “Más de 100 mil personas son diagnosticadas con cáncer cada año.”
3. “Cada año aparecen 128 mil casos nuevos de personas con cáncer.”
4. “En México, al año mueren más de 70 mil personas.”
5. “El cáncer más frecuente entre los mexicanos es el de pulmón y próstata, mientras que en las mexicanas es el cáncer cervico-uterino y de mama.”

La historia de esta enfermedad no es nueva puesto que se cree que ya desde hace varios siglos se tenía conocimiento del cáncer, “Hipócrates (460/360 a. C.), cuyo nombre es sinónimo de la profesión médica a lo largo de un buen trecho de la historia humana, crea los conceptos de enfermedad natural y describe, basándose en la observación del enfermo, tumores de piel, mama, estómago, cérvix uterino y recto. Creó el término de metástasis y también nombro al cáncer de matriz.”¹

Si bien, el cáncer no es un padecimiento relativamente nuevo, es de tomarse en consideración el progreso y que cada año se diagnostican alrededor de “siete millones de nuevos casos,” el aumento y proliferación de este padecimiento, quizás se deba a la llegada de la *Revolución Industrial*, que dio paso a una nueva era y estilo de vida, donde la industrialización y mecanización del hombre fue el modelo a seguir en la mayor parte del mundo.

La aparición de nuevas tecnologías y la pronta urbanización de las ciudades, crearon una civilización moderna, expuesta en mayor medida a varios agentes cancerígenos como: los químicos industriales, la contaminación ambiental (agua, tierra, aire, etc.) comida saturada en grasas y a base de conservadores. En consecuencia la

¹ Senra Varela, A. *El cáncer: Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*, Ediciones Harcourt, España, 2002, Pp. 2

evolución del cáncer, y su mayor índice de mortalidad entre la población es resultado de estos factores.

Sin embargo, a pesar de que el cáncer es un problema de salud a nivel mundial, el número de muertes por ésta no es igual en todas partes del globo terráqueo. “En los países desarrollados, el 67% de los enfermos con cáncer de sexo masculino y el 60% de los de sexo femenino han de fallecer como consecuencia de esa enfermedad; en los países en desarrollo esas cifras son mucho más elevadas. De los ocho tipos más comunes de cáncer, cinco de ellos son más prevalentes en los países en desarrollo.”² Estas diferencias entre un país y otro, es efecto de las deficiencias que se tienen en la estructura de los sistemas de salud en los países en vías de desarrollo, aunado a los pocos recursos económicos y humanos en la prevención destinados para el control de esta enfermedad, pero no sólo eso, sino que también la escasa información que se tiene para prevenirla, sumado a una forma de vida sedentaria, alimentación deficiente, exposición en exceso a varios contaminantes, son quizás el detonante perfecto para sufrir este mal con mayor frecuencia dentro de las poblaciones subdesarrolladas.

El cáncer “no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos.”³ Es decir, que el desarrollo desordenado de las células del cuerpo da origen a dicho padecimiento, y cualquier célula del cuerpo al dividirse crea una copia exacta de ella, este proceso ocurre de igual manera con las del cáncer, sin embargo, al ser una división irregular provoca un abultamiento corporal conocido como tumor. De los cuales existen dos tipos: los tumores “benignos y los malignos.”

La diferencia entre uno y otro radica principalmente, en que los primeros son un tipo de cáncer “localizado”, es decir que las células de éstos, crecen lentamente, no afectan otras partes del organismo y no se propagan a otras partes del cuerpo, por esta razón su eliminación es más rápida y en la mayoría de los casos no vuelven a aparecer.

² Escamilla Asiain, Gabriela, *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer*, Organización Mundial de la Salud, España, 1990, Pp. 11-52

³ Palacio Betancourt, Diego, *El cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*, Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2004, Pp. 8

No obstante, cabe señalar que tiene de benigno tener un tumor en una parte del cuerpo como lo puede ser el cerebro, donde no se puede irradiar o proporcionar un método curativo que no dañen el órgano afectado sin dejar efectos indeseables para los pacientes.

No así, para los tumores malignos, los cuales su característica principal reside en que las células se desarrollan con mayor rapidez en contraste de los primeros, destruyen otros tejidos del cuerpo, y este tipo de tumor se propaga hacia otras partes del organismo, este proceso es conocido como “metástasis.”⁴

La “metástasis” es la diseminación del cáncer que se encontraba en un área del cuerpo hacia otra, es decir que las células de un tumor maligno han formado otro en un órgano diferente, por ejemplo, la tumoración que en un principio se localizaba en el hígado, al propagarse sus células origina que se establezca uno nuevo, ya sea en el estómago o en otra región.

El cáncer como otras enfermedades se puede clasificar en varios tipos dependiendo de la zona en la que se localizan. “Existen los llamados carcinomas que son tumores sólidos que se desarrollan en los tejidos epiteliales, los sarcomas, que crecen en los huesos o el tejido conectivo. El tercer tipo corresponde a los linfomas que aparecen en el tejido linfático. Por último, conocemos las llamadas leucemias, originadas en el sistema sanguíneo.”⁵ La distinción entre un cáncer y otro será como se señalo el sitio donde se origina, en donde los síntomas, dolor, tratamientos variarán dependiendo de las características propias de cada cáncer, y a continuación se muestran las tipologías para cada uno en la siguiente tabla:

Diferentes tipos de cáncer.

Tipo de cáncer	Características
Cáncer de pulmón	El cáncer de pulmón es uno de los más comunes, y es una de las principales causas de muerte en la población adulta. Los fumadores tienen mayor riesgo de padecerlo.
Cáncer de esófago	Hay dos tipos de cáncer: el de las células escamosas y los carcinomas. Este último está muy ligado al hábito de fumar. Los tumores que aparecen cerca del estómago tienen relación con la enfermedad de reflujo gastroesofágico.
Cáncer de estómago	No se conoce la causa del cáncer de estómago, pero se supone que algunas comidas que son procesadas con humo y sales, como los pescados ahumados podrían tener relación.
Cáncer de colon y recto	El cáncer que afecta cualquiera de estos dos órganos también se llama colorrectal. Las personas que han padecido colitis ulcerativa crónica y aquellos que ingieren dietas ricas en grasas y pobres en calcio, folato (ácido fólico) y fibra, aumentan su riesgo de cáncer.
Cáncer de cabeza	Una causa común en este tipo de cáncer es el alcohol y el tabaco. Por lo general, son carcinomas de células

⁴ Vargas, Roberto, Cáncer de próstata: *Lo que todo hombre debe saber*, Mediterráneo, Chile, 2000, Pp. 23-50

⁵ *Ibíd.* 28

	escamosas, y estas células son comunes en boca, nariz, senos nasales y garganta.
Cáncer de hígado	El cáncer de hígado es una enfermedad en la que las células se vuelven anormales, crecen fuera de control y forman un tumor. Este tipo de alteraciones se llama hepatoma maligno o carcinoma hapatocelular.
Cáncer de próstata	El cáncer más frecuente es el adenocarcinoma. Es un cáncer que tiende a crecer muy lentamente.
Cáncer de seno	El cáncer de seno es el más frecuente en las mujeres. Hay dos tipos: el cáncer <i>in situ</i> y el invasivo.
Cáncer de ovario	En este caso, el carcinoma epitelial es el más común, se consideran como factores de riesgo una historia familiar de cáncer, el uso de medicamentos para la fertilización y la presencia de los genes BRCA1 y BRCA2.

Fuente: De la Garza Gutiérrez, Fidel, *Cáncer: Guía para médicos, pacientes y familiares*, Trillas, México, 2006,

Si bien, estos datos muestran las características principales entre los diferentes tipos de cáncer, la mejor forma de erradicar éste padecimiento, es la difusión de campañas de salud que ayuden a concientizar a las personas para que opten por medidas de prevención, de cómo cuidarse y detectar a tiempo la enfermedad. Todo ello realizado por los medios de comunicación en compañía de las instituciones de salubridad, para que en un futuro las muertes disminuyan.

Por otro lado, el cáncer es una enfermedad que no solo afecta a la persona que lo padece sino que también se ve perjudicada la relación entre el paciente y la familia, al respecto, lo primero que se daña es la comunicación, porque al familiar le resulta difícil poder interactuar con él, debido a que este padecimiento se asocia de manera directa con el término de muerte, entonces los sentimientos de culpabilidad e ira empiezan a surgir, al no concebir que un ser querido está a punto de morir, y sobre todo saber que no pueden hacer nada por ayudarlo.

Por lo que, el entorno familiar comienza a desintegrarse, los problemas de comunicación, económicos, y psicológicos, comienzan a hacerse más frecuentes con el transcurso de los días. Así lo señala Calixto Osorio Echavarrí, “me duele ver a mi mamá en esas condiciones porque nunca habíamos tenido un problema de esa categoría, hay que vivirlo para sentirlo. Uno no se siente con ganas de continuar por qué no se reúnen los requisitos monetarios. Yo creo que sí estoy preparado para el final, estoy consciente, pero es algo que me dolerá mucho y estamos a la espera de lo que sucederá”.

También uno de tantos obstáculos, que imposibilita a la familia dar un buen cuidado a los pacientes es la falta de tiempo de cada integrante, las actividades cotidianas que realizan los familiares del enfermo se convierten en un problema para él, porque algunos tienen que trabajar, estudiar, etc. Por lo tanto, el escaso tiempo presupone un impedimento, aunado a los horarios laborales y escolares que tienen los distintos familiares.

Aunado a ello, otro de los problemas que enfrenta el paciente, es que las familias se encuentran demasiado afectadas en lo emocional para atender y observar el cómo se va degradando, física y mentalmente la salud de uno de los suyos, no están preparados para ver como con el paso de los días, la salud del enfermo se va dañando, no saben a ciencia cierta lo que sucederá más adelante, el temor a lo desconocido y a la muerte se acrecienta.

En cuanto a lo económico, los gastos realizados por la estancia en el hospital, los altos costos de los medicamentos, y los tratamientos son un problema más, y la frustración que siente la familia por no poderle ofrecer los recursos necesarios, se traduce en un comportamiento de distanciamiento, debido al desgaste físico y emocional.

1.2 Definición del paciente con enfermedad terminal

A través de los años los seres humanos y sobre todo la ciencia médica han buscado la forma de curar enfermedades mortales como, el sida, cáncer, padecimientos crónicos degenerativos, diabetes mellitus, etc. Pero sobre todo encontrar una solución a las mismas, y no causarle un sufrimiento innecesario a la gente que las experimenta.

En la actualidad, los esfuerzos médicos por alargar la vida de las personas o minimizar el sufrimiento de las mismas cuando se padece una enfermedad terminal, origina graves daños de carácter emocional, tanto en el enfermo como en la familia.

El paciente terminal, al requerir de cuidados especializados, medicamentos, y tratamientos poco convencionales, su atención se vuelve compleja para el personal médico, que al no disponer de estos, opta en algunos casos a no ofrecer una atención adecuada. Porque “ante un enfermo potencialmente curable puede decirse que no existe tope de recursos técnicos, humanos y económicos, mientras que si es incurable se les niega casi todo.”⁶

Cabe señalar que la presencia de las patologías en su fase final durante los últimos años, se debe al continuo avance tecnológico que genera un aumento en el nivel de vida de las personas. Por lo que la aparición de los padecimientos crónicos degenerativos ha ido progresando en mayor número dentro de la sociedad actual, y el deceso por las mismas también.

⁶ Gómez Sancho, Marco, *Medicina Paliativa en la cultura latina*, Arán, España, 1998, Pp. 157

Clínicamente se considera como enfermedad en estancia final, a aquella que llevará hacia la muerte a los que la sufren, cuyo diagnóstico de vida no es superior a los seis meses, y los tratamientos no han mejorado su salud. Las enfermedades que con frecuencia son determinadas como terminales son: cáncer, sida, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, arteriosclerosis.

Un paciente en situación terminal es aquel que sufre una enfermedad que no tiene la posibilidad de ser curada por los médicos, y los tratamientos a los que es sometido ya no tienen ningún efecto en su cuerpo para contrarrestar su padecimiento, por lo que la muerte es inminente.

La doctora Mónica Cecilia Vásquez Vetterlein, define a un paciente terminal como “como una persona que está en una situación de muerte próxima e inevitable, por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y ante la cual hay falta de posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico (o sea la muerte es inminente).”⁷

Por su parte, para la filosofía de los *hospice*, el paciente que se encuentra próximo a morir, es quien ya no responde a las terapias de curación, los tratamientos ya no son efectivos para la prolongación de su vida, y el pronóstico de sobrevivir a la enfermedad es menor a los seis meses. De acuerdo con la definición que establece la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) un enfermo en fase terminal presenta los siguientes síntomas:

1. *Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.*
2. *Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.*
3. *Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.*
4. *Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.*
5. *Pronóstico de vida inferior a 6 meses.*

De cierta forma, el enfermar produce en los seres humanos varios cambios que, van desde un desequilibrio físico, inestabilidad emocional, hasta una crisis en la relación

⁷ Vetterlein, Mónica, (2008) “Responsabilidad médica ante el dolor de los enfermos terminales” Disponible en: www.Simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdm006.pdf (Fecha de consulta: 19 de marzo de 2011)

con el entorno que los rodea; el enfermo terminal en consecuencia exhibe otro tipo de perturbaciones, vive con un miedo constante ante la gravedad de su mal, no lo acepta, experimenta la desesperación de no poder hacer nada por salir de su situación, la inseguridad, la desconfianza hacia los otros se acentúa, el ánimo se ve mermado al no mostrar signos de recuperación, y la sensación de muerte se encuentra más presente. Ya que palabra cáncer tiene un significado distinto para cada uno, siendo la aceptación o no, un factor importante en la adaptación del padecimiento.

Al conocer el diagnóstico, cada persona tendrá una actitud diferente hacia el mismo. “En la enfermedad terminal, lo habitual es que el paciente recorra las etapas psicológicas que según *Kubler Ross* se producen después de la notificación del diagnóstico de terminalidad: de negación, de ira, culpabilidad, depresión y aceptación.”⁸ Las cuales se mencionan a continuación

1. La primera fase es la negación y aislamiento: en esta etapa el paciente al conocer su diagnóstico, no acepta el hecho que sufre una enfermedad, y que morirá, por lo que se aísla de su entorno social, familiar y laboral, sufren de angustia, miedo y dolor.
2. Segunda fase es la ira: El paciente presenta enojo y frustración con el mismo y con sus familiares. Resiente el hecho de que haya otros que permanecen vivos y cuentan con salud, mientras que él va a morir.
3. La tercera fase es la culpabilidad: En esta fase el moribundo, tiene culpa sobre sí mismo, porque sabe que si hubiese hecho algo a tiempo no estaría sufriendo esta enfermedad. Culpa también a las personas que lo rodean por no haberlo ayudado a diagnosticar su padecimiento con anterioridad.
4. La cuarta fase es la depresión: El paciente resiente en esos momentos los errores que cometió o las cosas que dejó de realizar, se abandona así mismo, ya no lucha, no solicita la atención del médico, por lo que se deja morir y solo espera el momento de su muerte.
5. La quinta fase es la aceptación: Kubler Ross la describe más como la resignación, es decir el paciente acepta su enfermedad como tal pero no la muerte, se encuentra

⁸ Kubler Ross, Elisabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1992, Pp. 57-71

a la espera de una solución asombrosa que lo pueda curar, y permanece en un estado total de indiferencia.

Los pacientes terminales son personas de diferentes edades que se encuentran al borde de la muerte, y hay que hacer una distinción de ellos, existen “niños, adolescentes, y adultos.”⁹

Los niños al no tener conocimiento del concepto muerte hasta después de los seis años, son pacientes que requieren una atención de acuerdo a su edad, aunque la enfermedad sea un tanto progresiva, el niño siempre se encuentra en un proceso de aprendizaje, en la que los juegos y el contacto físico son muy importantes en la etapa final de su vida.

No así, para el adolescente que al comprender el significado de morir, la llegan a aceptar como algo inevitable. Sin embargo, la ven ajena a ellos, para los jóvenes puede significar un escape para los problemas que los rodean, el inconveniente principal de los adolescentes radica en que la mayoría de los casos en las que se sabe la situación de su padecimiento, no tienen una buena relación con sus familiares, principalmente los padres, lo que ocasiona que el proceso de adaptación a la enfermedad resulte complejo.

En el caso de los adultos, la situación se torna aún más difícil, puesto que los individuos que tienen un cáncer en fase terminal, se encuentran en una época de la vida en donde hay muchas metas que cumplir y algunas se están concretando. Algunos estarán por casarse, con hijos. Por lo que la aceptación de muerte no está contemplada, y en el desarrollo de la enfermedad la separación de los seres queridos es la más difícil. Aunque es preciso señalar que la edad adulta tiene diferentes ciclos (30-60 años), la situación en alguna de ellas en torno al padecimiento varía de acuerdo al tiempo de vida en el que se encuentren.

Los enfermos terminales requieren de una atención especializada, y el establecimiento de una comunicación eficaz que les permita mejorar su calidad de vida para vivir sus últimos días con la mayor medida posible, dentro y fuera de los hospitales.

Se debe instaurar dentro de las instituciones médicas, antes que cualquier otro método clínico, especialistas en comunicación que otorguen las bases para lograr el

⁹ Behar, Daniel, *Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte*, Pax México, 2003, México, Pp. 61

entendimiento entre médico y paciente, para erradicar un sufrimiento innecesario a los enfermos.

Ya que en algunos casos “hay profesionales que están convencidos de que tratar a un enfermo terminal no es, en esencia, muy diferente a llevar a otro paciente que padezca cualquier otra patología crónica o aguda.”¹⁰ Para ciertos médicos, los pacientes con enfermedades en fase final, son como cualquier otro, aunque presentan determinados síntomas se les diagnóstica de igual forma, carece de sentido brindarles una asistencia especializada. Es por ello que para evitar este tipo de sucesos se establecieron dentro de las instauraciones hospitalarias los derechos del paciente terminal, mostrados a continuación.

Los derechos del paciente terminal

El paciente con una enfermedad terminal requiere otro tipo de cuidados, puesto que su mal es incurable, necesita una atención especial y el establecimiento de una relación interpersonal que beneficie la comunicación. En una atención médica de calidad es indispensable el entendimiento entre enfermo-profesional de la salud.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso la utilización de métodos alternativos que mejoren la calidad de vida de estos pacientes, siendo los Cuidados Paliativos la única opción real que les queda. Porque la medicina paliativa es destinada en la mayoría de los casos a individuos que ya no responden a los tratamientos clínicos, su objetivo principal no es el de curar, sino el de disminuir el dolor, y controlar los síntomas cuando ya no se tiene la posibilidad de recibir otro tipo de atención.

Los profesionales que ofrecen estos cuidados, reconocen que el enfermo que tienen enfrente no es como cualquier otro, primeramente tratan de reconocer las necesidades de cada uno, basándose en una comunicación recíproca y de confianza, que les permita detectar los problemas que afectan su salud, para disponer de soluciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Por lo que la Organización mundial de la Salud (OMS), menciona los siguientes derechos de los que deben gozar los pacientes:

¹⁰ Cornago Sánchez, Ángel, *El paciente terminal y sus vivencias*, Sal Terrae, España, 2007 Pp. 19

1. Recibir atención médica adecuada.

Los derechohabientes tienen el derecho a que la asistencia médica recibida por el personal de sanidad sea la más adecuada para su salud y, que por lo tanto cubra las necesidades requeridas por estos. Como también se le deberá mantener informado cuando sea canalizado hacia otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso.

Los profesionales clínicos, tienen la responsabilidad de respetar a sus pacientes, independientemente de las diferencias sociales que éste presente, su condición económica, sociocultural, preferencia sexual, de género, etc.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

El doctor por ley, debe mantener al tanto, a enfermos y familiares sobre la situación actual de su salud. Elaborar de forma correcta el diagnóstico clínico en donde informe al paciente las medidas a realizar en torno a su padecimiento, siempre y cuando la información vertida sea lo más veraz posible.

4. Decidir libremente sobre su atención.

Los familiares y pacientes, tienen el derecho de aceptar o rechazar con total autonomía los procedimientos clínicos a los que están siendo sujetos, si estar presionados por las instituciones o terceras personas, con el fin de garantizar la libertad de los mismos en cuanto a la asistencia hospitalaria.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

Los individuos o bien las personas a cargo, en los casos que sean necesarios, tienen la capacidad de expresar su consentimiento por escrito cuando están de acuerdo a que se realice una intervención médica, que suponga ciertos factores de riesgo, por lo que también tienen derecho a ser informados sobre los beneficios y peligros que sobrelleva.

6. Ser tratado con confidencialidad.

La información expedida por el enfermo hacia el galeno, deberá permanecer bajo estricta privacidad, por lo que los datos usados durante la anamnesis son confidenciales y sólo podrán divulgarse a terceros si se tiene el consentimiento del afectado.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

El paciente tiene derecho recibir la información necesaria en torno a su enfermedad, para obtener un posterior punto de vista, sobre su mal, tratamiento y un futuro pronóstico de su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de una urgencia.

Los afectados, en caso que lo requiera, tendrán que ser atendidos de manera urgente cuando presenten síntomas o lesiones que pongan en riesgo su vida. La ayuda la podrán percibir en cualquier institución de sanidad, pública o privada.

9. Contar con un expediente clínico.

Los derechohabientes, tienen el derecho de contar con un archivo médico que contenga los datos relacionados con la asistencia clínica. Este deberá contener los datos con letra legible, completa y veraz para su continuo uso.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Si se practicó una negligencia en los cuidados médicos, los enfermos pueden expresar su inconformidad en contra de los servicios sanitarios, privados o públicos, por lo que podrá entablar una demanda penal en contra de los responsables para tratar de solucionar los problemas derivados de la mala “praxis.”

Si bien estos son los derechos que por ley corresponden a cada paciente, no siempre son tomados en cuenta y son violados constantemente por el personal de salud que labora en los hospitales, ya que son muy pocos los que en la realidad los respetan y los llevan a la práctica.

1.3 Antecedentes de las clínicas de atención al enfermo terminal

Las enfermedades crónicas degenerativas “cáncer, sida, diabetes mellitus”, por mencionar algunas son tan antiguas como la forma en que se les ha dado tratamiento médico a través de los años. Es notorio que al pasar el tiempo, estos padecimientos fueron asistidos de forma distinta y en ocasiones fuera de los hospitales, debido a que son miles de enfermos en etapa terminal los que acuden a los centros hospitalarios para ser atendidos diariamente. Lo que resulta una labor ardua para los médicos, ya que en ocasiones las

instituciones no tienen el personal suficiente para optimizar su salud, además de contar con pocas salas y camas de hospital para un debido cuidado.

La atención de los pacientes, se remonta a la época medieval, en donde más que atender a los mismos, eran lugares que alojaban principalmente a viajeros que arribaban a estos sitios. “En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios (*hospice*) por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual.”¹¹ Además las casas de hospicio como se les denominaba a estos lugares, más que ofrecer ayuda médica a los moribundos, eran albergues de beneficencia dirigidos en la mayoría de las ocasiones por gente que profesaba alguna religión. Por lo que su objetivo principal no era el curar a los enfermos, sino la caridad. Rodeado de sacerdotes dedicados a la atención primordialmente de peregrinos procedentes de otros países.

Posteriormente el concepto de “*hospice*” fue utilizado por primera ocasión en la ciudad de Lyon en Francia en el siglo XVIII para hacer referencia a la atención de los enfermos en fase terminal, los objetivos de estos lugares eran:

- (a) Proporcionar ayuda emocional y espiritual a los enfermos
- (b) Disminuir el dolor de los afectados
- (c) Asistir debidamente a los familiares de los mismos y a los pacientes
- (d) Mejorar la calidad de vida del enfermo terminal

Por otro lado, el comienzo real de los movimientos *hospice* y la integración de los cuidados paliativos de la época actual se dio en 1967, iniciada por la Dra. *Cecily Saunders en el St. Christopher Hospice*, y que se extendió rápidamente en la Gran Bretaña. Los hospicios se forjaron del esfuerzo y el financiamiento social, como respuesta a las dificultades del *National Health Service* para atender a los enfermos terminales. “En los hospicios se concibieron los principios de la atención integral con base en la concepción global de las necesidades de los enfermos, la familia y el trabajo interdisciplinario, además de su vinculación con la sociedad.”¹² Esta forma de tratar y cuidar a los moribundos dio paso para que en consecuencia se crearan más lugares en donde se les ofreciera el mismo trato, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

¹¹ LÍAN E. *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. Barcelona, Prensa Científico Médica, 2000, Pp. 345.

¹² Salomón Salazar, María de Lourdes (2008) “*Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México.*” Disponible en www.nietoeditores.com.mx (Fecha de consulta: 13 de octubre 2010)

Precedentes históricos del movimiento hospice

SIGLO	Año	Lugar	Tipo de centro	Persona
V	400	Ostia	Hospicio en el puerto de Roma	Fabiola, discípula de San Jerónimo
XII	-	Europa	Hospicios y hospederías medievales	Caballeros hospitalarios
XVII	1625	Francia	Lazaretos y hospicios	San Vicente de Paul y las hijas de la caridad
XIX	1842	Lyon Prusia	Hospices o cavaries Fundación Kaiserwerth	Jean Granier y la Asociación de mujeres del calvario Pastor Flinder
XIX	1879 1872	Dublín Londres	Our Ladys Hospice The hostel of God Protestant Homes	Madre Mary Aikenhead y las hermanas irlandesas Foundations protestantes
XX	1909 1987 1975	Londres Londres Montreal	St. Christoper Hospice St. Joseph Hospice Unidad de cuidados paliativos del Royal	Hermanas irlandesas de la caridad Cicely Saunders Balfour Mount

El movimiento *hospice* dio origen a la creación de programas dentro de los hospitales, que ofrecieran y atendieran a domicilio a los enfermos crónicos terminales, y que en la actualidad brindan el apoyo que no se les puede otorgar en las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En México antes de comenzar con los programas de atención a domicilio se habían creado las clínicas del dolor, instituciones dedicadas a atender solamente el sufrimiento físico y no el emocional, tal y como lo hacen los sistemas de cuidado domiciliario.

Las Clínicas del Dolor aparecieron en México, a la igual que en otros países, debido a la necesidad social y médica de contar con un grupo de profesionales del área de salud interesados en el manejo del sufrimiento agudo y crónico. “La primera Clínica de Dolor fue fundada en 1976 por Vicente García Olivera, médico especialista en algología y anestesia, establecida en el Hospital General de México.”¹³

Tenía ya 24 años de funcionar de manera irregular, pero fue hasta ese año que se estableció de forma definitiva y se le dio un espacio propio para su funcionamiento. Sin embargo, cuatro años antes de la fundación de la primera clínica en el Instituto Nacional de Nutrición (INN), el tratamiento contra el dolor ya se había iniciado, lo que más tarde originó la construcción de 12 Clínicas del Dolor en el interior de la república, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital General Gabriel Mancera, el Hospital de

¹³ Gómez Covarrubias, Alfredo. (2006) “¿Qué son las clínicas del dolor?” Revista digital Universitaria. Disponible en www.saludmed.com/Salud (Fecha de consulta: 1 de septiembre 2010)

Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Hospital Central Norte de Concentración Nacional y el Centro Médico 20 de Noviembre. Las tres primeras habían sido reconocidas en todo el país. Todas cuentan con programas de especialización en tratamiento del dolor con duración de un año.

El problema principal con las Clínicas radica en que únicamente se habían encargado desde su creación del daño físico y no del emocional. No se les ofrecía el apoyo psicológico, tanatológico, para cubrir otras necesidades de carácter personal.

Por tal motivo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en busca de atender y mejorar la calidad de vida de los enfermos que se encuentran en fase terminal, y que en muchas ocasiones no se les ofrece la atención debida en dicha institución, creó otros métodos para resolver esta problemática y ayudará mediante la atención domiciliaria, tal y como lo ofrece el programa de Atención en Domicilio del enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC).

En nuestro país existen diversos programas del sector salud que se encargan de brindar atención a domicilio como lo hacían en las antiguas casas de hospicio, y uno de estos es en el que se ofrece en el Hospital General de Zona número 47 “Vicente Guerrero” a través del sistema (AMED-ADEC), es un programa que significa Atención en Domicilio al Enfermo Crónico y terminal, este proyecto surgió en 1992.

Es un sistema único del Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel federal creado en Nuevo Laredo, Tamaulipas, como una necesidad para disminuir el sufrimiento al paciente, ya que hay varios pacientes que no se pueden movilizar o es difícil trasladarlos en ambulancia. También se vio que se podía brindar atención, disminuir costos hospitalarios y saturación de los servicios con esos pacientes que pueden ser atendidos en su domicilio.

El objetivo principal de esta institución es brindarle al paciente en esta etapa terminal, la disminución del dolor, las molestias que se presentan por la misma enfermedad, y sobre todo el apoyo emocional, tratar de disminuir sus miedos, de cerrar círculos y de dar todo el apoyo en donde la familia es lo más importante.

La atención médica hospitalaria se les proporciona a los enfermos crónicos con calidad y calidez para fortalecer la relación humana entre el paciente, su familiar y el equipo de salud, para optimizar el recurso de cama y no tenerlos en los hospitales, ya que

pueden tener mejores cuidados en su domicilio. (AMED-ADEC), es una institución la cual brinda ayuda domiciliaria a los pacientes en fase terminal, el equipo está conformado por: una enfermera, un médico de cabecera, un tanatólogo y un chofer que se encarga de trasladar al conjunto de trabajo al hogar de los enfermos. El personal de sanidad se encarga entre otras cosa de ofrecer cuidados paliativos.

“Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Se pone énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad.”¹⁴ Una de las metas principales de estos tratamientos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los servicios paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los procedimientos curativos; el paciente típico de dichos programas tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los médicos que asisten a este tipo de enfermos, no solo se encargan de darles atención clínica, sino brindarles un trato diferente, porque el doctor interactúa con el paciente, escucha las necesidades del mismo, lo trata de forma adecuada. Los profesionales de la salud que trabajan aquí se preocupan por el dolor físico y emocional. Ocuparse de estos aspectos es uno de los logros de la atención a domicilio, ya que nos es fácil convivir y tratar a un paciente que está al borde de la muerte.

En el programa de Atención en Domicilio del enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), se atiende a pacientes terminales y crónicos; el enfermo crónico requiere el manejo médico permanente y asistencia psicológica para enfrentar las limitaciones que le imponen su enfermedad.

La cantidad de pacientes crónicos o terminales ha aumentado de forma importante por tal motivo la atención continua y estrecha del manejo clínico de estos requiere de mucho tiempo. Los recursos que debe destinarse para su control son elevados por el mayor número de consultas y la enaltecida frecuencia de hospitalización y estancia prolongada que requieren se ha vuelto un problema para los hospitales, por tal motivo

¹⁴ Salomón Salazar, María de Lourdes (2006) *“Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos”* Disponible en www.nietoeditores.com.mx (Fecha de consulta: 22 de agosto 2010)

se crearon estos programas para satisfacer las necesidades de los enfermos que van más allá de ser tratados y atendidos como un paciente más.

Los propósitos generales de la atención a domicilio son atender al mayor número de pacientes posibles, su fin no es curar a los mismos, sino aliviar y disminuir el dolor que presentan, dado que el cáncer que presentan es incurable. Por otro lado, para que un paciente pueda ser incluido en el programa de AMED-ADEC, tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener una enfermedad crónica e incapacitante que amerita atención médica supervisada, con fármacos por vía oral o intramuscular y de enfermería no hospitalarios.
2. Enfermedad crónica en clase funcional avanzada que impide la deambulación y que requiere control médico periódico. Así como contar con más de tres ingresos al hospital en los últimos 6 meses a consecuencia de su enfermedad.
3. Tener un expediente médico en lo que se documente la enfermedad terminal no susceptible de tratamiento hospitalario, que amerita control médico y de enfermería para mejorar la calidad de vida en su última etapa.
4. Ser derechohabiente de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Sin embargo, no todos los pacientes inscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tienen la posibilidad de contar con el apoyo de estos programas, por lo que los criterios de exclusión se dan cuando se padecen las siguientes enfermedades: insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, sida, padecimiento oncológico, diabetes mellitus, padecimientos traumatológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

Por su parte, en la Unión Americana, para que a un paciente se le brinde el apoyo necesita que éste se encuentre en sus últimos meses de vida. En los Estados Unidos, es un requisito para ser cuidado en un Programa *Hospice* tener una expectativa de vida inferior a seis meses.

La mayoría de estos programas (noventa por ciento), están certificados y avalados por *Medicare*, que inició sus servicios en este modelo de atención en los años ochenta. El servicio tiene como única finalidad el de cuidar y no el de curar. En ellos se apoya tanto a la familia como a los seres queridos del paciente, para que cuando llegue la hora de fallecer del moribundo, él y los familiares puedan estar tranquilos.

En España se cuenta con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), es una asociación de médicos profesionales, que cuentan con un equipo interdisciplinar, encaminados a mejorar la atención al enfermo terminal, proporcionándoles una mejor calidad de vida, logrando el desarrollo y la implementación de los cuidados paliativos en España.

La SECPAL, inició sus actividades en “enero de 1992 y tiene más de 300 miembros, procedentes de diferentes especialidades y ámbitos de atención, y con diferentes profesiones sanitarias.”¹⁵ En nuestro país existen varias instituciones y modelos que se dedican a ofrecer la atención paliativa y a domicilio a los pacientes en fase terminal. Una institución dedicada a este tipo de servicios es el instituto *Palia*. “El Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud Jalisco cuya misión es brindar una atención holística (integral) de calidad y calidez, con alto sentido humano, en la atención a pacientes con dolor de difícil control y los cuidados paliativos a pacientes y familiares que viven una situación de enfermedad terminal.”¹⁶

La asociación nace como una respuesta a las necesidades de la sociedad en el estado de Jalisco para aliviar el dolor y el sufrimiento en los pacientes que padecen una enfermedad incurable, que no sólo se encargue del daño físico, sino que también del emocional.

A diferencia de otras en instituciones, en *Palia* no solo se atienden a personas que cuenten con el seguro social, sino que también se les atiende a las que no tienen este tipo de servicio, solamente tienen que cumplir con los siguientes requisitos:

- 1) Realizar una cita previa, ya sea personalmente o vía telefónica
- 2) Contar con un historial médico
- 3) Tener un diagnóstico de un padecimiento crónico doloroso, con relación o no a algún tipo de cáncer

El servicio que se ofrece en dicho instituto tiene un costo de ciento seis pesos, la primer consulta y de ochenta y nueve la siguiente, para los pacientes mayores de sesenta años la ayuda es gratuita.

¹⁵ Ramiro García, José (2005) “*Cuidados paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*” Disponible en www.bioeticaweb.com/index2 (Fecha de consulta: 10 de septiembre 2010)

¹⁶ Instituto Jalisciense de alivio al dolor y cuidados paliativos (2003) Disponible en www.palia.gob.mx (Fecha de consulta: 13 de octubre 2010)

Por otro lado, el Centro de Cuidados Paliativos de México (CECPAM) “es una Institución de Asistencia Privada, no lucrativa. Constituida el 23 de enero de 2006, en el marco legal de la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal. Proporciona apoyo físico, espiritual y emocional al paciente terminal y a su familia en su domicilio, a través del modelo de atención de Cuidados Paliativos.”¹⁷

Se creó para satisfacer la necesidad que existía en el Distrito Federal de un servicio de Cuidados Paliativos domiciliarios para enfermos terminales. Fue fundado por un grupo de profesionales que habían estado en centros de cuidados paliativos ó “*Hospice*” en diferentes lugares del mundo.

Para que el paciente pueda ser atendido por la institución es necesario que la familia se comuniquen con el personal que labora en el CECPAM, para que se le proporcione una cita. Los requisitos que solicita esta asociación para poder ser canalizado son:

- a) Tener un diagnóstico de enfermedad terminal
- b) Vivir en el Distrito Federal o sus alrededores
- c) Contar con una persona que lo pueda cuidar en su domicilio
- d) Firmar un convenio de corresponsabilidad

El costo por la atención que proporciona la CECPAM al enfermo, le cuesta a los mismos tres mil pesos por mes, sin embargo el costo real, dependerá en muchas ocasiones del estudio socio-económico, para así determinar cuál será el monto que tendrá que pagar la familia del paciente de acuerdo a sus posibilidades económicas. Este servicio se brinda de manera exclusiva en el domicilio de la persona. No sólo se ayudan a gente de edad avanzada, sino que es aplicable para niños, adolescentes, adultos y personas mayores, ya que existen enfermos terminales de cualquier edad.

En contraparte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para atender a pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas, en fase terminal, cuentan con la atención a domicilio en sus distintos institutos. Enfermos a Domicilio (AMED) en el hospital general de la raza No. 32, y Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC) en la clínica número 47 en Iztapalapa, ambos programas dedicados a brindar este tipo de apoyo en los hogares de los derechohabientes.

¹⁷ Centro de Cuidados Paliativos (CECPAM) Disponible en www.cuidadospaliativos.org.mx (Fecha de consulta: 9 de septiembre 2010)

“En el IMSS, 183 Hospitales Generales de Zona operan bajo este esquema. Cada hospital atiende un promedio mensual de 90 pacientes, de los cuales 80 por ciento son adultos mayores, quienes sufren de tres a cuatro patologías a la vez.”¹⁸

El doctor José Manuel Hernández Aguilar, médico adscrito al Servicio de Atención Médica de Enfermos a Domicilio (AMED-ADEC), del Hospital General de Zona (HGZ) No. 32 del IMSS, menciona que la mayoría de los usuarios de este programa son pacientes de edad avanzada que oscilan entre los sesenta y setenta años de edad, quienes dada su enfermedad y el avance que presentan de la misma no pueden trasladarse al hospital para ser atendidos.

Las funciones que prestan estas instituciones permiten entre otras cosas; mejorar las condiciones físicas en las que se encuentran los enfermos, reparar en la medida de lo posible el daño emocional y psicológico del paciente y la familia, disminuir los costos por el día/cama/hospital, también se mejora la calidad de vida de los mismos al ser atendidos en el domicilio, algo que no se logra en los institutos del IMSS, debido a la gran cantidad de derechohabientes que ingresan diariamente.

Lo que se pretende con este tipo de programas es: que exista una optimización rápida de camas y recursos, oportunidad de la atención médica, mejorar la imagen institucional, proyección a la comunidad, reingresar únicamente el 20% de los enfermos crónicos en fase terminal al hospital, por último reducir los costos por hospitalización, aumentar el beneficio a la sociedad y mejorar los servicios de salubridad en nuestro país.

III.IV Los servicios de salud en México

La salud pública en México es un derecho que todo mexicano debería tener, sin embargo, este es un hecho irreal, porque solo se considera derechohabiente a las personas que cotizan para las instituciones médicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es decir que estas dependencias, atienden y ofrecen sus servicios a los que se encuentran laborando dentro de una empresa, los que no son excluidos de este beneficio.

¹⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) “*Atiende IMSS a enfermos crónicos terminales con programa de atención domiciliaria*” Revista digital No. 357. Disponible en www.imss.gob.mx (Fecha de consulta: 5 de octubre 2010)

Por su parte los servicios de salud se pueden dividir en dos grandes grupos, según varios criterios. “El primero de ellos es el que se refiere a su objeto de intervención. Así, se distinguen dos tipos: los servicios de salud personales y los no personales.”¹⁹ Los primeros se dedican a brindar la atención individual con fines preventivos, curativos y de rehabilitación de forma particular, en cambio los segundos, se destinan a mejorar de manera general y colectiva las condiciones de salud y vida de las personas.

El alcance y fin de los programas de salubridad en nuestro país tienen un carácter político que enmascara las necesidades reales de los mexicanos, el IMSS, como el ISSSTE, proporcionan la ayuda médica necesaria para mantener en buen estado a los trabajadores y conservar la fuerza de producción de México. La única finalidad existente en los servicios es para cubrir las necesidades políticas, económicas y colectivas de las clases dominantes. “Si se añaden los efectos de evasión y de la exclusión de patrones y de trabajadores por su cuenta propia, resulta que, en la práctica, los seguros sociales sólo cubren a una minoría de los ocupados: 31.3% a nivel nacional; 45.7 % en las zonas más urbanizadas; y el 19.3% en las zonas menos urbanizadas.”²⁰

La concentración y distribución de los servicios de salud se reúnen en las grandes urbes (Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara), donde el desarrollo industrial requiere de un auge mayor de personas que mantengan la producción de la industria las veinticuatro horas del día. “El IMSS concentró recursos públicos para atender a una pequeña fracción de la clase trabajadora, el eje del modelo económico de desarrollo del país, a la que había que mantener en buenas condiciones para la producción, preservando su salud o rehabilitándola para la vida productiva.”²¹

Existe, entonces, un predominio mercantil disfrazado en el que uno de los fundamentos que sostienen a las instituciones de salud es la acumulación del capital. Así, las clases campesinas, rurales y pobres, quedan fuera de la estructura de sanidad que se ofrece, al no encontrarse localizadas dentro de las grandes ciudades, el servicio les es desprovisto, y si a esto le sumamos los altos costos que cobran por su atención, el derecho correspondiente es prohibido.

¹⁹ López, Acuña, Daniel, *La salud desigual en México, Siglo Veintiuno, México, 1980, Pp. 95-96*

²⁰ Dávila, Enrique (2000) “*Evolución y reforma del sistema de salud en México*” Disponible en www.eclac.org/publicaciones/xml/6/4516/lcl1314e.pdf (Fecha de consulta: 25 de octubre 2011)

²¹ *Ibíd.* 103

En consecuencia la clase política ha dedicado sus esfuerzos en proporcionar la atención a los sectores más productivos de la sociedad mexicana, fortaleciendo y asegurando los bienes económicos de las instituciones encargadas de proporcionar dicho servicio. El Estado tiene mucha responsabilidad en favorecer al sector privado en los servicios clínicos y del seguro social, porque permiten que las empresas privadas se establezcan dentro de los hospitales de salud con la premisa de un bienestar para todos.

Sin embargo, la pérdida de una atención de calidad hacia los pacientes y el deterioro del Instituto Mexicano del Seguro Social y otras instancias como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se debe en gran medida a un proceso de reestructuración iniciado por la privatización. Este panorama se puede observar en la saturación de los servicios, falta de camas hospitalarias y de otros recursos. Por ejemplo “en 2004 la productividad más alta en consulta externa se observó, como desde hace varios años, en el IMSS, con un promedio de 29.5 consultas diarias por consultorio; las cifras de las otras instituciones fueron 17.2 consultas en el IMSS-Oportunidades; 16.8 en el ISSSTE.”²²

La utilización del Estado de los recursos económicos para fortalecer la atención médica de las empresas privadas, ocasionan en primer lugar, una pésima calidad médica, que se traduce posteriormente en demandas al sector salud, una constante sobresaturación, falta de personal profesional y medicinas, equipos obsoletos, etc. Cabe señalar, que el acceso a los servicios hospitalarios y al tipo de servicio proporcionado se encuentra distribuido de manera desigual entre las clases sociales. La clase más privilegiada en recibir una asistencia médica de calidad es la compuesta por los grupos de un nivel económico alto (políticos, empresarios).

En el otro, se encuentran los empleados que se encuentran laborando para una institución de gobierno. Y la última clase que es la más perjudicada, la integran las personas que no tienen derecho al seguro social y que tampoco disponen de los recursos suficientes para pagar los servicios privados. Que son la mayoría de la población “ejidatarios, peones, trabajadores, eventuales, desempleados, subempleados, marginados

²² Valencia Ávila, Ana Patricia (2007) “*La privatización encubierta de los servicios de salud*” Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf> (Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011)

de la ciudad, etc.”²³ En este último nivel es donde se encuentran la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales, por que independientemente de las clases sociales y el nivel económico del país, los recursos destinados a la salud de sus pobladores son puestos a disposición de unos cuantos. Y esto es algo que viola el “artículo 77 bis 1” de la Ley General de Salud, que menciona:

Artículo 77 bis 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La violación a este derecho ha llevado a que los servicios de salud en México, carezcan de los recursos necesarios para brindar una atención de calidad. Los hospitales de hoy se encuentran capacitados para ofrecer el cuidado necesario a enfermos que se encuentran dentro del margen de curación, por lo que disponen de equipos altamente sofisticados y el personal calificado para ello. No así para el paciente incurable que tiene distintas necesidades, requiere un cuidado y un tratamiento diferente.

Debido a esta situación el gobierno creó dentro de las instituciones médicas, la atención a domicilio a este tipo de población, cuya finalidad es ahorrar recursos económicos a los hospitales, en cuanto a: gastos por traslado, medicamentos, ocupación de camas, ambulancias, etc. Todo realizado mediante una privatización encubierta que enmascara los reales propósitos de gobierno. A lo señalado se puede mencionar que el personal que labora dentro de las instituciones sirve como un instrumento de carácter político, con lo que el Estado cubre ciertas necesidades de la población más desprotegida, (trabajadores agrícolas, obreros e industriales) siempre y cuando la producción siga en marcha.

Estas estrategias fueron creadas, en el caso de nuestro país, en el interior de un marco médico, en el cual la actividad primordial que regía casi excluyente es la curación a partir de un fundamento puesto en la tecnología médica sofisticada. Es decir se favorece el sistema curativo porque no se toman en cuenta que la enfermedad que padecen los pacientes es producida por un ambiente insano en el plano laboral. Siguiendo este modelo se puede mencionar el “seguro popular” es un servicio de salud encaminado por este

²³ López, Acuña, D. *Salud y seguridad social: problemas recientes y alternativas*, Siglo veintiuno, México, 1989, Pp. 100

rubro, ofrece bienestar y atención médica a las clases más necesitadas, aunque la calidad de la misma sea pésima e insuficiente. Lo que claramente favorece al sector privado.

Por otro lado los servicios de salud se encuentran divididos en varios niveles de atención: “primer nivel, segundo y tercero” que se encargan de atender a los pacientes dependiendo de la enfermedad que presenten.

Servicios de primer nivel. Dentro de éste, se atiende la mayor parte de los padecimientos de la población que presentan un grado de complejidad menor, el servicio se ofrece con un horario de atención fijo de seis horas al día con dos turnos: matutino y vespertino.

También se ofrece apoyo a las personas que no se encuentran afiliadas a las instituciones de seguridad social. Los problemas que enfrentan los enfermos en este nivel, es el largo periodo de espera para recibir la consulta, falta de medicinas, equipo médico obsoleto, poco interés del doctor hacia el afectado, así como una mala comunicación.

En el segundo nivel de atención está formado por “hospitales generales de región, zona, y subzona” en él se atiende a la comunidad que presenta una enfermedad más compleja, que requiere de atención especializada. La problemática presente, se da en cuanto al desabasto de medicamentos, poco personal especializado y a la saturación de las instituciones.

Los servicios de salud correspondientes al nivel tres; se recibe a los enfermos que necesitan recursos médicos especializados, equipos altamente sofisticados con tecnología de punta, por la complejidad del padecimiento que presentan estos. Al igual que en los anteriores niveles, la falta de medicamentos, y sobrecarga en el trabajo médico forman parte de la problemática. Por último, se encuentran los servicios de salud privados, mismos que son utilizados por una gran sección de la población mexicana, que en la mayoría de los casos proviene de las instituciones públicas, ofrecen consultas con un elevado costo. Este sector se ha visto beneficiado por el Estado, que al ofrecer una pésima atención en los hospitales de seguridad social, aumenta la demanda de la asistencia privada.

Prestadores de servicios de salud

Las instituciones de salubridad y los profesionales médicos tienen la responsabilidad de ofrecer un servicio de calidad, lo anterior queda estipulado en el artículo 51 de la “ley general de salud.”

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El personal de salubridad, tiene la obligación de brindar un trato digno y eficaz a los pacientes, siempre con la responsabilidad que conlleva trabajar con seres humanos. Para poder otorgar esta atención, los médicos tanto como enfermeras, camilleros, trabajadores sociales, deben estar en constante capacitación para evitar posibles conflictos, no basta con disponer de equipos altamente sofisticados con tecnología de punta, que solo satisfagan las necesidades institucionales.

Los encargados de brindar estos servicios a la comunidad son: el médico, la enfermera, los trabajadores sociales, etc. El primero es el que tiene la facultad de restituir la salud y aliviar las enfermedades de los enfermos, “la palabra médico deriva del *latín* *medicus*, que a su vez proviene de la palabra *medicare* que significa curar.”²⁴ Este tiene la responsabilidad de saber qué enfermedad padece el paciente, atenderla de forma eficaz y rápida, para restablecer a las personas a la actividad social.

Ante la sociedad los médicos son observados como personas que representan una autoridad, el color blanco de su ropa, simboliza “la pureza y la bondad que tiene él por la vida.” Es un profesional que tiene bajo sus manos la vida de otras, debe tener un temple de acero para afrontar el fallecimiento de los enfermos, su misión es curar las enfermedades y alargar su existencia. Su capacidad de razonamiento tiene que ser más amplio, y esto le permita tomar las decisiones acertadas, tiene que mantenerse en constante actualización médica, para ofrecer la mejor atención, sin olvidar el aspecto humano, que es el que rige su labor social.

En cambio la enfermera, es por definición la persona que se encarga de asistir a los doctores y cuidar a los pacientes de una manera más ardua y estrecha. Y por último el trabajador (a) social se encarga de realizar la parte administrativa, es decir gestiona los

²⁴ Olín, Lugo, Ernesto, Para ser médico “*Vocación, orígenes y tradiciones de la medicina*”, Trillas, México, 1998, Pp. 13-14

datos del paciente para conocer las necesidades del mismo, y notificar al personal médico sobre estos. Y son los que en primera instancia van a tener su primer acercamiento al paciente terminal, y en ellos recae la responsabilidad para que la comunicación fluya de manera adecuada por lo que tendrán que desplegar ciertas habilidades que se describen a continuación: “El médico debe desarrollar una relación con su paciente que le inspire confianza la cual va estar orientada en la manifestación de un interés y preocupación por él.”²⁵

También tiene que tener la habilidad para comunicarse tanto como con el enfermo como los familiares de éste, proporcionarles la información adecuada sobre el diagnóstico, el tratamiento y el posible pronóstico. Ya que los prestadores de los servicios de salud deben de estar conscientes que su profesión está bajo el “Juramento Hipocrático” que menciona entre otras cosas lo siguiente:

1. Respetar al máximo la vida y dignidad humana, así como el no practicar una medicina deshonesta que ponga en peligro su integridad, física y moral.
2. Respetar en gran medida la voluntad de los pacientes en la toma de decisiones, no practicar experimentos médicos sin el consentimiento del mismo.
3. Ejercer de forma digna y responsable la profesión a la que se ha encomendado
4. No realizar experimentos que provoquen el sufrimiento, o pongan en riesgo la integridad física de las personas.

Al margen de lo descrito los profesionales de salubridad tienen entre otras responsabilidades, ofrecer la asistencia con la mayor calidad posible, para evitar conflictos de orden jurídico, que afecte la relación entre médico-paciente.

Sin embargo, ante lo ya descrito en el presente capítulo, se detecta que existe una falta de interacción entre pacientes y personal de salud, el diálogo entre ambos es casi nulo. Por lo tanto se estudiará la problemática existente, desde la perspectiva teórica de la comunicación interpersonal, para esclarecer los factores que obstaculizan el proceso comunicativo en la relación médico-paciente.

²⁵ Almada, Bay, Ignacio, *Salud y crisis en México: Textos para el debate*, Siglo veintiuno, México, 1990, Pp. 204

Capítulo 2 La comunicación interpersonal en la relación médico-paciente.

2.1 Comunicación verbal

En el capítulo anterior se definió la situación del cáncer en México, así como el concepto de paciente terminal, y se mostraron las diferentes clínicas que ofrecen atención a los enfermos terminales. Es preciso señalar que coexiste cierta problemática en cuanto a la comunicación entre paciente-médico, se le da más interés a la enfermedad biológica de los individuos, que al diálogo con los pacientes existente en las instituciones hospitalarias.

Es por ello que en el presente capítulo se definirán los principales tipos de comunicación (verbal, no verbal, interpersonal), para analizar esta problemática desde la perspectiva comunicativa. Además de mencionar la importancia que tiene ésta en los servicios de salud.

La comunicación es parte fundamental en el proceso evolutivo de las personas, por medio del lenguaje y el uso del mismo, los seres humanos han aprendido a comunicarse entre sí, logrando principalmente un desarrollo intelectual que les permite un bienestar material, físico y espiritual.

El concepto de comunicación deriva de la voz latina *comunicar*, “que significa intercambiar, compartir, poner en común. El prefijo (com) es especialmente importante, ya que significa justamente, en unión, en compañía de, con, juntos, mutuamente. El término comunicación se relaciona, sin duda, con la interacción, que por su origen etimológico, se refiere al intercambio de hechos actividades y movimientos.”²⁶

Ya que desde su representación más sencilla, el proceso de la comunicación comienza a partir de que existe un emisor, un mensaje, y un receptor (E-M-R), que serán en última instancia los elementos principales en la construcción de los significados y el entendimiento de los participantes en el diálogo comunicativo. Aún, el individuo que emite y recibe los mensajes, puede ser la misma persona, porque podemos comunicarnos con nosotros mismos. Y las señales que transmitimos o recibimos siempre tendrán un significado distinto para cada quién.

²⁶Rizo, Marta (2010) “*Comunicometodología y comunicación interpersonal. Presencias y ausencias en la comunicología mexicana*” Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N67/actual/2mrizo.html> (Fecha de consulta: 6 de diciembre 2010)

Es decir, aunque no estemos interactuando o iniciando una conversación con alguien más, siempre tendremos algo que informar, tal y como menciona Paul Watzlawick “los humanos no pueden dejar de comunicarse, la no comunicación no existe, hasta el silencio es un acto de comunicación.”²⁷ No se puede no comunicar.

Ineludiblemente, cualquier cosa que se comunique contendrá cierto significado tanto para el emisor como para el receptor, con la única diferencia que no será el mismo para ambos. Porque las palabras o signos, tienen un carácter “polisémico” no poseen una sola acepción.

Para Wilbur Schramm, uno de los factores importantes en el desarrollo general del proceso teórico de la comunicación, consiste en decir que los “signos pueden tener solamente el significado que la experiencia del individuo le permita leer en ellos.”²⁸ Esto es, que las personas solo tendrán la capacidad para interpretar un mensaje obedeciendo los signos que han conocido y aprendido a lo largo de su vida. Constituyendo, como indica Schramm un “marco de referencia” en el cuál, los individuos aprenden a comunicarse con otros dentro de la sociedad.

Y conforme el “marco de referencia” sea distinto, aumentarán los problemas para poder comunicarse o entender lo descrito por los demás. Por ejemplo, en la relación médico-paciente, el enfermo al no estar habituado dentro del contexto clínico, comúnmente, no logra entender el significado de las palabras que el galeno le comunica para describir su padecimiento, ya que se encuentra en un ambiente diferente al suyo.

Otro aspecto a considerar en la comunicación verbal, es que intrínsecamente se encuentran varios puntos a suponer como: la fuente, el codificador, el mensaje, el decodificador y el destinatario, que a su vez hacen más complejo el proceso de interacción.

Los elementos señalados con anterioridad fueron expuestos por Schannon y Weaver que su vez indican que éstos “nos dan una categoría para construir el mensaje, otra para entender el mensaje por parte del destinatario y una respuesta del destinatario a la fuente.”²⁹

²⁷ Watzlawick, Paul, *Teoría de la comunicación humana*, Paidós, España, 1996. Pp. 61-95

²⁸ Schramm, Wilbur, *La ciencia de la comunicación humana*, Editorial Roble, México, 1972, Pp. 11-28

²⁹ *Ibíd.* 20

Entonces el lenguaje y sus características son el componente esencial de la comunicación. Se puede decir que está constituido por un “sistema de signos orales y escritos que poseen un significado concreto que permite a las personas comunicarse entre sí,”³⁰ sin el cual la sociedad no podría existir.

No obstante, la comunicación verbal conlleva de forma inmediata el propósito de transmitir un mensaje hacia otro individuo, sin considerar si éste entiende o no las palabras que se le emiten.

En este tipo de comunicación, se produce también, un suceso conocido como “filtración” que es cuando utilizamos por error, palabras incorrectas en una conversación, y posteriormente utilizamos otra para corregir lo ya dicho. Por ejemplo, cuando el médico se equivoca en los conceptos para designar el padecimiento, y le menciona al paciente que tiene diabetes, pero después corrige y le comunica al mismo que su enfermedad se debe a una fuerte elevación en los niveles de azúcar. Por lo que el cuidado en el uso de un lenguaje adecuado se vuelve esencial. La comunicación oral también tiene que cumplir con diversas funciones, y se pueden distinguir las siguientes:

1. *Representativa*: Dicha función, permite mediante el uso de oraciones afirmativas o de interrogación, afirmar o cuestionar a otros individuos.
2. *Expresiva*: Ésta característica, se utiliza para manifestar sentimientos u oraciones exclamativas.
3. *Conativa*: Su objetivo primordial, es la de influir sobre la persona que recibe el mensaje; una oración imperativa efectúa dicha función.
4. *De contacto*: Permite hacer más fácil la continuidad de la comunicación, con la utilización de palabras como: “sí, ya, etc.,”
5. *Metalingüística*: Facilita el análisis del lenguaje, haciendo énfasis sobre el significado de las palabras.
6. *Estética*: Concentra la atención en el mensaje, buscando las expresiones artísticas con el uso de las palabras de carácter literario.

Aunque parezca sencillo, las palabras o mensajes no sólo poseen estas características dentro del lenguaje verbal. Sino que también tienen un significado *denotativo*

³⁰Ballenato, Prieto, Guillermo, *Comunicación eficaz, “Teoría y práctica de la comunicación humana,”* Ediciones pirámide, España, 2006, Pp. 63

y otro *connotativo*. El primero se refiere al uso de los significados habituales, y el segundo contiene varias acepciones diferentes, algunas de ellas de tipo emocional.

Por ejemplo, la palabra *cáncer*, mientras que para algunos médicos denota una enfermedad más dentro del contexto clínico, para los individuos que la padecen, el significado no será el mismo, ya que éste concepto está asociado con el término de muerte y otras designaciones, casi siempre orientadas al fatalismo que connota dicha expresión.

Entonces, el lenguaje y el proceso de comunicación que gira en torno a esto, es muy variado y complejo para ser estudiado desde una sola perspectiva. Por lo que, las diferentes maneras de construir las palabras pueden determinar el contenido de las mismas y la interpretación que se les otorga. Cabe señalar, que el elemento que nos proporciona las distintas acepciones que tiene el lenguaje es el contenido “semántico” del cual se distinguen los siguientes puntos: “*Monosemia*: caso en el que una palabra o significante tiene un solo significado; *polisemia*: la misma palabra puede tener varios significados; *sinonimia*: varias palabras tienen un significado similar; *antonimia*: las palabras presentan significados opuestos; *homonimia*: palabras fonéticamente similares, pero con origen y significados diferentes.”³¹

No sólo el carácter semántico está presente dentro del lenguaje oral, hay que tomar en cuenta que las palabras tienen el poder de mantener e interrumpir el diálogo entre los individuos. Porque, además de las diferentes interpretaciones que se le pueden dar a las mismas, también la forma, el cómo se dicen, y utilizan pueden tener un resultado positivo o negativo.

Entonces la manera en que nos expresamos proporciona de un significado exacto a las palabras, que establecen las relaciones interpersonales con los otros. Por su parte, el lenguaje escrito, es la representación gráfica de nuestras ideas en las que por medio de signos o el propio alfabeto, desarrollado por los “Fenicios,” expresamos lo que pensamos.

Es una vía de comunicación que sirve para estudiar, transformar y ampliar los conocimientos que se han adquirido a través de los años, pero ambos tienen varias características que los distinguen y se muestran a continuación:

³¹Ibíd. 71

Lenguaje oral y escrito, características.

Lenguaje verbal	Lenguaje escrito
1. Es la primera manifestación del lenguaje humano. 2. La adquieren y lo desarrollan todos los hablantes por el sólo hecho de convivir con una determinada comunidad lingüística.	1. No es la primera manifestación del lenguaje humano sino un “sistema secundario de modelado.” 2. Se adquiere a partir de una instrucción especial.
3. Se manifiesta por medio de sonidos articulados producidos por el aparato fonador.	3. Se manifiesta por medio de signos gráficos: grafemas y signos de puntuación. .
4. El mensaje se codifica, por lo tanto, haciendo uso de las cualidades físicas del sonido: timbre. Tono, intensidad y cantidad. 5. Es de mayor uso, práctica y frecuencia que el lenguaje escrito.	4. Por consiguiente, el mensaje se codifica mediante signos gráficos, grafemas y signos de puntuación que se trazan en el papel. 5. Es de menor uso, práctica y frecuencia que el lenguaje verbal.
6. Es fugaz y, por consiguiente, posee poca duración en el tiempo. 7. Tiene un número limitado de receptores.	6. Es duradero o estable porque se conserva a través del tiempo y del espacio. Ha permitido fijar la comunicación. 7. Puede tener un número ilimitado de receptores.

Fuente: H. Blake, Edwin, Una taxonomía de conceptos de comunicación, Nuevo mar, México, 1988

A pesar de que existen estas diferencias entre un lenguaje y otro, expresarse por medio de la escritura resulta más complejo que conversar con otro individuo, ya que sólo se utilizan “medios lingüísticos.” Y en un escrito, se pierde toda posibilidad de interactuar e intercambiar los mensajes emitidos por alguien más, no se toman en cuenta el tono de voz, el timbre, y los gestos que son propios del habla. También los escritos tienen un carácter más permanente, que la comunicación oral, porque las palabras se pronuncian inmediatamente, al mismo tiempo que desaparecen. Redactar un escrito, plasma no sólo las ideas que se acumulan al interior de nuestro pensar, sino que también refleja la capacidad mental que se tiene para elaborar un escrito.

El escribir demuestra el desarrollo intelectual y la forma de pensar de cada ser humano. La capacidad para redactar con la debida propiedad, se ve determinada por el incremento de los textos leídos, y sobre todo a la práctica incesante.

Debe considerarse que el proceso para elaborar un escrito, está regulado por normas que aprueban a un texto tener las cualidades que le permitan una mejor comprensión al lector, estas características son: “la propiedad, corrección, claridad, orden, unidad.”³² Cada una de estas características, proporciona al lenguaje escrito una mayor fluidez, al ordenar y adecuar la escritura.

³²Ballenato, Prieto, Guillermo, *Comunicación eficaz, “Teoría y práctica de la comunicación humana,”* Ediciones pirámide, España, 2006, Pp.114

Finalmente, aún cuando el lenguaje verbal, como el escrito, sean un medio que proporcione las herramientas necesarias para interactuar con otros individuos y favorezcan al desarrollo de una sociedad, es importante señalar que el proceso de comunicación no sólo depende de éstos, sino que también se complementa con las actitudes y posturas que adopta el cuerpo al establecer una diálogo con los demás, y es algo que tiene que ver con lo no verbal.

2.2 Comunicación no verbal

La comunicación humana y las relaciones interpersonales que se derivan en torno a ella, no dependen únicamente de la escritura y el lenguaje oral, sino que también el cuerpo, y en especial las actitudes que presenta éste son formas de expresar y transmitir mensajes.

Los actos de comunicación que crea el ser humano con los otros, casi siempre están acompañados de movimientos y gestos que significan algo, estos pueden ir desde un saludo, sonrisa, gesticulación de alguna parte de la cara, una simple mirada, e inclusive silencio tienen un significado. No forzosamente se necesita conversar con otra persona para comunicarle un hecho, ya que cualquier acción consciente o inconsciente a nivel corporal, comunica y señala ciertos mensajes.

A este tipo de comunicación que se realiza por medio del movimiento de cualquier extremidad del cuerpo (manos, cabeza, cara, etc.), se le conoce como “comunicación no verbal.” Que en la mayoría de las veces se encarga de especificar hasta cierto punto la congruencia o incongruencia de los que estamos diciendo. Solo por poner un ejemplo, en la relación médico-paciente, cuando la familia o el propio doctor tratan de ocultarle al enfermo la verdad sobre su padecimiento, mencionándole que su estado de salud es satisfactorio, hay ciertas expresiones de la cara que no corresponden a las palabras descritas, y esto permite que el afectado conozca la realidad de su mal. Aun cuando no se le haya expresado con veracidad lo que está aconteciendo.

Consecuentemente, el estudio de la comunicación no verbal ha sido abordada por diferentes disciplinas, Flora Davis menciona que “la psicología, la antropología, la sociología y la etología.”³³ Se han encargado de estudiar no sólo el lenguaje oral, sino que también lo referente a lo no verbal.

³³Davis, Flora, *La comunicación no verbal*, Alianza Editorial, España, 1996, Pp. 20-210

La psicología al respecto, reconoce la importancia de investigar lo relacionado al lenguaje no verbal, porque gracias a ello algunos psicólogos han descubierto que la forma que como se mueve el cuerpo de las personas al ser entrevistados, les permite reconocer ciertos aspectos acerca del carácter, sus “sentimientos y reacciones” que podrían tener con las personas que se encuentran alrededor de su entorno.

Para la antropología, ha servido como un referente para señalar que las diferentes “expresiones culturales del lenguaje corporal” son distintas entre sí dependiendo de la cultura de los individuos. Por su parte, la etnología, ha descubierto algunos aspectos similares en cuanto a la comunicación no verbal entre las distintas culturas, constituyendo que algunos de los movimientos del cuerpo para expresar una acción, son casi idénticos entre una comunidad y otra.

No todas las señales que se emiten de forma no verbal tienden a comunicar lo mismo, mientras que unas tienen la intención de indicar, otras son sólo expresivas, por lo que algunas se remitirán a proporcionar información sobre ciertas emociones personales, otras enfatizarán con respecto a las actitudes y rasgos distintivos de cada persona.

La importancia de la comunicación no verbal, radica en que siempre estará presente en cualquier acción que se haga ya sea voluntaria o involuntariamente, de hecho su relevancia muestra que los mensajes no verbales contribuyen en un porcentaje mayor al de las palabras cuando estamos interactuando con los demás. Ya que “los gestos transmiten el 55 por ciento, el tono de voz el 38 por ciento, las palabras tan sólo 7 por ciento.”

Entonces se puede decir que el impacto que tienen las palabras es relativo en comparación con las actitudes corporales como: la postura del cuerpo, la mirada, movimiento de los brazos, piernas y cabeza, así como las diferentes tonalidades de voz (volumen, timbre, entonación, etc.), porque éstos signos que emite el cuerpo, proporcionan ciertos significados que las personas pueden captar, aunque no se estén expresando verbalmente.

En general, las posiciones que asume nuestro cuerpo a la hora de conversar con otro individuo, serán las que manifiesten si se está de acuerdo o no con lo descrito por los demás, es decir, difícilmente se podrá fingir sobre las actitudes que muestra el cuerpo cuando se miente sobre una situación o se está en inconforme con la misma. Debido a

que estas posturas, en la mayoría de los casos se realizan de manera involuntaria, y son en última instancia las que indican si las palabras descritas corresponden, de cierta manera, a los movimientos que se generan físicamente.

Por lo tanto, la comunicación oral siempre estará relacionada con la no verbal, porque ambas proporcionan elementos necesarios para establecer un mayor entendimiento, entre los individuos de una sociedad determina. Y las características básicas de ésta, son:

- a) “La comunicación no verbal, generalmente mantiene una relación de interdependencia con la interacción verbal.”
- b) “Con frecuencia los mensajes no verbales tienen más significación que los mensajes verbales.”
- c) “En cualquier situación comunicativa, la comunicación verbal es inevitable.”
- d) “En los mensajes no verbales, predomina la función expresiva o emotiva sobre la referencial.”
- e) “En las culturas diferentes, hay sistemas no verbales distintos.”
- f) “Existe una especialización de ciertos comportamientos para la comunicación.”
- g) “El estudio en que se encuentra este tipo de búsqueda es el descriptivo.”³⁴

No obstante, más allá de estas características, el estudio de la comunicación por medio de los movimientos físicos, ha sido investigado por otras disciplinas o ciencias que se encargan de abordarla, y una de ellas es la “quinésica.”

El concepto de “quinésica (kinesics) se refiere al universo de las posturas corporales, de las expresiones faciales, de los comportamientos gestuales, de todos aquellos fenómenos que oscilan entre el comportamiento y la comunicación.”³⁵ El fundador de ésta ciencia fue Ray Birdwhistell, él diseñó un método para reproducir los fenómenos “quinésicos” es decir los movimientos físicos. Birdwhistell, describe los principios fundamentales de la quinésica y son los siguientes:

“1) ningún movimiento o expresión del cuerpo carece de significado en el contexto que aparece; 2) la postura del cuerpo, el movimiento y la expresión de la cara se hallan tipificados y por tanto son sometidos a un análisis sistemático; 3) el movimiento

³⁴ Pease, Allan, *Comunicación no verbal: “El lenguaje del cuerpo”*, Amat, México, 1993, Pp. 25

³⁵ Ellis, Richard, *Teoría y práctica de la comunicación humana*, Paidós, España, 1990, Pp. 67

sistemático del cuerpo entre los miembros de una comunidad es considerado como función del sistema social al que pertenece el grupo.”³⁶

Otro aspecto a considerar dentro de la comunicación no verbal, es el uso de la vestimenta, la apariencia que proyectamos hacia los demás tiene que ver en muchas ocasiones con la indumentaria que utilizamos. El atuendo, puede significar varias cosas para los otros individuos, el usar ropa formal (saco, corbata, pantalón de vestir), podría significar que la persona es alguien importante, que procede de un buen trabajo o institución, mientras que usar otro estilo de vestuario no muy común (extrovertido, informal, sucio, oscuro, etc.) ocasiona reacciones distintas entre las personas, como admiración, rechazo, e incluso exclusión de algunos sectores de la sociedad. Esto se debe a que el mensaje que se comunica por “el aspecto personal no es sólo el que se refiere a la persona en sí sino también a lo que ella expresa.”

Igualmente, es de vital importancia el uso de la mirada en este tipo de comunicación, porque la forma en que observamos, puede señalar varias actitudes que se toman con respecto a una acción realizada. Cuando una persona está mintiendo, tratará de desviar el contacto visual hacia otra parte. Al observar a otro más tiempo de lo normal, significa que se le encuentra atractivo. También los ojos, pueden delatar el estado de ánimo en el que se encuentra cada uno, el llanto señala, tristeza, o alegría. Por lo tanto, el contacto visual es un factor determinante en la comunicación que se sostiene con los demás.

Consecuentemente, al igual que la vista, las expresiones faciales son importantes, en el sentido de que proporcionan elementos para indicar el estado emocional de los sujetos. Las gesticulaciones que realiza la cara al estar dentro de diferentes situaciones, demuestran el momento emocional en el que se encuentra la persona y pueden ser: miedo, tristeza, enojo, angustia, sorpresa, alegría, etc. Aunque, algunas de las actitudes que muestran el cuerpo, tienen la intención de comunicar, otras son únicamente expresivas, es decir, no todos los movimientos “cinésicos” tienen la intención de significar. Por tal motivo, se debe enfatizar que entre la conducta “cinésica” o movimiento corporal, existen varias clasificaciones de los comportamientos no orales, y son los siguientes:

³⁶ *Ibíd.* 69

- A) “Emblemas.” Son acciones características y conocidas dentro de un sistema social, que indican por medio de señales o gestos un mensaje, en sustitución de las palabras. Por ejemplo cuando un individuo levanta hacia arriba el dedo pulgar de la mano, podría estar indicando que la acción correspondiente salió bien.
- B) “Ilustradores.” Se utilizan para continuar o interrumpir la comunicación. Generalmente, sirven para enseñar lo que se menciona verbalmente, o para destacar el contenido de alguna oración.
- C) “Muestras de afecto.” Se trata en la mayoría de las ocasiones, de las gesticulaciones de la cara y actitudes del cuerpo que expresan señales afectivas, encaminadas a continuar, obstaculizar o terminar la comunicación que se sostiene con otra persona. Por ejemplo, en la relación médico-paciente, un abrazo puede significar un lazo de amistad y confianza entre ambos.
- D) “Reguladores.”³⁷ Particularmente, éstos se utilizan para permitir que los individuos continúen hablando, pero también sirven como mediador para conceder la palabra a otro, así como, apresurar, e interrumpir en el momento preciso una conversación.

Sin lugar a dudas todos estos aspectos del lenguaje no oral, tienen como objetivo establecer una interacción más adecuada, considerando que todo lo relacionado a este tipo de comunicación, afectará o beneficiará lo mencionado verbalmente, debido a que no se puede separar lo verbal de lo no verbal, ya que ambas son complementarias para que exista una conversación más eficaz, contribuyendo a aumentar o reducir el diálogo.

No obstante, el estudio de las expresiones no orales, no solo tienen que ver con los movimientos del cuerpo, sino que también al cómo se dicen las cosas, conocido como paralenguaje, éste “tiene que ver con el espectro de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla.”³⁸ Es decir, que el tono de voz, volumen, énfasis, y velocidad son característicos de la comunicación y serán éstos aspectos los que influirán en el comportamiento de las personas, porque al utilizar la voz con una tonalidad muy alta puede significar, autoridad, agresión o enojo.

³⁷ L. Knapp, Mark, *La comunicación no verbal, “El cuerpo y el entorno,”* Paidós, México, 1999, Pp. 17-20

³⁸ *Ibíd.* 24

Otra característica de la comunicación no verbal y que resulta importante señalar es la “próxima” que describe “al estudio de todos aquellos aspectos que se refieren a la distancia o proximidad física que existe entre las personas que están manteniendo una comunicación.”³⁹

La próxemia, establece la relación de cercanía que tienen los individuos a la hora de comenzar una conversación, pero también se remite a señalar el espacio y la ubicación de los objetos que existen alrededor de ellos. Mientras que para algunos les resulta conveniente estar cerca de la persona con la que están dialogando, para otros esta situación les resultará incómoda.

De igual forma la colocación y color de las cosas en determinado lugar, repercutirá en la actitud de los demás, no todos están acostumbrados a las maneras de ubicar los espacios. Por ejemplo, para algunos médicos y pacientes la proximidad que sostienen entre ambos a la hora de encontrarse dentro de un centro hospitalario, les parecerá agradable con motivo de crear un ambiente de confianza, para otros no, por la incómodidad que les implica esta situación de cercanía. Igualmente, la manera en que están colocados los muebles, el área tan reducida de las habitaciones, es perturbadora para ciertos enfermos que encuentran en los hospitales un espacio ajeno a ellos.

Finalmente, si el lenguaje tanto oral como no verbal, son complementarios entre sí, para lograr un proceso de comunicación más eficientemente, e inequívoco, se deben tomar en consideración y con mayor atención todos los aspectos que en ella participan, para evitar posibles problemas entre los individuos, y más cuando se trata de situaciones como las que se dan en la relación médico-paciente.

2.3 Comunicación interpersonal

La comunicación dentro del contexto clínico es de vital importancia para lograr un buen entendimiento entre médico y paciente. La falta de la misma, produce varios problemas, que van desde el deterioro en la relación, fallas en la atención, hasta una posible demanda penal por parte de los individuos afectados hacia el personal de salud. Y ésta es en última instancia, la vía que toman los involucrados en dicha situación.

³⁹Pio E. Ricci, Bitti, Santa Cortesí, *Comportamiento no verbal y comunicación*, Editorial Gustavo Gili, España, 1980, Pp. 57-90

Es por ello que resulta trascendental, analizar esta problemática desde la perspectiva comunicativa, sobre todo a través de la comunicación interpersonal, que es a final de cuentas la que nos permitirá establecer el tipo de interacción preexistente entre médicos y pacientes.

La comunicación es un término que a grandes rasgos señala que es un proceso que tiene como finalidad enviar un mensaje para que posteriormente sea recibido por un receptor. “Asimismo, la comunicación implica tres niveles que son: sintáctico, semántico, y pragmático. El primero se refiere a la relación entre la estructura de los signos, el semántico a la relación entre los signos y su significado y el último, a la relación entre los signos y sus usuarios.”⁴⁰

Además, en la actualidad y de acuerdo con lo mencionado por Rizo Marta, “el estudio de la comunicación se enfoca más a la investigación de los *mass media* que se ha convertido en el objeto de análisis del ámbito comunicativo. El carácter humanista fue relegado por el tecnológico introducido por los medios de comunicación masiva. Uno de los principales problemas de la falta de interés por el campo comunicativo es la generalización que se le otorga al concepto.”

Es decir que el inconveniente principal radica en no tener una definición exacta de comunicación, y creer que todo lo puede ser, y si cualquier cosa lo es, resulta difícil abordarla desde una sola perspectiva. Ya que el uso actual del concepto se encuentra centralizado y reducido en torno a los medios de comunicación.

Por lo que la perspectiva mediática se ha extendido con facilidad dentro la población educativa que a su vez confunde o se refiere a la comunicación en relación a los medios (radio, televisión, cine, etc.). Sin embargo, la misma abarca otras disciplinas que no son tan relevantes para el ser humano, porque se ha globalizado y mercantilizado en los últimos años.

Lo antes mencionado se puede verificar en un estudio elaborado donde muestra que se han realizado “sólo 21 investigaciones sobre comunicación interpersonal, contra 222 de comunicación masiva,”⁴¹ convirtiendo el análisis mediático como el objeto

⁴⁰ Fernández Sotelo, José Luis. La comunicación en las relaciones humanas, Trillas, México, 1990, Pp. 135

⁴¹ Garza Guzmán, María Rosalía (2008) “*La comunicación interpersonal dentro del campo académico de la comunicación: Pautas para una sistematización*” Disponible en www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/687/Resumenes/68712864004_Resumen_1.pdf (Fecha de consulta: 25 de enero 2011)

principal de dicha disciplina. El poco interés académico por el desarrollo de la misma, genera que los estudiantes no conozcan la relevancia que tiene interactuar con otras personas.

Y en el caso particular de los alumnos de medicina, la comunicación queda relegada, y en términos generales solo se menciona la importancia que el término tiene para lograr establecer un diálogo con los pacientes. Sin embargo, y en la mayoría de los casos, en las instituciones académicas no especifican el cómo utilizar el concepto, esto lo menciona la doctora Guadalupe Grijalva. “En el área de salud no se enseña esa parte de comunicación, yo lo he visto con médicos, enfermeras. Es algo que nunca se enseña, uno lo va aprendiendo conforme va tratando a los pacientes.”

Entonces, si vivimos en un mundo donde las relaciones interpersonales permiten a los individuos construir y conocer su entorno a partir de las mismas, lo primordial sería legitimar su estudio como parte del campo académico para suscitar el interés sobre esta rama. Si los seres humanos edifican su medio social a partir de las interacciones con otros como lo mencionan “Berger y Luckman,”⁴² resulta trascendental enfocarse en este punto para lograr una definición más concreta del ámbito comunicativo.

En lo que respecta a la comunicación intersubjetiva, Rizo, Marta, define a la relación interpersonal como “el encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales.”

Así, la comunicación, como fundamento de la interacción social, es el principio básico de las relaciones sociales.”⁴³ Es decir lo interpersonal advierte varias situaciones en las que los individuos interactúan y se relacionan de forma recíproca, ocasionando cierta influencia sobre la actitud y comportamiento de las demás personas. En la interacción, los participantes intentan adecuarse a la conducta del otro.

Ante todo, la comunicación interpersonal, presupone una interacción cara a cara entre dos a más individuos, sosteniendo que el diálogo recíproco es la base para establecer un buen entendimiento en las relaciones humanas. Con la finalidad de intercambiar información que conlleve a lograr una comunicación eficaz. Se diferencia de las otras

⁴² *Ibíd.* 25

⁴³ Rizo, Marta (2010) “*Comunicometodología y comunicación interpersonal. Presencias y ausencias en la comunicología mexicana*” Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N67/actual/2mrizo.html> (Fecha de consulta: 10 de diciembre 2010)

porque su principal característica es interactuar con los demás. En un sentido general, es el proceso de usar el lenguaje, así como señales o signos no verbales, para enviar y recibir mensajes.

La comunicación, llámese, interpersonal o intrapersonal, es indispensable para lograr un buen entendimiento y una coordinación óptima para que la relación entre los involucrados (médico-familia, médico-enfermo) en el cuidado del paciente con enfermedad terminal mejore.

Por ello, Herbert Blúmer, fundador del “interaccionismo simbólico que se preocupa fundamentalmente por la interpretación por parte de los actores de los símbolos nacidos de sus interacciones.”⁴⁴ Propone tres premisas esenciales sobre las cuales se puede entender la importancia que tiene la interacción en una relación interpersonal:

1. Los individuos actúan sobre la base del significado que le otorgan a los objetos y al contexto que los rodea.
2. La significación que las personas le dan a las cosas, proviene de la relación interactiva que tienen con los otros dentro de una sociedad.
3. Los significados se usan como un proceso de interpretación realizados por los seres humanos en torno a los objetos observados. Modificándolos a través del mismo. Por lo que interacción y construcción de significados son dos procesos que van de la mano.

Considerando lo expuesto por Blumer, se puede decir que la parte fundamental de la comunicación interpersonal es la interacción con los otros y la trascendencia que se le da a los significados de los objetos expuestos en ella. Dado que este tipo de relación cara a cara se da entre dos o más personas se debe considerar que se caracteriza por ser más personal e individualizada que la que se puede suscitar en reuniones de grupos de mayor tamaño.

También en contraste con los otros tipos de comunicación es más “personalizada diádica, se da en una relación y recibe la influencia de la cultura y del género.”⁴⁵ La comunicación interpersonal es “diádica”, porque se da de manera alterna entre dos

⁴⁴Rizo, Marta (2004) *“De personas, rituales y máscaras, Erwing Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal”* Disponible en www.revistas.luz.edu.ve/index.php/quac/article/viewFile/8104/7767 (Fecha de consulta 10 de enero de 2011)

⁴⁵ Sotelo Fernández, José Luis, *La comunicación en las relaciones humanas*, Trillas, México, 1990, Pp. 181

individuos, es decir entre emisor y receptor se da la pauta para que los mensajes se comuniquen recíprocamente.

Es personalizada en el sentido que los individuos se relacionan y se comunican con otros sujetos de forma única, por ejemplo, cuando un médico en su consultorio atiende a un número indeterminado de enfermos y se dirige a ellos de idéntica forma y con las mismas palabras, no se considerará así. Sin embargo, si el doctor le pregunta a un paciente sobre aspectos más íntimos de su vida, y su sentir en relación a los mismos, entonces se dice que es personalizada.

La personalización hace la diferencia entre la comunicación interpersonal y otros tipos (mediática, pública, etc.), la individualización puede reflejar el entendimiento que se da dentro de la interacción entre los partícipes. Los mensajes interpersonales tienen una fuerte influencia en las relaciones que sostenemos con diferentes personas. La forma en la que nos comunicamos con los otros, varía del trato que sostengamos con cada uno de ellos. Por mencionar, en la relación médico-paciente, la manera en la que ambos dialogan, será distinta a como se dirigen con su familia. Es decir la conversación cambia dependiendo de la situación en la que se nos sitúe.

No obstante, la comunicación interpersonal, también recibe la influencia de la cultura y el género, en lo que respecta a la formación cultural, en el diálogo sostenido entre personal de sanidad y los afectados por alguna patología, las discrepancias entre ellos son muy comunes. Ocasionado porque culturalmente el doctor tiene una formación médica, con referente al otro. La captación de palabras desconocidas por los enfermos es muy poca, y el entendimiento entre los mismos en ocasiones es inexistente.

En cuanto al género, esto tiene que ver con el comportamiento del hombre y la mujer en la sociedad. Mientras que las interacciones entre hombres se dan en distintas situaciones en donde se muestran (agresivos, directos, sin miedos, etc.), las mujeres se deben mostrar (emocionales, afectivas, indirectas, etc.), ya que desde el momento en que nacemos la discrepancia en este aspecto ha sido muy marcada a través de los años.

Por su parte “Erving Goffman,” propone cuatro principios básicos que se deben tomar en cuenta en la relación cara a cara y son los siguientes:

- a) Los participantes en una relación de carácter interpersonal deben saber cómo guiarse dentro de una sociedad, se comprometen a realizar los actos que de ellos se espera, adecuándose para cada una de las situaciones de interacción.
- b) La implicación de una persona debe ser de manera apropiada en las relaciones sociales que participa.
- c) Cuando la interacción se realiza con personas ajenas, los individuos deben de enseñar cierto nivel de *desatención cortés*.
- d) Los sujetos que interactúan en una relación interpersonal tienen la necesidad de ser comprensibles con los otros, para que la misma continúe, y no se disuelva.

Tomando en cuenta lo expuesto por Goffman, podemos decir que la comunicación que se tiene en la relación médico-paciente, no se puede considerar interpersonal. Porque, antes que nada, existen varias situaciones como: el despotismo, desatención y falta de tiempo para el diálogo, dentro del entorno médico, que no permiten que exista este tipo de comunicación.

En primer lugar, en ocasiones no hay un compromiso del personal de salud hacia los enfermos y viceversa, para adecuarse a cada una de las circunstancias que se presentan en la interacción. Como tal, la implicación de los individuos no es del todo apropiada, pero sobre todo no existe una comprensión entre ambos para poder constituir una comunicación adecuada, para que ésta continúe y no se disuelva.

Ya que en el contexto clínico, la comunicación, es primordial en la relación médico-paciente, porque en ella va explícita e implícitamente la información en los mensajes que se transmiten unos y otros. Si el mensaje que recibe el receptor del emisor, no es entendido la conversación se verá afectada y la conexión también. “Una de las condiciones indispensables para la comunicación humana es que exista una relación interdependiente entre la fuente y el receptor. Cada uno de éstos afecta al otro. A cierto nivel de análisis, la comunicación implica tan solo una interdependencia física; esto es, la fuente y el receptor son conceptos diádicos; cada uno necesita del otro incluso para su definición y existencia.”⁴⁶

La interacción no solo se da en el ámbito verbal también se utiliza en lo no verbal (las expresiones gestuales, la postura física, los movimientos corporales, etc.), y la

⁴⁶ K. Berlo, David, *El proceso de la comunicación*, el Ateneo, México, 1985, Pp. 99

actividad no verbal es una de las habilidades del proceso comunicativo que existe entre las personas. La comunicación interpersonal tiene varias características entre ellas están:

- 1) *Comienza con la construcción del “Yo”*
- 2) *Es transaccional*
- 3) *En las relaciones interpersonales las personas comparten una proximidad física*
- 4) *Los mensajes que en ella se emiten están moldeados por papeles sociales*
- 5) *La comunicación interpersonal es irreversible e irrepetible*

Tomando en cuenta estas características se demuestra que si la interacción entre médico-paciente no se da del todo es por la concepción que cada uno tenemos del yo. “El yo (algunas veces imagen del yo o concepto del yo), es una idea compleja, pero no difícil de entender. Puede definirse como ese patrón de creencias, significados, y comprensiones que cada individuo desarrolla relativo a sus características personales, capacidades, limitaciones y valor como ser humano.”⁴⁷

Es decir el yo, es la percepción que cada uno tiene sobre sí, de lo que somos capaces de hacer y donde estamos ubicados en el orden social. Por lo que el médico, podría tener una percepción de sí mismo muy alta. Él se concibe quizás como una persona superior a los demás, no se puede equivocar porque su profesión no se lo permite, ya que la sociedad lo percibe en ocasiones como un sanador “omnipotente” y él se piensa de esa forma.

Esta percepción de un “yo” privilegiado, le permite en algunas ocasiones, hablar y decidir por los enfermos, decir que es lo que tienen que hacer y cómo hacerlo, puesto que se encuentra dentro una institución médica que lo respalda en la mayoría de sus actos, si se comete un error por parte de él, como un diagnóstico erróneo, que le provoca la muerte a un paciente, ellos confirman lo contrario, tienen un sin fin de repuestas, que convencen a las personas que los médicos en la mayoría de los casos no se equivocan, aunque se trate de un engaño.

Su posición como un proveedor de salud, le otorga cierta jerarquía dentro del orden social, que le da ese poder de manejar y controlar a los enfermos a su disposición,

⁴⁷Margaret, Defleur, “Fundamentos de la comunicación humana” Disponible en: <http://mcgraw-hill.com.mx/cgi-bin/book.pl?isbn=9701051254&division> (Fecha de consulta: 25de marzo 2011)

porque la última palabra siempre la tienen el personal médico, debido a su conocimiento y basado en el modelo hegemónico.

Esto lo señala la doctora Guadalupe Grijalva, médico familiar del programa de Atención al Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), “el modelo hegemónico ha sido siempre el que predomina, es aquel en el que el paciente va, y uno es el que guía todo el interrogatorio, uno da las órdenes, se le dice a qué hora se van a tomar los medicamentos, y pocas veces se deja hablar al paciente.”

Por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones el galeno, siempre cree tener la razón, no se le puede debatir, él cuestiona, y lleva un control en la comunicación, dicho de otra forma la retroalimentación o “*feedback*” no existe, dando como resultado una interacción inadecuada con los pacientes y sus familiares. Si uno quiere comunicarse con los doctores, en algunas ocasiones esto no es posible, debido a que también utilizan conceptos médicos para responder algunos de los cuestionamientos que les realizan los pacientes.

Ya para finalizar, en las relaciones interpersonales existen varias formas de “alienación” que se dan entre los individuos a la hora de interactuar, y de acuerdo con Goffman son las que a continuación se presentan:

“*La atención puesta en sí mismo.*” Es cuando el individuo centra su total atención hacia su persona, y no permite una conversación adecuada con él, ya que están más al pendiente de sus aspectos personales. Y es algo que también ocurre en la relación entre médico y paciente. Los doctores, en ocasiones se encuentran más preocupados por el cómo se sienten ellos, y no el enfermo.

“*La atención puesta en la interacción.*” Este tipo de alienación se refiere al compromiso y preocupación que toman las personas en una conversación y porque la misma se lleve adecuadamente. Por ejemplo en el caso específico de los médicos, algunos se comprometen tanto en la interacción con el paciente, que inclusive procuran no cometer ningún error al conversar con él. Su compromiso es tal, que a cada momento se encuentran al pendiente de lo que van responder si son cuestionados.

“*La atención puesta en otros.*” Esta forma de alienación es la más frecuente, se refiere a la atención que prestan los individuos hacia otras al momento de la interacción, éstas se convierten en el centro de interés, y no la persona con la que dialogan. Y en el tema de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente no es la excepción, ya que se

puede llegar el caso que ambos, se enfoquen y presten más disposición hacia otras personas que se encuentren alrededor y no a la comunicación que estén realizando entre ellos, puesto que creen el tema sobre el cual están conversando, ya no tiene la mayor relevancia.

Finalmente, si las relaciones interpersonales son las más trascendentales en el desarrollo y entendimiento de las personas, el énfasis que se debe poner a este tipo de comunicación deberá ser mayor, y no tener como principal objeto de estudio a los *mass media*, dentro del ámbito comunicativo.

2.4 La comunicación en los servicios de salud

El diálogo entre varias personas es un proceso complejo y difícil, este mismo es utilizado por los hombres para comunicarse con otros, la interacción es el objetivo principal de todo acto comunicativo. No se puede, no comunicar, los animales, los seres humanos, están en constante comunicación, día con día. Y ella forma parte fundamental de la vida.

Las interacciones a nivel interpersonal tienen efectos a largo y corto plazo. De forma inmediata un individuo puede ser afectado, en el aspecto “cognitivo (lo que piensa), afectivo (lo que siente)”, debido a que no se logran entender (problemas de interpretación, percepción, lenguaje), lo que ocasiona un distanciamiento entre los partícipes.

Todo ello presupone que los individuos que tienen “déficits sociales”, en repetidas ocasiones efectúen una evaluación pobre y carente de sentido sobre lo que se le está emitiendo, por lo que dichas personas tiene una tendencia constante a distorsionar la realidad. Como lo que sucede en la relación entre médico-paciente. El primero por ser considerado en la sociedad como alguien que tiene la razón dentro del contexto clínico, contra el segundo que desconoce el medio, serán los enfermos los que desarrollan una actitud más crítica y exigente al calificar como deficiente la atención percibida. Aunque no siempre es el caso, porque pueden existir sujetos con enfermedades terminales muy cultos e inteligentes que, sin embargo, pierden el control ante la gravedad de su padecimiento y el grado de entendimiento no corresponde al que debería ser entre ambos.

Los doctores durante la entrevista clínica llevan un alto grado de control, se muestran autoritarios en el interrogatorio, limitan al enfermo a la hora de responder, en la conversación la indiferencia siempre está presente. La comunicación se ha convertido en un vínculo “asimétrico”, ya que es el médico quién establece desde un principio el cómo se guiará la misma.

Este predominio por parte del doctor sobre los pacientes se respalda en el modelo hegemónico, el cual “se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercido a través de un paternalismo, unas veces benevolente y otras autoritario.” Supone que los pacientes deben ser; pasivos, obedientes, sumisos, etc.

Es decir, el enfermo se encuentra en una posición de inferioridad en torno al personal clínico, los afectados no tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones en cuanto a su enfermedad se refiere. Depositán su confianza en el galeno mientras se limitan a seguir plenamente las órdenes que les señale. Él decide cual es el mejor tratamiento para los enfermos, habla en nombre de ellos, tomando en cuenta que estos no tienen la facultad necesaria para decidir, ya sea porque no tienen los conocimientos médicos o por la imposibilidad que les impone su enfermedad.

Todo acto comunicativo supone un proceso (emisor-mensaje-receptor) mediante el cual se logra el entendimiento de los individuos que en él participan. Cuando no se logra que los otros comprendan la información que el emisor está comunicando, prevalecen los problemas de percepción, ya sea por que el mensaje no es bastante claro para el receptor o las palabras utilizadas en él no son entendibles.

Esta situación se ha vuelto un serio problema en las instituciones médicas en donde la comunicación entre médico-paciente es casi nula, debido a que el personal utiliza un lenguaje cargado de conceptos médicos poco entendibles para los enfermos. El lenguaje utilizado en la *anamnesis* se convierte en otro inconveniente, las palabras utilizadas para definir o explicar el padecimiento que sufre el paciente por parte de los médicos, está cargado de conceptos técnicos totalmente desconocidos y poco entendibles para las personas ajenas a la medicina.

Este idioma técnico se convierte en una cuestión muy seria cuando se utiliza como método de conversación entre médico y enfermo, en especial porque se trata con individuos que están al borde de la muerte.

Los mensajes utilizados en el diálogo pueden ser malinterpretados y causar un daño severo en su autoestima, por que el significado de las palabras no es igual para todos. Es conveniente señalar lo expuesto por *Ferdinand De Saussure*, creador de la lingüística moderna, “la función del signo consiste en comunicar ideas por medio de mensajes. Esta operación implica un objeto, una cosa de lo que se habla o referente, signos y por lo tanto código, un medio de transmisión y, evidentemente, un destinatario.”⁴⁸ Tomando en cuenta lo señalado por *Saussure*, si el enfermo no entiende el significado del mensaje (signo), mencionado por el galeno, la comunicación no funciona.

Por ejemplo si no se conoce el concepto de la palabra *EPOC* que significa “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”⁴⁹ la interpretación que le pueda dar el paciente en contra parte con el doctor es distinta, quizás al primero le cause angustia, miedo, o confusión. Y no tanto para el segundo, que al saber lo que significa (EPOC), no tendrá las mismas reacciones. Si el problema de la comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes, radica en la interpretación que uno y otro le da a las palabras que se mencionan en la entrevista, en dicha relación las habilidades comunicativas de los médicos son fundamentales para el intercambio de los mensajes, que a su vez pueden beneficiar o deteriorar la relación.

No obstante, se debe tomar en cuenta que en éste como en todos los procesos comunicativos, no se mueven hacia una sola dirección; si hablamos de comunicación es conveniente que exista una retroalimentación, para que la interacción funcione de manera correcta y la intervención de los involucrados se lleve a cabo de tal forma en la que ambos participen.

Si la comunicación en términos generales es un proceso cuyo objetivo es enviar un mensaje a un receptor, para que este lo reciba, no se puede asumir que el diálogo entre médico y paciente tome una sola dirección, sino que es indispensable que exista por otro lado la perspectiva del paciente-médico, en la que el profesional de la salud deberá escuchar de manera receptiva los mensajes que el enfermo le envía para lograr un entendimiento recíproco.

⁴⁸ Guiraud, Pierre, *La semiología*, Siglo Veintiuno, Argentina, 1974, Pp. 56

⁴⁹ Toscano, Lilia (2008) “*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*” Disponible en

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud39_epoc.pdf (Fecha de consulta: 10 marzo de 2011)

También se tiene que tomar en consideración otro aspecto fundamental dentro de este proceso, en el cual la comunicación que se lleva en este ámbito tiene un carácter psicológico presente en la difusión y recepción de los mensajes que pueden alterar las actitudes, creencias e intenciones de uno y otro, debido a que durante la entrevista clínica las palabras mencionadas de forma consciente o inconscientemente adquieren un sentido diferente para cada uno de los involucrados.

Por tal motivo, los profesionales de la salud tienen que considerar y buscar los términos correctos que faciliten el entendimiento entre ellos, ya que el problema radica en que el paciente no comprende el significado de las actitudes, gestos o conceptos que en su momento utiliza el médico para referirse al doliente y a su padecimiento. Y si se trata de un enfermo que se encuentra en una situación delicada de salud, la utilización de palabras desconocidas puede resultar determinante para que se rompa o continúe la relación. Que a su vez alteran y limitan el proceso comunicativo, *Pedro Laín Entralgo* menciona que existen algunas alteraciones de la comunicación que pueden identificarse en dos niveles: “a nivel de comunicante o emisor, y al nivel del receptor y su capacidad de decodificar el mensaje emitido.”⁵⁰ Es decir si el término utilizado por el emisor no es entendible por el receptor como se ha venido mencionando surgen las limitantes en el proceso comunicativo.

También durante la *anamnesis*, la relación se puede ver afectada por reacciones y sentimientos que inconscientemente despiertan en el paciente durante el proceso comunicativo. Debido a que el enfermo se encuentra frente a un individuo que representa para él una imagen de autoridad, los recuerdos de la infancia comienzan a regresar, confundiendo al médico con algún familiar, generando conductas infantiles, y por ende, una obediencia pasiva hacia profesional de salud.

Este tipo de conductas regresivas obstaculizan la interacción, porque en el momento que se suscitan, el enfermo terminal, recrea situaciones del pasado al presente, denominado *transferencia*, “que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual.”⁵¹

⁵⁰ Jinich, Horacio, *Médico, el enfermo y la medicina*, Facultad de medicina, México, 1987 Pp. 19

⁵¹ Erroteta, José (2009) “*Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos*” Disponible en www.ome-aen.org/NORTE/33/NORTE_33_100_67-72.pdf (fecha de consulta 26 de mayo de 2011)

En contraparte con el paciente, el profesional clínico, reacciona de manera inconsciente sobre lo mencionado por el otro, recurriendo a una conducta inapropiada que se interpone en la relación médico-paciente. Que está directamente relacionada a las conductas “transferenciales.” Llamada también *contratransferencia*, “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.”⁵² Estas conductas tomadas durante el diálogo terapéutico, producen un bloqueo en el proceso interactivo, afectando a los partícipes.

Además los mensajes utilizados durante la *anamnesis* se emiten bajos dos perspectivas: “la verbal y la paraverbal.”⁵³ Los aspectos verbales de la comunicación están contenidos en el discurso mismo, en el cual el médico se encarga de estructurar la descripción de los padecimientos del enfermo, a través del diálogo entre ambos se intercambian las palabras que ayudan a describir los síntomas, dudas, sentimientos, miedos y preocupaciones del paciente.

Es mediante la interacción verbal que el profesional clínico conoce la realidad del aquejado, donde quedan expuestas sus habilidades comunicativas como pueden ser: preguntar de forma adecuada, dar las indicaciones correspondientes para el tratamiento del mismo sin caer en malos entendidos, asumir la responsabilidad que tiene el uso de términos equívocos que puedan resultar ofensivos.

Sin embargo, el discurso del doctor debe adecuarse a las necesidades culturales, económicas y sociales del enfermo para que éste logre entender el mensaje, en este sentido las palabras se vuelven esenciales en dicho proceso, lo implícito y explícito de los mensajes y la forma verbal en la que se dirige el personal médico debe estar establecido conscientemente para evitar conflictos o confusiones.

En lo que respecta al aspecto paraverbal, este tipo de comunicación es tan importante como la anterior, en donde el silencio, tono de voz, la actitud corporal, y la mirada son captadas por los pacientes de forma consciente e inconsciente, igual que las palabras, estas expresiones pueden distorsionar o ayudar a que la relación continúe o se disuelva. Porque el silencio puede ser signo de pena, desconfianza, molestia, resignación,

⁵² *Ibíd.* 71

⁵³ Hermes, Michel, *La comunicación*, Anthropos, España, 1996, Pp.28

pudor, o bien la incapacidad que se tiene para expresarse y la dificultad para entender una pregunta o palabra desconocida.

En el diálogo clínico, el silencio del paciente tiene que ver con su imposibilidad de entender lo que en su momento se le señala, “*el no saber que decir*” (falta de formación académica, y aprendizaje), ante lo expuesto por el médico, y por otro lado “*el no querer decir*”, donde el enfermo oculta información relevante de su padecimiento por miedo o timidez.

Otro aspecto fundamental en la comunicación es la mirada, mediante ella los profesionales de salud deben observar de forma directa y objetiva, mostrando seguridad, confianza y respeto a la persona que tienen en frente. El enfermo, por su parte, mira al médico con admiración, pero sobre todo refleja esperanza, solicitando que pueda ser comprendido, pero también puede que él lo contemple de forma retadora exigiendo una solución a su enfermedad.

El tono de voz en cambio es señal de autoridad y un indicador de emociones, como enojo, preocupación, angustia y miedo. Por medio de la actitud corporal se muestran ciertos factores que indican, comodidad, dolor, tensión, agresividad o timidez. En el ámbito hospitalario la comunicación interpersonal debe abarcar ciertos niveles para mejorar la atención al enfermo cómo lo son la “disponibilidad, solicitud, percepción interna, empatía.”⁵⁴

- 1) *Disponibilidad*: Es un nivel fundamental en la comunicación interpersonal. El médico en este caso se muestra interesado en recibir y escuchar al paciente. Muestra una actitud de cordialidad y apertura hacia el otro.
- 2) *Solicitud*: El galeno se encuentra atento a lo solicitado por el aquejado, la solicitud es para que se le preste la atención y comprensión debida a su padecimiento.
- 3) *Percepción interna*: En este nivel, el personal de sanidad tiene que percibir lo que internamente está sintiendo el enfermo frente a problemas externos o conflictos familiares que lo aquejan.

⁵⁴Vásquez Martínez, Domingo, *Formación del personal de salud en México*, Facultad de medicina, México, 1993, Pp. 196-198

- 4) *Empatía*: Los profesionales clínicos, logran conectarse de cierta forma con el sentir del otro, para responder adecuadamente a sus necesidades, compartir sus ideas y sentimientos, para que los individuos logren sentirse bien con ellos.

Por ello, el diálogo en este contexto tiene que ser claro, conciso y la comunicación interpersonal utilizada en los servicios de salud, tiene que considerarse como “multidimensional,” es decir que se enfoque a varios aspectos y se dirija en distintas direcciones, y se construya bajo la premisa de bienestar común, para evitar conflictos a corto y largo plazo. Porque la manera como se da un diagnóstico independientemente de la gravedad de la enfermedad y si ésta se encuentra en una fase terminal es, y será la parte principal en donde se rompa o se mantenga la relación médico-paciente.

Por el contrario si el dictamen se comunica de modo en que al enfermo se le permita expresar sus sentimientos, y se logre una interacción en donde ambos participen, la comunicación interpersonal y la reacción por parte de él hacia su padecimiento será de aceptación y confianza en el doctor. Se debe tener en cuenta que las personas que padecen enfermedades terminales, acuden a recibir atención médica para mejorar su salud, y no a escuchar otras palabras que afecten o dañen su salud. Comunicarse es ante todo, interactuar con los demás, en un sentido estricto es mantener una comunicación equitativa.

El médico por su parte, en la comunicación utiliza tres modos formales de comunicarse con el paciente: “la interrogación, la indicación, y la orientación,” el interrogatorio sirve como base de preparación para el acto comunicativo, con él se rompe el silencio entre uno y otro. Entre otras cosas, se utiliza para establecer el primer contacto con el enfermo, y es el medio para saber las necesidades del mismo, aunque en ocasiones se torna en un diálogo de pregunta-respuesta, donde la comunicación es dirigida por el personal de sanidad. Que a su vez se encargan de dar las indicaciones pertinentes para su tratamiento, y orientar cuales serán los procedimientos a seguir durante su duración. En cuanto al silencio del médico, debe ser “significativo y transnificativo.”⁵⁵

El saber conversar es parte del diálogo, pero también el tener que callar cuando las otras personas están hablando es esencial, el silencio significativo es el que expresa algo (dolor, ira, alegría, etc.) Y el transnificativo que es cuando se ha logrado entender lo

⁵⁵ Leal Quevedo, Francisco (2003) “*La palabra y el silencio en la relación médico-paciente*” Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/54.pdf> (Fecha de consulta: 23 de julio 2011)

expuesto por el paciente. De aquí la importancia del escuchar al otro. Puesto que el hombre no es un ser aislado, necesita establecer contacto con los otros para expresar sus necesidades, padecimientos, sentimientos, ideas, etc. Esto requiere de un código usual y aceptado por medio del cual se logra el diálogo; y no es algo que tenga que ver con lo físico o espiritual, sino que se realiza a través de una producción de palabras emitidas y recibidas en el proceso de comunicación utilizado por el lenguaje.

Así al mantener una interacción constante entre ambos, permite entre otras cosas reducir los niveles de tensión y estrés generado por la rutina diaria. Si la comunicación es de alguna forma positiva por parte del personal médico, crea un ambiente óptimo para que los pacientes puedan tomar consciencia sobre su salud, y logren tomar decisiones adecuadas sobre cómo quieren ser cuidados, y por su parte la familia puede tener un mayor acercamiento, dado que el estar al corriente sobre el estado del padecimiento de su familiar, propicia un mejor entendimiento y dinamismo entre ellos.

Sin embargo, la falta de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, desencadena una serie de inconvenientes que contribuye considerablemente al detrimento de la relación médico-paciente, señalados en el siguiente capítulo.

Capítulo 3 Factores que deterioran la relación médico-paciente.

3.1 Relación médico-paciente

En el capítulo anterior, se definieron las características principales que tienen los diferentes tipos de comunicación (interpersonal, verbal y no verbal), así como mencionar la importancia que tiene ésta en los servicios de salud. En el presente, se expondrán los factores por los cuales se ve afectada la relación médico-paciente, pero también se definirá a la misma de acuerdo a autores como: Pedro Laín Entralgo, Horacio Jinich, Alberto Lifshitz, entre otros.

La relación médico-paciente es la parte substancial de la práctica médica, se encuentra sustentada por una serie de valores y principios éticos que comparten ambos involucrados. Sin embargo, es una actividad que se ha deteriorado casi por completo en los hospitales, los médicos ya no se encargan de atender al enfermo sino a la enfermedad. La misma se ha modificado con el transcurso del tiempo.

En las antiguas civilizaciones no se disponía de la tecnología que hoy disponen los grandes hospitales, las enfermedades eran consideradas una maldición y su tratamiento era realizado por magos o brujos. Ya para los siglos “VI y V” antes de Cristo, *Hipócrates* señaló que en la medicina existen tres elementos importantes: “la enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico-enfermo en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar.”⁵⁶

La relación médico-paciente, se crea dentro de las relaciones humanas, es además una de las más difíciles. Se debe considerar que es una interacción de tipo interpersonal, en donde ambos, dependen del conocimiento del otro, porque el enfermo está al pendiente de la información que le proporcione el profesional de la salud, siempre tratando que la misma se dé recíprocamente.

No obstante, cabría preguntar ¿Es lo mismo informar que comunicar? Hay que hacer una distinción entre un concepto y otro. Cuando una persona transmite o da una información, sólo está dando a conocer un hecho, o bien de los datos que se procesan para divulgar un mensaje. Por ejemplo, un médico le informa al paciente que padece una enfermedad degenerativa, como insuficiencia renal crónica, y también le menciona sobre la evolución que esta presenta, aquí el enfermo se remite a escuchar lo descrito por el galeno. Mientras que en el proceso de comunicación, supone una interacción entre un emisor (doctor) y un receptor (paciente). En la que ambos dialogan al respecto del tema en curso. Porque “informar no es comunicar.”

En este aspecto, es de vital importancia el tema de la comunicación, no sólo para estar al tanto de las necesidades biológicas y psicológicas del paciente, sino para evitar los posibles conflictos que se derivan de una atención inadecuada por la falta de entendimiento, el poder interactuar con el enfermo, mejora la confianza entre ambos, y el saber reconocer cual es el principal problema que presenta el paciente, origina un ambiente óptimo en la relación galeno-enfermo.

Pero, ¿Qué significa este concepto? La relación médico-paciente (RMP), se define 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

⁵⁶ Gómez, Esteban, Rosa, *El médico como persona en la relación médico-paciente*, Editorial Fundamentos, España, 2002, Pp. 33

receptor/médico.”⁵⁷ La comunicación dentro de un hospital implica un nivel de interacción en varios aspectos, en donde el saber escuchar, ser escuchado para lograr un entendimiento mutuo, es la parte fundamental de la relación médico-paciente. Y la distinción entre uno y otro, se observa en el trato de los expertos a los dolientes, en la que se deja en claro quién posee el mando y cuál la necesidad.

Pedro Laín Entralgo la describe cómo “la relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud.”⁵⁸ Ésta puede ser entendida en tres aspectos: “de dominio, cooperativa, y de amistad.”

La primera es la que se presenta en una situación asimétrica; caracterizada porque el especialista clínico tiene el poder y lo ejerce para dominar al paciente y se mantenga obediente a lo que se le indica.

En la segunda, la relación entre uno y otro se sitúa en un ambiente de cooperación, ambos dialogan y aprenden a escuchar para conocer las necesidades que tienen. Por último, en la relación de amistad, los lazos afectivos están condicionados por la estimación que se tienen, no existen las barreras que rompan la confianza y la amistad entre ellos.

Por su parte, Horacio Jinich la define como “el variadísimo conjunto de interacciones que tienen efecto entre uno y otro. Se establece desde el momento (o aún antes)” en que la persona que se siente o se cree enferma acude en demanda de ayuda a la persona que, por su dominio de la técnica (o sea sus conocimientos, destrezas y habilidades) y por su vocación ofrece su ayuda.”⁵⁹

Tomando en cuenta lo mencionado por Jinich, si se trata de una relación en donde existen numerosas interacciones, que repercuten en la conducta de uno hacia el otro. ¿Por qué existen tantos conflictos en torno a ésta? Quizás la definición que ofrece Jinich no sea la más adecuada.

Ya que lo señalado por el médico va afectar la conducta del paciente, y se debe considerar, por otro lado, que los individuos que acuden a recibir consulta hospitalaria no necesariamente tienen que presentar un padecimiento para ser atendidos, ya que la relación médico-paciente es ante todo una interacción que se lleva a cabo entre dos

⁵⁷ Fernández V, Jorge, (2005) “*Relación médico-paciente: estructura del concepto*” Disponible en: www.medico-paciente.com/pdf/quedelibros (Fecha de consulta: 27 de marzo 2011)

⁵⁸ Laín, Entralgo Pedro, *Relación médico-enfermo, Historia y teoría*. Alianza, Madrid, 1983. Pp. 24-30

⁵⁹ Jinich, Horacio, *La relación médico-paciente*, Manual moderno, México, 1992, Pp. 5-56

individuos, para establecer una comunicación que permita un diagnóstico lo más adecuado posible.

Por su parte, Alberto Lifshitz, menciona que la relación médico-paciente es la parte fundamental del trabajo clínico, “se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente y para generarle confianza.”⁶⁰

No obstante, más allá de tratarse de una interacción, donde los involucrados participen de forma ecuánime, las responsabilidades que tiene uno en torno al otro, deberán ser llevadas por cada quién con la mayor seriedad posible.

No es el facultativo, el único responsable, de cumplir con todo lo referente a ella. Puesto que, es un hecho, que el médico, es el que debe realizar un esfuerzo mayor para que la relación se realice en un ambiente apropiado, pero también, el paciente, tiene que estar consciente de sus obligaciones. Ya que el doliente, demanda una atención de calidad, sin fijarse que en muchas ocasiones, son los enfermos los que tienen cierto grado de culpabilidad cuando se genera un conflicto alrededor de ésta.

Porque como señala Lifshitz, el personal de salud también “vive en mayor o menor medida, los sufrimientos del paciente” el deceso de alguno de ellos, provoca angustia, y en algunos casos, preocupación ante una posible demanda. Lifshitz destaca, que en la relación paciente-médico, no debe olvidarse la “condición humana” de éste último y las necesidades no como profesional, sino como persona.

Por otro lado, para Alberto Lifshitz, es importante “explorar la comunicación que se da entre médico y paciente a través de los síntomas y signos de éste, de tal modo que se pueda hablar de un “lenguaje clínico” o lenguaje de las enfermedades, no tanto identificado con la jerga de la medicina clínica, sino considerando los signos y síntomas como elementos lingüísticos de la comunicación, obviamente cargados de significado.”⁶¹

Para él, es importante identificar, primeramente que los padecimientos son signos, que expresan algo, es decir, la enfermedad es señalada como signo (síntoma), mismo que

⁶⁰Lifshitz, Alberto (2012) “*La comunicación en la relación médico-paciente*” Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/2012/MarzoAbril/Medicina%20Interna%202.3%20Editorial.pdf (Fecha de consulta: 25 de mayo 2011)

⁶¹ Lifshitz, Alberto, La clínica como lenguaje, Disponible en: Revista CONAMED, 2003, Pp. 46

es utilizado por el paciente para transmitirle al doctor la información necesaria, tanto verbal, como corporalmente, para indicarle que algo lo aqueja.

Entonces, el galeno, en este aspecto, debe saber reconocer las señales que le está tratando de comunicar el enfermo para no elaborar un diagnóstico erróneo.

Sin embargo, describir correctamente los signos, que el aquejado presenta, no es una tarea sencilla, porque éstos son polisémicos, no tienen un solo significado. La relación galeno-enfermo, ha sido descrita por varios patrones como el “Modelo de *Laín Entralgo, de King, Leary, Hollender.*”⁶² Tal y como se muestran a continuación en el siguiente cuadro:

Relación médico-paciente: modelos

Modelo	Supuesto
Laín Entralgo	No analiza la relación médico-paciente, desde la perspectiva de la comunicación, sino que para <i>Pedro Laín Entralgo</i> , está considerada como un encuentro entre dos individuos, primeramente, el enfermo que necesita la atención de los facultativos, y por el otro, el médico apto para ofrecer los medios técnicos necesarios, para que el paciente recupere la salud. Propone, a su vez, que se debe establecer en lo que él llama el “binomio menester-amor”, es decir que el enfermo al poseer un mal, el galeno tiene la necesidad de ayudarlo. Entonces se convierte en una relación, donde uno necesita y el otro asiste. Laín Entralgo establece, que también existen varios momentos como: <ul style="list-style-type: none"> a) El momento cognoscitivo. Se refiere al encuentro que se da entre ellos a la hora de la consulta, en donde el médico conoce al enfermo mediante la entrevista clínica para que posteriormente, elabore en base a la misma un diagnóstico. b) El momento operativo. Es aquél, donde el doctor, usa todos sus conocimientos (tratamientos, prescripción de medicamentos, altas, et.) para que los pacientes recuperen su estado físico. c) El momento afectivo. Es donde, los lazos afectivos están presentes, se comienza a dar un cierto apego o amistad entre el médico y paciente, siempre con el objetivo de que el segundo recupere la salud.
King	Establece que al momento del encuentro entre ambos, tanto paciente, como galeno, son capaces de observar la forma de ser de cada uno, por lo que más tarde, éstas percepciones que cada quién tiene del otro, culminarán en actos de comunicación, verbales y no verbales, generando nuevas acciones.
Leary	Propone, que la interacción gira en torno a dos aspectos; “dominio-sometimiento” y que al desarrollarse mediante una de éstas actitudes, el otro, desarrollara la acción contraria, por ejemplo cuando el médico es autoritario o paternalista, el paciente

⁶² Tena Tamayo, Carlos, *La comunicación en la relación médico-paciente*, Prado, México, 2005, Pp. 332-333

	dependerá de lo dispuesto por el personal clínico, mostrándose pasivo y obediente.
Hollender	Menciona que la relación médico paciente, debe estar centrada en las actitudes que toman los partícipes conformen al progreso de la enfermedad del paciente. Por lo que el profesional de la salud deberá asumir una actitud distinta para cada situación. Este modelo se caracteriza por el tipo de comportamiento que adquirirán ambos, debido a la evolución del padecimiento, el momento y las circunstancias en el que se sitúen.

En consecuencia, ante los constantes cambios sociales que presenta la relación médico-paciente, el enfermo fue adquiriendo otro tipo de actitud hacia los médicos y las instituciones que ofrecen atención clínica. Ya no se muestran pasivos e indiferentes hacia lo prescrito, sino que exige a los facultativos una explicación más convincente sobre su mal, y al no obtenerla, buscan en otros medios la información necesaria que satisfaga sus dudas. También, en la nueva relación, el paciente no se conforma con recibir una consulta adecuada, ahora seleccionan la más conveniente entre una y otra, y eligen la mejor siempre la mejor oferta.

Ésta postura que ha tomado el enfermo, propicia, por un lado la desconfianza de ambas partes, y por el otro convierte la relación en prestador de servicios-cliente, en ella uno funge como vendedor y el otro es un consumidor.

Lo cierto es que lo único que se logra con esta forma de conducir la relación, es trastocar el orgullo de los involucrados, sobre todo los del médico que ahora se vislumbra de la siguiente manera:

“Yo era un médico”

Yo era un médico, ahora soy un proveedor de servicios de salud.
Solía practicar medicina, ahora funciono en un sistema de atención gerenciada.
Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de consumidores o clientes.
Solía realizar diagnósticos, ahora me aprueban para otorgar una consulta.
Solía dar tratamientos, ahora tengo que esperar la autorización para proveer atención.
Solía tener una práctica exitosa entre la gente, ahora tengo una insuficiencia de papel.
Solía destinar el tiempo a escuchar a mis pacientes, ahora lo utilizo para justificarme ante las autoridades.
Solía tener sentimientos, ahora tengo una actitud.
Ahora no sé bien lo que soy.

Fuente: Laín, Entralgo, Pedro, La relación médico- enfermo, Alianza Universidad, España, 1983, Pp. 328

Ante esta situación los médicos asumen distintos tipos de actitud en cuanto a la manera de establecer la relación con los pacientes. Y de acuerdo con *Pedro Laín Entralgo* son: *“el profesionalizado, el paternalista, y el déspota.”*

El profesionalizado. Establece una relación meramente profesional, no muestra signos de emoción, permanece distante, para él es como si el paciente no existiera, porque solo se dedica a tratar la enfermedad no al individuo, en la mayoría de las veces les menciona que no tienen nada, es frío en todos sus actos.

Por su parte *el paternalista*, ostentoso de saber que él manda en la relación, considera al aquejado como incapaz, no siente respeto alguno por el otro, ya que no tiene los conocimientos necesarios para contradecirlo. El *déspota*, es el profesional que se aprovecha de las personas que acuden a pedirle ayuda, las trata de forma prepotente y grosera. Se respalda en la posición y el lugar en que se encuentra.

Asimismo, los pacientes toman ciertas actitudes cuando están frente al personal médico, algunas de ellas pueden mejorar o empeorar la situación, *Lain Entralgo* menciona las siguientes: “de confianza, sumisión, adulación, desconfianza, y de exigencia irracional.”

En la actitud de confianza el enfermo, confía plenamente en profesional de salubridad, lo considera la persona más apta para tratar su enfermedad, ya que se siente comprendido por él.

De sumisión. En ella el individuo obedece lo descrito por el doctor, se mantiene sumiso, no exige explicaciones, ni cuestiona la forma en que se le está tratando.

De adulación. El enfermo terminal siente la imperiosa necesidad de alabar de sobre manera al galeno, no para obedecerle, sino para ganarse el favor del que piensa tiene el poder en ese momento.

De desconfianza. No siente que la persona que lo esté tratando en su momento tenga la capacidad para solucionar su padecimiento, no se entiende con él, y en este punto la relación está destinada a la ruptura total.

De exigencia irracional. En esta última, los enfermos tienden a exigir una solución inmediata al personal médico, creen que ellos son los responsables de sus padecimientos, por lo que tienen la responsabilidad de sanarles.

Para finalizar, tomando cuenta lo ya descrito, si la relación médico-paciente es la parte fundamental para que se realice una buena atención médica, y por ende la comunicación sea la más adecuada, hay que tomar en consideración los errores y los aciertos preexistentes en ella. En donde, el personal clínico debe saber que la práctica que realizan se encuentra dentro de un marco social e histórico determinado, y forma parte de

las relaciones humanas, y si no se lleva a través de una comunicación eficiente se corre el riesgo de perjudicar aún más la relación y guiarla a una crisis.

3.2 Crisis de la comunicación entre médico y paciente

La comunicación en los servicios de salud, es un aspecto que se ha venido deteriorando con el paso del tiempo y su práctica se ha olvidado. La crisis de comunicación en la relación médico-paciente está propiciada por una falta de información de los médicos hacia los pacientes sobre la situación real de su enfermedad y el avance que esta presenta.

Y si ésta se les llega a proporcionar, no fue lo bastante precisa, ya que tampoco se les menciona cuáles podrían ser los posibles riesgos si se someten a un tratamiento para contrarrestar su padecimiento. Los pacientes al verse restringidos, se ven en la forzosa necesidad de informarse sobre su enfermedad en otros sitios. En especial los ofrecidos por los medios de comunicación masiva.

Esto representa un problema más, ya que la crisis de la comunicación es originada, primeramente, por la escasa difusión que se les brinda en los hospitales, y por el otro, a la trasmisión de información sin sustento y poco objetiva de los *mass media*.

Por lo que si un paciente encuentra datos alarmantes sobre su mal, tomará una actitud negativa hacia las instituciones de salubridad y el personal que ahí labora. Aún, cuando las noticias difundidas por los medios de comunicación masiva sean ficticias. Tal y como lo menciona el paciente XIII. “A mí el doctor de mi clínica, este, no me explicó bien de que se trata mi enfermedad, me dijo el nombre que era, bueno más bien a mi esposa le mencionó que yo tenía Síndrome de Fournier. Y como no me explicaron que era, pues yo me puse a buscar en el internet, y ya cuando vi de que se trataba el asunto me espanté.”

Es por ello, que debería “evitarse en lo posible que los periodistas escogiesen para ilustrar informaciones sobre salud las imágenes que más les impresionan, sin reflexionar si ello resulta bueno o malo para el receptor.”⁶³

Esta poca veracidad en las notas informativas provoca un cambio sustancial en la relación, acentúa la crisis, y al no entenderse las características reales de la situación por la que atraviesan, en ese afán de encontrar culpables, se engrosa más el conflicto sin llegar a

⁶³ De Lorenzo, Ricardo, *Salud y comunicación*, Disponible en: Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 4 de octubre-diciembre, 2004, Pp. 28

una solución. Debido a que mayoría de los afectados llegan al hospital pensando que todavía tienen esperanzas de salvar su vida, cuando su situación es otra.

La desinformación, e inadecuada atención médica, inician por otro lado el descontento no sólo de él sino de los familiares, por lo que en repetidas ocasiones los profesionales de la salud se ven relacionados en asuntos penales, ya que el paciente al verse afectado exigirá una solución, y al no tenerla posteriormente, comenzará un proceso legal (demanda) en contra del médico responsable.

De igual forma, los doctores empiezan a identificar como un enemigo potencial al aquejado, aconsejado por abogados que buscan el beneficio económico, por lo cual se ven obligados a practicar una medicina “defensiva”, provocando un desmedido daño psicológico en el individuo.

Esta crisis, cabe señalar, no sólo tiene que ver con la insuficiente información que les proporciona el personal de salud a los pacientes, sino que también los individuos afectados tienden a utilizar un lenguaje visceral, que no le permite al galeno elaborar un buen diagnóstico. Las palabras que utiliza el enfermo para describir sus síntomas en repetidas ocasiones no son correctas, porque tienen miedo a decir la verdad o simplemente para culpar al otro, chantajearlo, y escapar de una situación dolorosa.

Si los datos que fueron proporcionados son falsos, insuficientes o incongruentes, es difícil para el doctor realizar un diagnóstico adecuado que permita conocer los factores reales que dañan la salud del enfermo. Si el galeno no entiende lo que ellos le están comunicando se originan las dificultades en torno a la comunicación. Originando una descalificación de uno hacia el otro, “es decir, el mensaje, que te regreso es ni te conozco ni te rechazo, no existes.”

Esto es iniciado porque el lenguaje utilizado por ambos es distinto, el doctor al poseer un nivel médico, casi siempre utilizará conceptos desconocidos para el enfermo, que al no comprender lo descrito por el profesional, éste quizás lo calificará como ignorante, por lo tanto el paciente se limitará, sólo a escuchar lo mencionado por el galeno. Sin embargo, cuando el emisor es el único que habla, y no existe una respuesta del receptor se dice que no hay comunicación.

Y de acuerdo con lo mencionado por Horacio Jinich “para que los mensajes transiten con la debida rapidez y claridad, es necesario poner atención en la semántica

que es muy importante en el área de atención, porque los médicos somos proclives a utilizar tecnicismos y a los directores nos encanta usar términos muy elevados. Se nos olvida que el paciente no tiene la misma preparación.”⁶⁴

Si el individuo no entiende el significado de las palabras, es indudable que el personal de salud tiene la prioridad de explicarles la situación, sobre su mal, con un vocabulario más entendible, por que el lenguaje se convierte en una barrera de la comunicación. Además hay que considerar que a algunos pacientes les da miedo hablar, “hay enfermos que esconden el dolor por temor a cansar o irritar al personal médico o a su familia (y ser tenido por un mal paciente); o por miedo a desviar la atención del médico con respecto al tema principal.”⁶⁵ El enfermo al experimentar cierto temor al conversar de sus sentimientos, pone una barrera entre él y los que los rodean.

Por su parte, el médico también se encuentra condicionado para hablar con plena libertad, ya que no se le puede comunicar al enfermo que va morir, en un hospital está prohibido, entre otras cosas hablar de muerte, los profesionales de la salud, están capacitados para hacerle frente, no para hacer uso de la palabra, es una regla, una norma laboral instaurada para establecer un control de lo que se dice y cómo se va decir, no está permitido, hay que conversar con prudencia y bajo las medidas de las institucionales. Sólo se permite comunicar lo establecido.

Esto es algo que menciona Michel Foucault, para él los discursos tienen un orden y están reglamentados. “En una sociedad como la nuestra son bien conocidos los procedimientos de exclusión. El más evidente, y el más familiar también, es lo prohibido. Se sabe que no se tiene derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, en fin no se puede hablar de cualquier cosa.”⁶⁶

Por lo que el médico, tomando en cuenta lo mencionado por Foucault, no puede notificarle al paciente que está al borde de la muerte, porque su discurso tiene un orden, se limita a lo que el hospital le permita decir. Se le puede mentir al enfermo, pero no comunicarle que va morir o que su padecimiento no tiene solución, propiciando que la interacción comunicativa no se efectúe.

⁶⁴ *Ibíd.* 33

⁶⁵ Castro González, María del Carmen, *Tanatología, La familia ante la enfermedad y la muerte*, Trillas, México, 2007. Pp. 68

⁶⁶ Foucault, Michel, “*El orden del discurso*” Disponible en: <http://www.blogdelibros.com/el-orden-del-discurso-de-michel-foucault/> (fecha de consulta: 25 de marzo de 2011)

Otro factor a agregar es el de “la mentira piadosa.”⁶⁷ Que consiste en la ocultación real de la verdad hacia el enfermo en torno a su mal, por considerar que algunos no tienen la capacidad para soportar la noticia de que su enfermedad es grave, que les ocasionará un desenlace fatal en un corto lapso de tiempo. Incurrir en ella se considera como un delito, el encubrir la realidad, produce un obstáculo, un vacío, y un rompimiento de la comunicación entre el profesional clínico y el derechohabiente, y aquellos que conocen la verdad.

Este hecho genera desconfianza y un daño moral en el afligido, que sin embargo, difícilmente puede ser engañado. Por que las actitudes corporales (comunicación no verbal), los mensajes verbales y un lenguaje carente de sentido, le permiten descubrir la verdad. “En las publicaciones de ética médica se añade un argumento más, en contra del ocultamiento de la verdad: que la actitud paternalista la cual ha caracterizado a los médicos en el curso de la historia de su profesión, es moralmente insostenible y que, cuando el médico, *motu proprio*, piensa que a su paciente le haría daño saber la verdad, lo que está haciendo es abusar de un paternalismo éticamente inadmisibles.”⁶⁸

Aunque los que están a favor de la negación de la verdad, consideran que no le quieren agregar al deterioro corporal, un daño moral, sustentando que la “mentira piadosa” es ética cuando se utiliza a favor de la salud del enfermo, cabría preguntar ¿Qué tiene de ético mentirle al paciente? Cuando lo más que se desea es conocer la verdad.

A lo descrito, hay que sumarle un obstáculo más, y es la falta de confidencialidad sobre el padecimiento del afligido puesto en manos de terceros. El exponer los secretos del paciente por parte del personal médico ocasiona en primer lugar el descontento de éste, y por otro la demanda. “El concepto de confidencialidad está muy ligado al de intimidad. La confidencialidad consiste precisamente en guardar reserva sobre las informaciones que afectan a la vida privada de los individuos.”⁶⁹ La información proporcionada por el afectado al ser privada, constituye un derecho del mismo, y un secreto del galeno, que por tanto tiene la obligación de salvaguardar, pues la característica principal de la relación médico-paciente, se lleva a cabo por la confidencialidad y la confianza de ambas partes. El romper este lazo, atenta contra la integridad física y moral

⁶⁷Jinich, Horacio, *El médico, el enfermo, y la medicina*, UNAM facultad de medicina, México, 1986, Pp. 44

⁶⁸Ibíd. 45

⁶⁹Agustín, Víctor, *Las historias clínicas: Aspectos jurídicos y el derecho a la reserva de la información*, Disponible en: Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 4 de octubre-diciembre, 2004, Pp. 22

del afectado. La intimidad es un derecho de toda persona que le permite actuar de forma libre y autónoma, el profesional clínico al infringir en el mismo, deteriora aún más la comunicación.

Entonces ¿Cuál es el principal problema en esta relación? O ¿Cuál es el motivo por el que se genera una crisis en la comunicación? La discrepancia radica en el hecho que “se ocasiona daño a los pacientes por asumir una conducta con negligencia, con impericia o bien porque en las instituciones de salud existen deficiencias relacionadas con los recursos, la capacitación, la organización, etc.”⁷⁰ Lo que provoca un síntoma de desconfianza del enfermo hacia los médicos.

Sin embargo, la dificultad comunicativa preexistente no solamente es ocasionada por estos factores, hay que sumarle los siguientes: “la prepotencia, el desinterés, el maltrato y el lenguaje poco entendible, desgasta y ensucia el diálogo entre ellos.”⁷¹ Ahora no solo existe desconfianza del paciente hacia el doctor sino que es mutua, es decir el temor es de parte de ambos. Los enfermos se quejan de la falta de humanismo del galeno, la mala y poca información que se les brinda con respecto a su padecimiento, y la arrogancia de éstos.

Pero, ¿Qué es una crisis?, ¿Y cuáles son los factores que la ocasionan? Una crisis es “un cambio repentino entre dos situaciones que amenaza la imagen y el equilibrio natural de una organización, porque entre la situación anterior y la situación posterior a la crisis se produce un acontecimiento súbito (inesperado o extraordinario).”⁷² Estas tienen varias características que son comunes:

- a) *“La sorpresa.* Se presenta de forma inesperada, su aparición no permite anticipársele, provocando un desequilibrio inminente en la relación que se esté llevando a cabo.
- b) *Las crisis son únicas.* Cada caso es diferente y por ese motivo las crisis son irrepetibles por lo que nunca reproducirán los mismos efectos.

⁷⁰Tena, Tamayo, Carlos, (2003) “*La comunicación humana y el derecho sanitario*” Disponible en: www.conamed.com.mx (Fecha de consulta: 19 de marzo 2011)

⁷¹ Ibíd. 45

⁷²Piñuel, José Luis (2003) “*La comunicación en crisis*” Disponible en www.ucm.es/info/mdcs/ComCrisis.pdf (Fecha de consulta: 26 de mayo 2011)

- c) *Situación de urgencia.* Las crisis provocan situaciones urgentes, dado que las mismas producen resultados técnicos negativos en la información que circula dentro de un contexto dado.”

Por otra parte una crisis está conceptualizada como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.” La cual tiende a perturbar el estado emocional de los involucrados, provocando un enfrentamiento por no tener las herramientas necesarias en el momento de su aparición.

En el entorno médico que es el que nos refiere, las crisis están asociadas a causas psicológicas, físicas y sociales, que tienen que ver directamente con la relación estrecha entre médico-paciente que sostienen durante la entrevista clínica, o la duración del tratamiento del afectado. Cabe señalar que este inconveniente no sólo le compete al personal médico, puesto que en gran medida el individuo que solicita asistencia, también tiene un porcentaje de culpabilidad.

Culturalmente, las personas que asisten a recibir consulta médica, no siguen correctamente las indicaciones que los doctores les señalan, porque no existe una educación como tal que enseñe a los individuos a ser buenos pacientes. Por lo que los enfermos que presentan un deterioro grave en su salud, difícilmente seguirán de forma adecuada las indicaciones de los profesionales clínicos.

Además, la comunicación se dificulta aún más, cuando los individuos presentan una enfermedad terminal, por esta razón, algunos pacientes no logran captar lo que se les menciona, “las palabras que usamos cuando hablamos apenas impactan de 10 a 15% de la atención de la persona que escucha, el tono de voz de 25 a 30 % y los gestos 55 a 60 %.

Entonces tomando en cuenta estos porcentajes, si el galeno no utiliza las palabras adecuadas para describir los padecimientos, se propicia una confusión por parte del enfermo.

Por ejemplo, algunos pacientes terminales, debido a su padecimiento, el nivel perceptivo en ellos se ve disminuido, porque él enfrenta la amenaza de morir, y el cáncer que evoluciona con el transcurso del tiempo, provoca un daño físico y mental que merma

su capacidad para entender al médico, la comunicación se hace más pausada, y problemática. Asociado a que los doctores, creen que el enfermo entiende las palabras que los mismos emiten.

Cuando la comunicación no es clara y concisa, es productora de malos entendidos, porque los mensajes emitidos por el personal médico hacia los derechohabientes adquieren un carácter polisémico, es decir, el mensaje es interpretado de forma distinta por cada persona.

Si la comunicación tiene como objetivo persuadir al otro, y esta sugestión se realiza inadecuadamente la misma está encaminada al fracaso, por lo que el galeno deberá tener cuidado al comunicarse con el paciente. Considerando que algunas personas no tienen el nivel educativo y cultural que él posee.

En la actualidad se identifica que en la relación doctor-enfermo, la veracidad y la calidad en el ámbito comunicativo es de baja eficacia, propiciado por una mala formación académica. “Con los clínicos es difícil abordar el asunto de la dimensión interpersonal. Somos formados para pensar en la dimensión técnica de la calidad.”⁷³ Lo importante para el médico es curar, entonces la relevancia que toma la práctica es preponderante sobre el desarrollo de la interacción. En otras palabras, el diálogo queda sustituido por la dimensión científica.

Se puede decir que en toda relación médico-paciente, siempre va existir una crisis, porque el enfermo tiene que enfrentar procesos evolutivos de su enfermedad que no le permiten presentarse de la mejor manera a pedir ayuda clínica, y por el otro lado están las del profesional de salud, que provienen de los sucesos que se presenten en el desarrollo de la misma.

Se debe señalar que en algunos casos, el paciente al que se le está brindando la atención no es cualquier individuo, es una persona que presenta un padecimiento que se encuentra en una fase final. Que requiere de otro tipo de atención y cuidados, no es un enfermo común, el cual atraviesa por un sinnúmero de problemas psicológicos, en donde el paciente, empieza a pensar que no se puede hacer nada por su salud, que es imposible salvarse. El bloqueo mental que presentan algunos enfermos no les permite comunicarse

⁷³ Romero Téllez, Miguel, *Comunicación y calidad de la atención*, Disponible en: Revista CONAMED, Vol. 7, Núm. 3, Pp.28

con los otros, porque siente que nadie lo puede entender, apartándose del mundo que lo rodea.

No sólo estos factores influyen en los problemas de crisis, además de los pacientes, los médicos sufren cambios en los estados de ánimo que los llevan a dejar de prestar una atención adecuada. Ya que el desgaste físico que produce la rutina diaria de varias horas de trabajo al día, o el tener que realizar las mismas actividades, convivir con los mismos compañeros, atender a un sinfín de personas, siempre en el mismo lugar. Es algo que resulta estresante y agotador para el doctor, y más cuando se llevan varios años realizando lo mismo.

Esto es un hecho que les ocurre a la mayoría de los profesionales que trabajan por un tiempo significativo con personas, ya sea como profesor en las escuelas, o como en el caso del personal médico, atendiendo varios pacientes, produciendo una alteración física y emocional en los profesionistas, debido al contacto frecuente que tienen con ellos.

El descuido en la atención y comunicación de los médicos hacia sus enfermos, se debe principalmente al “*Síndrome de Burnout*, denominado también Síndrome de desgaste profesional (SDP), psíquico o del quemado (SQ).”⁷⁴ Este produce una falta de interés laboral, así como un cansancio emocional, originando en el caso del personal médico, la pérdida de atención adecuada hacia los pacientes.

Este síndrome, no sólo se observa en profesionales que laboran de forma directa con enfermos, y como mencionan *Pines y Aronson* “consideraron que el (SB) no es exclusivo de profesionales que desarrollan una labor de ayuda y, por tanto, puede estar presente en cualquier tipo de profesional; dado que según ellos, es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionales demandantes.”⁷⁵

Dicho síndrome obstaculiza la relación médico-paciente, se convierte en un problema al que se enfrentan los galenos, y no les permite desarrollar de manera adecuada las actividades correspondientes en torno a la atención de las personas que padecen una enfermedad.

⁷⁴ Borda Pérez, Mariela, (2007) “*Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*” Disponible en http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/pdf/salud_uninorte/231/pdf (Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2010)

⁷⁵ Ortega C, López F. El *Burnout* o *síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Int J Clin Health Psicol.2004, Pp.137-160.

La presencia del *Síndrome Burnout* en el personal que labora en los hospitales provoca varias deficiencias como “alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar.”⁷⁶ Por otro lado, la atención a domicilio a un enfermo terminal, por parte del médico también provoca varios síntomas de agotamiento, acompañados de una carga de estrés muy importante que disminuye la comunicación y la eficiencia de los profesionales médicos en su trabajo, ya sea con su propio equipo, los pacientes, y la familia.

Por último, hay que indicar que no sólo lo descrito con anterioridad ocasiona ésta crisis en la comunicación, porque es un hecho que hablar de muerte y hacerle frente es un hecho que a la gran mayoría de las personas les provoca cierto temor. Y en éste caso algunos médicos le temen. Lo anterior ha quedado de manifiesto al cuestionarse a las profesiones de la salud con las siguientes preguntas “Con qué frecuencia piensa en la muerte Y ¿Cuánto miedo le tiene a la muerte? El grupo de los médicos resultó ser el que menos pensaba en ella y el que más le temía.”⁷⁷

La falta de preparación y conocimientos para hacer frente a este proceso inevitable del ciclo biológico, provoca inseguridad y desatención de la población que sufre enfermedades incurables por parte de los galenos, no saber qué hacer en su momento crea un escepticismo profesional y el progresivo aislamiento de los afligidos. Ya que desde su formación como estudiante de medicina, se les prepara para dar soluciones inmediatas a cualquier mal, no está contemplado dentro de su educación profesional, no tener una respuesta, por lo que la muerte de uno seguirá siendo un gran fracaso y el mayor temor.

Dicho de otra forma los médicos están acostumbrados a salvar vidas y no a lidiar con personas destinadas a morir, el simple hecho de saber que no se puede hacer más por el paciente, provoca en ellos cierta actitud de indiferencia y rechazo, porque el personal de salud no está preparado para aceptar el fallecimiento de quien asiste, es decir, esto representa un fracaso para la medicina, y para los propios doctores. Les resulta inaceptable tener que tratar con personas que no pueden ser sanadas por ellos. “Por ello,

⁷⁶ Guevara C, Henao D, Herrera J. *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle*. Colombia, Médica. 2004, Pp.173-174.

⁷⁷ Blanco Picabia, A, *El médico ante la muerte de su paciente*, España, Monardes, 1992, Pp. 155

la muerte del paciente supone simultáneamente el fracaso más absoluto de su función médica y el derrumbamiento completo de su *ego* personal.”⁷⁸

3.3 La tecnología en la medicina ¿La beneficia o la afecta?

El avance de la medicina con la ayuda de la tecnología ha conseguido controlar algunas de las enfermedades que hasta el día de hoy se conocían como mortales, (cáncer, sida, diabetes Mellitus, etc.) logrando así aumentar la esperanza de vida de algunos pacientes en su lucha contra la muerte. Dando paso a una evolución significativa en el quehacer médico y en la cura de algunas enfermedades como el cáncer que hasta algunos años no tenían remedio alguno. Si bien el uso científico en el trabajo médico favorece el control y la sanación de algunas enfermedades, hay que señalar que también la afecta, ocasionando que la relación médico-paciente se vuelva más instrumental y la atención entre en una etapa de crisis por factores como: la falta de comunicación entre galeno y enfermo, la posible deshumanización del médico, y la intervención del Estado en las decisiones hospitalarias sobre quién o quiénes tienen derecho a recibir atención médica.

El uso tecnológico a favor de la medicina ha ocasionado que algunos médicos que laboran en las unidades hospitalarias se olviden del lado humano, y solo se preocupen por aliviar las enfermedades de sus pacientes a cualquier precio. “Este predominio casi exclusivo de los aspectos curativos de la medicina en las últimas décadas, basado fundamentalmente en la aplicación de alta y costosa tecnología, ha conducido por una parte a una deshumanización de la medicina.”⁷⁹ Se ha olvidado que la parte más importante para lograr un beneficio satisfactorio para pacientes y doctores, es antes que nada, la parte humana y el desarrollo de una buena comunicación entre ambas partes para la obtención de bienestar común.

Sin embargo, con todo el progreso científico en el ámbito médico, no se ha logrado impedir que las personas fallezcan y la carrera contra la muerte se ha perdido. Y lo que es peor aún, la comunicación se ha ido degradando cada vez más. Aunque ahora con la ayuda tecnológica, aplicada al trabajo clínico, es difícil fallecer de enfermedades como “diabetes mellitus, infecciones, insuficiencias renales, etc.”

⁷⁸ Gómez Sancho, Marco, Medicina Paliativa en la cultura latina, Arán, España, 1998, Pp. 57

⁷⁹ *Ibíd.*, 155

Esto ha conducido a un aumento considerable en las expectativas de vida de las personas que las padecen aunque “ello significa un aumento de las enfermedades degenerativas y por lo tanto más posibilidades de morir.”⁸⁰ El abuso de la tecnología, no solo crea un obstáculo en la relación, sino que deshumaniza el trabajo médico, transformando por completo la misma.

Ahora el doctor se ha convertido en una especie de máquina especializada para sanar y nada más, ya no se trata a la persona como paciente, sino como un caso, no importa lo que el enfermo siente, dice, ni el dolor que presente, a él solo le interesa curar la enfermedad. Por lo que “tras algunos años de rutina profesional la transmutación se ha completado: ya no queda rastro de aquel joven estudiante que idealizaba la profesión como un servicio a los demás; ha nacido en su lugar, un *terminator* de la medicina”⁸¹

Y en este momento se basa en una “médico-máquina-paciente, médico-institución-paciente, médico-administración-paciente, etc.”⁸² Ahora entre el profesional de la salud y el enfermo, se han interpuesto las sofisticadas máquinas de rayos X, el estetoscopio, la computadora, etc.

Esta imposición de intermediarios, se va haciendo más frecuente, lastimando el objetivo principal de la medicina, que es el aspecto humano y la comunicación equitativa entre enfermo-profesional médico.

Los médicos al volverse más mecanicistas, buscan satisfacer sus propias necesidades y no las de los enfermos. Ahora la persona ya no es vista como tal, sino que se le ha convertido en un objeto u órgano, tal y como lo menciona Foucault en el “Nacimiento de la clínica.”⁸³ Es decir, se vuelve así porque los enfermos no tienen significado ni sentir para los médicos, el único valor que se le otorga es cuando representa un beneficio económico para la institución, mientras que no se le asigne un precio, el enfermo es un objeto. Y es órgano, porque se atiende a la enfermedad que presenta el miembro como tal, y no a la persona enferma, se sana a los órganos dañados, se cura a los mismos, el dolor emocional, y psicológico de la persona, como no es tangible y no forma parte de las dañadas no se puede sanar.

⁸⁰ Gómez Sancho, Marco, *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*, Arán, Madrid, 1998, Pp. 155.

⁸¹ García, Campayo J, Aseguinilaza L, Lasa Labaca G. *Empatía: La quintaesencia del arte de la medicina*. España, 1995, Pp. 27-30.

⁸² Laín, Entralgo, Pedro, *La relación médico- enfermo*, Alianza Universidad, España, 1983, Pp. 324

⁸³ Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada medica*, Siglo XXI, 1989. Pp. 270

Excederse en el uso de la tecnología por parte del personal médico, y sobre todo interponer a las máquinas entre paciente y doctor, por un lado han deshumanizado la práctica, ya que la relación que deriva es una relación impersonal. Y por el otro ha creado especialistas en ciertas áreas clínicas, donde la “subespecialización médica” fragmenta la atención hacia el ser humano. Porque el doctor se centra en la región afectada del cuerpo, se dedica a atender problemas de mayor complejidad, su exclusivismo no le permite ver más allá del área para la que se especializó.

También la subespecialización, contribuye al deterioro de la relación y la deshumanización de la medicina, porque se trata al enfermo como un órgano (hígado, riñón, corazón, etc.) creando una mecanización y estandarización de las enfermedades. Por lo que el médico debido a que su profesión es muy demandante se ha dedicado, a considerar las enfermedades como una misma, es decir la enfermedad se ha estandarizado, se tratan casi por igual a los padecimientos que presentan las personas, solo se observa por encima y se diagnostica inadecuadamente, no se hace una investigación a profundidad, por que la cantidad de pacientes es muy alta, por ello se atienden a unos cuantos, aunque se traten de padecimientos totalmente distintos, lo importante es curar la mayor cantidad, eso es lo importante para la nueva medicina.

Esto se debe en gran medida a que los médicos son capacitados para prestar atención a hechos biológicos, emplear técnicas que permitan sanar y tratar enfermedades, pero no para comprender los aspectos emocionales y sociales de los enfermos en particular.

En las instituciones hospitalarias, los enfermos forman parte de un proceso de cuantificación, de una estadística, se les ha reducido a un número, la práctica se ha mecanizado, la comunicación es casi inexistente.

Ahora el doctor, comunica, diagnóstica, cuantifica, alivia enfermedades, no enfermos, a los especialistas ya no les importa el paciente ni lo que este sienta, no se le pide información sobre otros aspectos como lo puede ser el estado emocional o psicológico, y difícilmente los médicos podrán conocer en su totalidad al paciente, en el diagnóstico de la enfermedad. Ya que sólo pueden identificar el padecimiento biológico. Al personal médico se le ha capacitado para aliviar los padecimientos a nivel corporal, lo relacionado con los sentimientos no es algo para lo que se le haya preparado aún.

Al considerar que lo más importante en realidad es el padecimiento y no el paciente como tal, se genera un deterioro en la relación médico-paciente, que a su vez está propiciada por una postura médica que denigra y rebaja al enfermo a la condición de objeto, porque al momento de diagnosticar el padecimiento y posteriormente sanarlo, nunca se le preguntó al enfermo que dolores tenía, además de los físicos, lo que provoca una falta de comunicación entre los mismos.

Entonces “el hecho de que el médico solamente actué como científico y de que despersonalice al paciente convirtiéndolo en un objeto biológico de conocimiento, mina la base de la consulta médica, deforma su desarrollo y limita sus frutos.”⁸⁴

El doctor se ha transformado en una especie de robot con instrucciones específicas que le permiten realizar operaciones de alto riesgo, curar en una cantidad mínima de tiempo al mayor número de enfermos, alargar la vida de algunos, aunque el detrimento de la atención y del ser humano vaya en aumento.

Por lo tanto, se puede decir que se ha convertido en una relación médico-máquina-enfermo, la cual se ve afectada por la interposición de los sofisticados aparatos tecnológicos, de los cuales los galenos se han vuelto dependientes. Debido a ello “hay que analizar el asunto de la dependencia tecnológica a través de dos conceptos, lo que llamamos tecnocentrismo y tecnofetichismo.”⁸⁵

El tecnocentrismo es la forma en la que se organizan los trabajos sociales en relación a la tecnología. “En la medicina son las tecnologías de diagnóstico y tratamiento las que determinan los niveles de atención y la configuración de las unidades, esto es a lo que llamamos tecnocentrismo.”⁸⁶ Respectivamente el tecnofetichismo, “está considerado como la representación idealizada de la técnica y la tecnología, que les confiere un valor y un poder propios, sobreestimando sus posibilidades de alcance y fincando en ellas la solución de nuestros problemas, esto también es la raíz de lo que se conoce como tecnocracia.”⁸⁷

En el quehacer médico el tecnofetichismo hace dependientes del mismo al personal clínico, degradando su actividad, ocasionando un uso indiscriminado y rutinario

⁸⁴ Jinich, Horacio, *La relación médico-paciente*, Manual moderno, México, 1992, Pp. 5

⁸⁵ Viniestra Velásquez, Leonardo, *Las condiciones para una comunicación humana en la relación médico-paciente*, Disponible en: Revista CONAMED, Vol. 7, Núm. 3, Pp. 41

⁸⁶ *Ibíd.* 41

⁸⁷ *Ibíd.* 42

de la tecnología, que encarece los servicios de salud. También convierte a los galenos en especialistas en cuanto a la operación de técnicas, la creciente utilización de equipo tecnológico, transforma la percepción que tenía el clínico del enfermo. Produce a su vez una necesidad imperante de estar siempre en un constante proceso de actualización en cuanto a su utilización, por lo que, el dominio de los aparatos tecnológicos ¿Hace más eficientes en su labor a los médicos? Quizás la respuesta sea muy obvia y algunos dirán que el estar actualizado en este aspecto proporciona una gran ventaja en el trabajo médico.

Sin embargo, el costo puede ser muy alto, el uso indiscriminado de la tecnología crea médicos autómatas, incluso, inhumanos, y las personas que asisten para recibir atención médica se pueden sentir despersonalizadas, objetos de estudio, ahora son personas cuantificables a las cuáles se les ha asignado un número que los identifica. Esta imposición de aparatos novedosos con tecnología de punta, transformó la relación en médico-máquina-paciente, esto ocasiona desconfianza y hasta cierto punto, un temor en el enfermo a la hora de dirigirse al galeno, ya que “la aparición de la máquina provocó un miedo profundo, porque, según se decía, sustituía al hombre.”⁸⁸

Entonces si la mecanización del doctor se debe a que en gran medida se le está reemplazando por los artefactos clínicos, o bien se ha dejado suplantar, la tecnología más allá de ofrecer un beneficio, se convierte en un obstáculo, sin dejar de señalar los logros que ésta tiene en cuanto a la curación de algunas enfermedades que hasta algunos años no tenían respuesta médica.

Por último, se puede mencionar que con la llegada de la tecnología al ámbito médico lo que se ha logrado no es un aumento en los pacientes sanados, sino una insatisfacción por parte de la población con una enfermedad terminal y otros padecimientos, los costos de los tratamientos son muy elevados y la efectividad de los mismos es relativamente baja.

Si la relación médico-paciente es la parte fundamental para que se realice una buena atención médica, y por ende la comunicación sea la más adecuada, hay que tomar en cuenta los errores y los aciertos preexistentes en ella. El personal clínico debe tener en cuenta que la práctica que realizan se encuentra dentro de un marco social e histórico

⁸⁸ Sartori, Giovanni, *Homo videns: La sociedad teledirigida, Punto de lectura*, México, 2006, Pp. 35

determinado. “El médico debe reflexionar que él es también un ser histórico social y, por lo tanto, su marco sociocultural y psicológico debe adecuarlo al de la población que atiende. De lo contrario corre el riesgo de bloquear su acción como profesional de la medicina y no llegar realmente al paciente.”⁸⁹

3.4 La burocratización y mercantilización del trabajo médico

En México la seguridad social está administrada por diversos grupos burocráticos que mantienen un control total sobre las actividades que se desarrollan dentro y fuera de las instituciones hospitalarias como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la regulación de las labores se encuentran legisladas por la “Ley Federal de Salud”, que dispone de los siguientes puntos:

“**Artículo 1º.-** La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.”

Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

⁸⁹ Kumate, Jesús, *Salud para todos, ¿Utopía o realidad?* El colegio nacional, México, 1989, Pp. 12-25

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Lo anterior permite administrar de forma eficaz las labores del personal médico y el derecho a contar con servicios de salud por parte de la población. Así como también contribuye a que la economía fluya de forma continua, a favor de los beneficios individuales del Estado y las personas que pertenecen a un sistema normativo que organiza las actividades de una población conocida como “burocracia.”

La intervención del gobierno y el papel que juega el mismo se vuelve fundamental para que el “aparato burocrático” funcione correctamente, y los intereses particulares de estos sigan favoreciéndolos. Dañando la correcta distribución de la atención médica, ya que los servicios de salud en nuestro país solo están disponibles para aquellas personas que perciban un salario, y coticen para las instituciones hospitalarias, no así, para toda la población que no dispone de un trabajo asalariado como: los campesinos, comerciantes, comunidades indígenas, etc., que son los más afectados. En donde “la única congruencia presente en los servicios son las necesidades políticas, económicas y corporativas de los grupos dominantes.”⁹⁰

Por ello, la distribución de la atención médica en algunos sectores de México se encuentra concentrada en las ciudades más urbanizadas, “hay, entonces, un utilitarismo disfrazado en el que uno de los ejes de los servicios es la ganancia.” Y la salud se vuelve una mercancía a favor del Estado. “Para la organización burocrática de las sociedades desarrolladas todos los individuos son homogéneos, intercambiables, esclavos de los mismos pequeños intereses personales, computables para las encuestas electorales o los pronósticos del mercado.”⁹¹

En el aparato hospitalario, los médicos y las acciones que realizan se encuentran bajo las reglas de la institución, que las regula y administra. Lo que les permite establecer un control directo hacia su personal.

⁹⁰ López, Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, Siglo veintiuno, México, 1980, Pp. 95-115

⁹¹ Villoro, Luis, *El pensamiento moderno: Filosofía del Renacimiento*, Fondo de cultura económica, México, 1993, Pp. 98

Al estar de cierta forma bajo este dominio, el facultativo se convierte en un trabajador más con la responsabilidad única de mantener activa la producción. Cabe preguntar, bajo esta perspectiva, ¿cuál es el papel del médico? ¿El de un vendedor de productos médicos? O ¿de salud? La inclinación hacia el bien material, convierte la relación en prestador de servicios-consumidor, estableciendo que lo preponderante en ella, es la cantidad de capital que se puede obtener de esta.

La reputación ahora se mide por la cantidad de enfermos sanados, no por los que no, es un asunto que se ha vuelto más mercantil, es decir la comunicación y los discursos que se mencionan dentro de las instituciones, van cargados de cierto valor monetario en beneficio de éstas. Es un asunto que tiene que ver con un “mercado lingüístico.”⁹²

Para *Bourdieu*, los mercados lingüísticos no son de intercambio entre valores iguales y soberanos, son situaciones sociales desiguales que llevan emparejados procesos de dominación y censura estructural de unos discursos sobre otros. Los diferentes productos lingüísticos reciben, pues un valor social, un precio, según se acomoden o no a las leyes que rigen en ese particular mercado formado por un conjunto de normas de interacción que reflejan el poder social de los actores que se encuentran en él.

Dicho de otro forma, el único discurso imperante y de cierta forma, el que tiene un peso específico, es el que produce el personal médico, puesto que en él van implícitas las negociaciones que determinarán el precio que tendrá que pagar el enfermo por el préstamo de los servicios hospitalarios, mismos que están destinados a beneficiar a la institución para la cual trabaja. Ya que los roles y normas que se encuentran establecidos dentro de los sistemas sociales, determinan antes que nada las conductas de los empleados (doctores), y las que no pueden realizarse dentro de los hospitales, por esta limitación que no les permite desempeñarse con la libertad deseada. En la mercantilización del trabajo médico, la ética que en un principio norma las actividades del personal clínico, queda sustituida por una ética laboral.

En cuanto a la ética del trabajo Zygmunt Bauman menciona que es una norma de vida con dos premisas explícitas y dos presunciones tácitas. “La primera dice que, si se quiere conseguir lo necesario para vivir y ser feliz, hay que hacer algo que los demás

⁹² Pierre, Bourdieu, “*El lenguaje y la comunicación: de los mercados lingüísticos a la degradación mediática*” Disponible en: http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/bourdieu01.pdf (fecha de consulta: 12 de marzo de 2011)

consideren valioso y digno de un pago. La segunda premisa afirma que está mal, que es necio y moralmente dañino, conformarse con lo ya conseguido y quedarse con menos en lugar de buscar más.”⁹³ Es decir el trabajar es una necesidad que les otorga a los individuos cierto estatus y jerarquía dentro de la sociedad.

Por otro lado, en las presunciones implícitas, Bauman menciona que la gente tiene la capacidad para vender su labor y obtener a cambio un beneficio. El seguir trabajando es normal en las personas; el no hacerlo es malo. La otra presunción, asume que las profesiones que tienen un precio y son reconocidas por los otros, tienen un valor moral dentro de la ética del trabajo.

Aplicando lo mencionado por Bauman al ámbito clínico, el médico en ese afán de ser reconocido por los demás (instituciones, doctores, etc.), vende su trabajo y se esfuerza cada vez más por lograr un ascenso laboral, entregándose a largas jornadas de labor. Aunque en ello se viera afectada la relación con los pacientes.

Siguiendo lo dicho, la práctica médica al estar regida por estatutos y normas institucionales a favor del Estado, hace uso de la misma para lucrar y satisfacer sus necesidades económicas.

La salud ahora no es un derecho disponible para todos, sino que es un bienestar al cual tienen acceso unos cuantos. Al convertirse en una mercancía, los doctores se ven obligados a ofrecer el mayor número de consultas en un tiempo menor al usual, tienen que obedecer lo impuesto por la empresa, que a su vez, les otorga tareas incesantes, carentes de un fin y determinadas para así, asegurar la producción del capital. A los profesionales clínicos ya no se les observa como tales, sino como vendedores de servicios en busca de un comprador que pueda pagar por ellos.

Por lo que el trabajo médico está regido por la norma costo-beneficio. La única meta a seguir es el poder producir un bien, no para sí mismo, sino para la clínica para la cual se labora. La ética del trabajo bajo sus normas implícitas, despoja al médico de manera radical de su libertad para trabajar autónomamente. La dedicación en el trabajo que antes era reconocida por las instituciones, ahora ya no es tan significativa, lo que importa es cuanto pueda consumir el otro. En los hospitales, el consumo está

⁹³ Bauman, Zygmunt, *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Gedisa, España, 1999, Pp. 17

caracterizado por la cantidad de consultas atendidas, y el precio que pueda pagar el cliente por la misma, en vísperas de una mejoría en su salud.

No obstante, las clínicas no son las únicas beneficiadas con esto, las empresas farmacéuticas también se ven favorecidas, ya que “el propio sistema nacional de salud no toma las decisiones precisas que limiten el uso de los fármacos al entorno del ejercicio de la medicina.”⁹⁴ La venta indiscriminada de medicamentos y el uso excesivo de los mismos, contribuye a la creciente oferta-demanda de las industrias farmacéuticas que se ven favorecidas con el uso incontrolado de los medicamentos.

Por lo tanto el paciente al desear que su enfermedad desaparezca, se ve en la imperiosa necesidad de buscar la atención clínica y las medicinas que cubran sus necesidades, no de enfermo, sino de consumidor.

La burocratización y mercantilización del trabajo médico responde primeramente, a que el bien material ha sobrepasado al humano, entonces la salud se transforma en una mercancía que adquiere una significación especial dentro las instituciones de salubridad, que se encuentran respaldadas por el Estado. Estas instancias hacen uso del poder que poseen para someter al personal médico que labora en ellas, logrando una subordinación de éstos. Por lo que los doctores aceptan la sumisión como un elemento principal para garantizar un contrato de trabajo con la empresa para la cual ofrecerán sus servicios.

Ello significa que la subordinación tiene un carácter plenamente laboral, donde la obediencia del empleado hacia la institución, depende de las características establecidas por la instancia laboral. Así, la obligación que tiene el trabajador de obedecer las órdenes impuestas dentro de los hospitales y de someterse a ellas, son las que provocan que el médico se mantenga bajo su régimen. Donde los centros hospitalarios tienen la facultad de establecer la manera en como deberá laborar el personal, los horarios y los días de trabajo a seguir.

De tal forma que el médico como prestador de un servicio no tiene la capacidad para desobedecer las reglas que le impone la empresa. Aunque esto represente un deterioro de las relaciones humanas entre médicos y pacientes, perjudicando a los trabajadores y a la población que percibe atención médica.

⁹⁴ Gallardo Díaz, Paulino Ricardo (1992) “*Ética médica y consumo de fármacos*” Disponible en <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/495/6.pdf> (Fecha de consulta: 6 de noviembre 2011)

En este aspecto, el trabajo médico, siguiendo lo descrito por Marcuse, esta práctica se ha convertido con el paso del tiempo, en una labor puesta bajo los intereses propiamente del Estado y los centros de seguridad social, que disponen de los “medios técnicos” para controlar a los profesionales clínicos, mediante la capacitación constante de su personal para manejar aparatos altamente sofisticados que a la larga producirá una satisfacción para sí mismos, y una productividad mayor en las instituciones.

La inclinación hacia el bien material, convierte la relación doctor-paciente en prestador de servicios-consumidor, estableciendo que lo preponderante en ella, es la cantidad de capital que se puede obtener de esta. Lo que permite de alguna forma la “burocratización de la medicina.” Y por lo tanto el derecho a la salud, su cobertura total, se encuentra siempre para proteger no a los más necesitados, sino en todo caso a los que tienen los recursos económicos suficientes para pagar por ello. Que son en la mayoría de los casos los sectores que ha determinado la burocracia. Mediante ella se administra y controla el desarrollo de las acciones productivas de casi todas las instituciones pertenecientes a un gobierno.

Max Weber la definía como “una forma de organización que realza la precisión, la velocidad, la claridad, la regularidad, la exactitud y la eficiencia conseguida a través de la división prefijada de las tareas, de la supervisión jerárquica y detalladas reglas y regulaciones.”⁹⁵

Para Weber, la burocracia servía para mantener dominada a la sociedad, mediante la “legitimidad racional que se ejercía por medio del aparato burocrático, el cual servía para mantener al margen todos los organismos subordinados por estos.” Es por ello que el gobierno se ha convertido en una gran empresa burocrática que sostiene un poder casi total sobre las instituciones médicas, que bajo su política, encarecen los costos por las prestaciones brindadas dentro de los hospitales, aunque estas sean ofrecidas de forma autoritaria y su calidad sea muy baja.

Este hecho afecta de forma directa la atención que perciben los derechohabientes, ya que de manera casi automática provoca relaciones impersonales con los enfermos, es decir a los facultativos no les importa mantener una comunicación con ellos, ni saber

⁹⁵ Weber, Max (1998) “¿Qué es la burocracia?” Disponible en http://www.ucema.edu.ar/u/ame/Weber_burocracia.pdf (Fecha de consulta: 23 de noviembre 2011)

sobre su enfermedad como tal, y los sentimientos que tengan en torno a ésta. Lo relevante en la actualidad es la remuneración que esto representa.

Entonces la institucionalización de la profesión médica, la “expansión industrial conduce a la industrialización de la medicina, lo que trae como consecuencia la burocratización y la profesionalización de la misma, al crear un grupo de técnicos (la clase médica) comparable a los burócratas.”⁹⁶

Por otro lado, el “consumismo” también es regulado por parte del sistema burocrático, en él se maneja la cantidad de medicamentos que deberá consumir cada paciente, también permite el desarrollo las industrias farmacéuticas y la explotación irracional de los medicamentos producidos, para así mantener “la oferta y demanda”, a favor de las mismas instancias que le han otorgado un precio al bienestar físico de los individuos, con lo que se pone de manifiesto que dentro de una sociedad burocratizada, no importa cuántas vidas se tengan que sacrificar, mientras la eficiencia y productividad del sistema se mantenga intacto.

Por lo que observar la salud como mercancía, no tiene consecuencia alguna para los que se encargan de dominar a los que pertenecen a este mandato. Y los pacientes se ven claramente afectados, porque ellos no forman parte de él, sólo son consumidores. Y la actividad médica al estar bajo este rubro, dispone cuando éste lo desee del personal de salud. Así mismo, la burocratización de la medicina permite “reducir los costos y aumentar la producción.”

Como consecuencia de lo anterior, en organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría Nacional de Salud (SNS), la burocracia lejos de erradicarse se fortifica, porque el control de sus servicios están en manos de las administraciones gubernamentales, haciendo de algunos médicos “empleados burocratizados” que han perdido el interés por su carrera. Debido en gran medida a las normas que tienen que cumplir para ejercer su profesión, “las exigencias giran en torno al registro de la entrada y salida de los médicos; al número de notas que deben transcribirse en el expediente de cada paciente; a dar de alta una determinada cifra de pacientes internados como mínimo; a cumplir con un cierto número de consultas por día; a no

⁹⁶ Illich, Iván, *La némesis médica: la explotación de la salud*, Barral, Barcelona, 1985 Pp. 18

prescribir fuera del cuadro básico de medicamentos aprobados, a llenar la documentación apropiada relativa a los traslados.”⁹⁷

Por otra parte las características principales para que se dé el proceso de burocratización de la medicina y tomando en cuenta los conceptos expuestos por Max Weber en torno a la burocracia, “nos quedamos entonces con cinco características de la burocratización: especialización del trabajo, autoridad jerárquica, reglas para el personal, procedimientos de operación uniformes, y relaciones impersonales.”

1. “Especialización del trabajo.” En la relación médico paciente, la especialidad clínica, crea profesionales expertos en distintas áreas, capaces de manejar cualquier aparato tecnológico. Sin embargo, esto no contribuye a la creación de estrategias que les permitan elaborar un plan de trabajo para satisfacer las necesidades de los enfermos, y el resultado es una fragmentación del quehacer sanitario, por la división de especialidades.
2. “Autoridad jerárquica.” El personal de sanidad al estar bajo las normas de una institución y un superior, carecen de decisiones propias para realizar libremente su trabajo, siempre tienen que estar bajo la subordinación de lo que se les determine.
3. “Reglas para el personal.” Las políticas establecidas por el aparato burocrático, para los médicos, les permiten aumentar la productividad de los mismos y reducir los gastos, manteniendo siempre el control del personal mediante sus normas.
4. “Procedimientos de operación uniformes.” Bajo este régimen todo procedimiento realizado dentro de los hospitales debe tener las mismas características y no presentar diversas variaciones que lo perjudiquen.
5. “Relaciones impersonales.” Los médicos no debe prestar una atención personalizada y establecer lazos afectivos con los pacientes. Su relación solo tiene un objetivo y es el de fungir como un prestador de servicios, y el enfermo por su parte como un consumidor.

⁹⁷ Viniestra Velásquez, Leonardo (2005) “*La práctica de la medicina: situación actual y perspectivas*” Disponible en www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/anteriores/15/05.pdf (Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2011)

Por último, si la actividad médica es concebida por como un trabajo del cual se obtiene un beneficio, en donde el valor humano y la dignidad de los enfermos es inexistente, se seguirá observando a los médicos como los principales culpables, sin antes examinar que ellos son trabajadores que están bajo las órdenes que el hospital les impone, en beneficio siempre de la institución y no del paciente. Por tal motivo, el trabajo clínico, más allá de estar regido por ciertas normas y estatutos, deberá guiarse por la bioética, como una herramienta indispensable en el desarrollo de las relaciones humanas que se llevan a cabo dentro y fuera de los hospitales.

3.5 Bioética y medicina

A través de los años la actividad médica se ha visto beneficiada por las innovaciones científicas y tecnológicas, que han producido la pronta recuperación de los individuos que padecían algún padecimiento incurable como: “cáncer, diabetes mellitus, SIDA, enfermedades crónico degenerativas, etc.”

Sin embargo, la satisfacción que ha causado el control de estas, no ha proporcionado los resultados que se esperaban, porque al mejorar las técnicas y los tratamientos, los médicos han aumentado, es cierto, la expectativa y calidad de vida de los enfermos, pero el precio que se ha tenido que pagar es muy alto.

Ya que el desarrollo científico provocó que la relación entre médico-paciente, se deshumanizara en algunos casos, fuera más impersonal, y la comunicación fuera casi inexistente. El establecimiento de normas externas, la despersonalización del paciente, la mercantilización de la salud y la obtención de capital a favor de intereses particulares, han creado una barrera entre enfermos y profesionales sanitarios.

Vislumbrando que las reglas “deontológicas” por las que se guía esta carrera han sido desechadas casi por completo. Por ejemplo, cabría preguntar qué tiene de ético ¿Utilizar la eutanasia en personas que ya no tienen la posibilidad de curarse? ¿Es correcta su aplicación? ¿Resulta aceptable prolongar la vida de un paciente con cáncer terminal? ¿Qué tan factible resulta la clonación de órganos? En fin, las interrogantes surgidas en torno a las actividades realizadas por el personal clínico son muchas, y no todas tienen una respuesta adecuada. Además, hay que señalar que la medicina es una práctica que

desde sus inicios tiene un carácter moral. En ella se pueden distinguir, las acciones que benefician o perjudican el trabajo médico.

En este aspecto, ¿Cuáles serían las actividades correctas e incorrectas, realizadas por los clínicos? Si a pesar de que esta profesión se norma bajo este precepto, se sigue ejerciendo en la mayoría de los hospitales el modelo hegemónico, donde el enfermo es tomado como una persona incapaz para tomar medidas sobre su estado de salud, y el poder de ello recae solamente en la figura del médico.

Ante ésta situación, en donde los conflictos entre médicos y enfermos se volvieron el principal problema de la relación médico-paciente, nace la imperiosa necesidad de crear un sistema que regulara las actividades biológicas de la medicina y otros aspectos de la vida humana. Por tal motivo surge la bioética.

Se considera como ética biológica o bioética “al conjunto de normas que regulan las actividades humanas relacionadas con el mundo biológico, con los seres vivos y sus componentes, desde la molécula y la célula hasta el ser humano y el sistema ecológico general.”⁹⁸Es decir, reglamentan las prácticas que realizan los individuos en torno a todo lo que tenga que ver con la vida humana.

En la medicina normaliza el trabajo clínico, como lo puede ser la donación de órganos, trasplantes, inseminación artificial, operaciones, cirugías, implante de células madre, quimioterapias, etc., en búsqueda siempre del beneficio colectivo, para que la satisfacción del paciente sea primordial dentro de este espacio. Este concepto fue utilizado por vez primera, por el biólogo “Van Rensselaer Potter en un artículo de 1970 y más tarde en un importante libro de 1971 para referirse a un ámbito nuevo de las ciencias preocupado por la supervivencia del ser humano y su calidad de vida.”⁹⁹ Alrededor de la bioética se pueden clasificar cinco ramas que se ocupan de problemas específicos:

1. “La ética biomédica.” “Abarca los problemas éticos relacionados con la investigación clínica, la práctica asistencial, y la medicina en general.”¹⁰⁰
2. “Gen-ética.” Se encarga de las dificultades éticas, que tienen que ver con el manejo y traslado de genes, y con la accesibilidad a la información y control de la donación genética.

⁹⁸ Durand, Guy, *La Bioética: Naturaleza, principios, opciones*, Henao, 1992, España, Pp. 5-55

⁹⁹ Siurana, Juan Carlos (2005) “*La bioética y los fines de la medicina*” Disponible en <http://www.fisterra.com/bd/upload/bioeticayfines.pdf> (Fecha de consulta: 18 de diciembre 2011)

¹⁰⁰ *Ibíd.* 3

3. “Ética del medio ambiente.” se ocupa por la contaminación del entorno natural ocasionada por el hombre, en especial de los factores que la producen, debido a la relación directa del ser humano con el ecosistema.
4. “Ética de los animales.” Trata de resolver todo lo relacionado con el cuidado, maltrato, el uso para las investigaciones, su trato en los zoológicos, y en los hogares de los animales.
5. “Ética de los alimentos.” Se preocupa por que la distribución y producción de los mismos se realice de manera adecuada, ocupándose de aspectos como el hambre que pasan algunos individuos, los animales. Por tener una agricultura sustentable, proporcionar alimentos seguros genéticamente modificados.

No obstante si la bioética se encarga de cubrir todos estos aspectos, cabría preguntar, ¿Por qué en la actividad clínica existen varias inconformidades de los enfermos hacia los doctores? ¿Cuál es el sentido real que se le otorga a esta palabra dentro de la medicina? ¿Por qué la relación médico-paciente se encuentra en un momento de crisis? Si bajo esta normatividad el personal de salubridad tiene como único fin el de no dañar al enfermo, además de proporcionarle una atención adecuada, ¿Cuál es entonces el verdadero problema?

Con todo esto, se sabe que tanto el personal médico, como los pacientes, siempre se encontraran en una relación asimétrica, donde los facultativos, tendrán cierta tendencia para tomar el control de la misma. Aunque en los últimos años se hayan promulgado los derechos de los enfermos, en los cuales, la libertad, la dignidad, el respeto, la autonomía, etc., son básicos para mantener una interacción adecuada, pareciera que en realidad no existen, porque en muchas ocasiones estos son violados.

Por lo que para mantener los principios éticos y mejorar esta situación los derechohabientes tienen la capacidad de decidir sobre los métodos que se llevarán a cabo para restablecer su salud, lo cual se encuentra estipulado dentro del consentimiento informado. Se puede definir a este procedimiento como: “Facultad del enfermo o válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le

ofrezca o la participación en un proyecto de investigación que se le proponga.”¹⁰¹ En él se encuentran descritos los siguientes puntos a considerar:

1. “Derecho a la información.”

- 1.1 “Derecho a conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde recibe atención, aplicables a su conducta como paciente.”
- 1.2 “El paciente tiene derecho a ser informado con veracidad, claridad, suficiencia e imparcialidad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo y el pronóstico de su padecimiento.”
- 1.3 “Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se esperan lograr, las molestias que le ocasionará, así como los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas; la posibilidad y la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir, y con dicha información otorgar su consentimiento por escrito o negarlo, excepto en los casos de urgencia.”
- 1.4 “Conocer con anticipación seis expectativas de curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad.”
- 1.5 “Derecho a ser asesorado, a requerir más información y a que se le otorgue.”
- 1.6 “Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole y los beneficios esperados de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.”
- 1.7 “Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.”

2. “Libertad de elección.”

- 2.1 “El paciente tiene la opción de elegir libremente a su médico y a solicitar que se le conceda cambio de médico cuando lo considera necesario, excepto en los casos de urgencia.”
- 2.2 “Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos en

¹⁰¹ Aguirre Gas, Héctor (2002) “Ética médica, Consentimiento Informado” Disponible en Revista CONAMED, Vol. 7, Núm. 3, Pp. 66

la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado, inclusive de las consecuencias de una negativa.”

2.3 “Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de vida o su dignidad.”

2.4 “No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma preferentemente escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.”

2.5 “Preservar la calidad de su vida.”

2.6 “No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.”

2.7 “En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera recibido información completa de las causas y de la necesidad de traslado, y de haber otorgado su consentimiento.”

2.8 “A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, sin la previa información completa, veraz y comprensible, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.”

2.9 “La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico-paciente.”

3. “Riesgos e inconvenientes”

3.1 “Ser demasiado explícito y causar depresión, angustia o miedo en los pacientes al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.”

3.2 “Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, posiblemente con menos ética y menos competente.”

3.3 “Informar en forma deshonesto al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario que implique un riesgo excesivo en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia o para “completar el caso”, con fines de presentación o publicación; para

cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).”

3.4 “Informar en forma malintencionada al paciente o los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.”

3.5 “Información alarmante dirigida a “cubrirse” de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación o incompetencia, impericia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no acepte o para que busque a otro médico (medicina defensiva).”

3.6 “La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte la responsabilidad de llevar a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento, para la realización de determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico.”

3.7 “Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habrá que buscar otras opciones asistenciales.”

4. “Condiciones que requieren consentimiento informado”

4.1 “La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en caso de urgencia extrema, con riesgo para su salud, su vida o quienes convivan con ellos.”

4.2 “La realización de una intervención quirúrgica.”

4.3 “La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de fertilidad, particularmente si es definitivo”

4.4 “La participación en protocolos de investigación.”

4.5 “La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo.”

4.6 “La práctica de procedimientos invasivos, particularmente, si es necesario llevarlos a cabo bajo anestesia o sedación.

4.7 “El compromiso del paciente es cumplir las normas hospitalarias.”

4.8 “En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente se haya expresado lo contrario.”

4.9 “El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.”

Tomando en consideración estos puntos, ¿acaso los descrito en ellos, forma parte de la realidad? Solo por mencionar, la información que circunda al interior de los hospitales es casi siempre de origen clasificado, no en todos los hospitales al paciente se le informa sobre las reglas de la institución. Y lo que es peor aún, los usuarios no tienen la capacidad para elegir el doctor que más crea conveniente para su cuidado, porque desde la primer consulta el galeno ya se encuentra establecido por la instancia clínica.

Por su parte el Doctor Gabriel Manuel Lee define al Consentimiento Informado como “el acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas y terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le puede ocasionar.”¹⁰² Aquí también es importante preguntar ¿A qué persona, el médico considera competente para tomar una decisión adecuada para mejorar su salud? El consentimiento informado, quizás sea una opción factible, que en última instancia proporciona los fundamentos necesarios para intervenir en situaciones que representan un peligro para la salud de los pacientes, ¿Pero hasta qué punto es válido, dejar que los enfermos decidan si rechazan o no la atención? Entonces la aprobación de los derechohabientes para que sean sanados o no, recae sólo en sus manos, ¿Qué hay de ético en esto? Por lo que si la bioética regula las actividades de los profesionales de salubridad, se tendrían que tomar en consideración estos aspectos, para que en un futuro la relación médico-paciente se lleve de forma adecuada y todos los problemas que existen en torno a ella queden resueltos.

Capítulo IV La comunicación interpersonal entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad terminal (cáncer).

IV.I Metodología

En el presente y último capítulo, se especificará el tipo de metodología que se utilizó para realizar esta investigación. Así como puntualizar el por qué de la misma, detallar la población a estudiar, señalar cuál es el objetivo principal del estudio y bajo que enfoque se realizó.

¹⁰² Lee, Gabriel (2004) “El consentimiento informado” Disponible en Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 3, Pp. 46

Cabe señalar, que los enfermos que padecen una enfermedad terminal en México, en particular son una población que en la mayoría de los casos no dispone de opciones médicas; la saturación en los servicios de salud, los altos costos en los medicamentos, y la falta de personal médico, no les permite obtener una respuesta satisfactoria a su padecimiento, mismo que en un lapso corto de tiempo, los conducirá a la muerte.

Aunado a este problema se suma la escasa comunicación entre el personal médico y los pacientes, la cual no permite optimizar una posible atención de calidad a éstos. Si bien, la falta de tiempo, equipo médico insuficiente dentro de los hospitales y sobre todo la escasa preparación que tienen los doctores para relacionarse y comunicarse con una persona que está próxima a morir, agudizan más el problema. Aunque, se debe señalar los grandes esfuerzos que realizan algunos centros de sanidad como el hospital No. 47 “Vicente Guerrero,” al ofrecer atención a domicilio a los enfermos en fase final mediante el programa (AMED-ADEC) en donde se les ofrece un cuidado especial, porque no solo se preocupan de la enfermedad que presenta la persona, sino que también se encargan de cubrir las necesidades emocionales y psicológicas de los mismos.

Hay que mencionar que la falta de comunicación entre el enfermo, la familia y el personal médico, se convierte en uno de los principales obstáculos para atender a los pacientes, debido a que en algunas ocasiones los médicos se dirigen a los enfermos con un lenguaje poco entendible y cargado de tecnicismos. Y por parte del afectado al no captar con claridad lo que el galeno le informó sobre su mal, llega a malinterpretar las palabras mencionadas por el facultativo. Pero también, en repetidas ocasiones los aquejados no siguen las indicaciones del personal sanitario, no se informan sobre su padecimiento, por lo que el problema de diálogo que existe entre ambos, es compartido. Y si no existe comunicación, difícilmente se puede saber las necesidades reales de los mismos.

Resulta pertinente efectuar esta investigación por que en la actualidad existen muy pocos estudios que se orienten al tipo de comunicación que se lleva a cabo entre el personal de salud y los pacientes con enfermedad terminal, es un tema que difícilmente se toca dentro de la sociedad mexicana. Es relevante conocer si la afectación en la atención a estos enfermos tiene que ver con la falta de comunicación, y por consecuencia ocasiona que la atención que reciben los enfermos no sea la más adecuada. También se puede

mencionar los siguientes factores que dificultan la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes:

- 1) El lenguaje utilizado por algunos médicos es poco comprensible y está lleno de tecnicismos, por lo que el paciente no comprende la gravedad de su enfermedad.
- 2) La mayor parte de los profesionales sanitarios no saben el cómo comunicarle a un paciente que padece una enfermedad mortal.
- 3) La poca formación de algunos profesionales de la salud en el ámbito comunicativo no permite un diálogo eficiente entre pacientes y médicos.
- 4) En la actualidad, la mayoría de los doctores se dedican a tratar las enfermedades que presentan los pacientes de forma biológica, es decir no se toma en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales que estos presentan.

Por lo tanto la relevancia de esta investigación permitirá entre otras cosas conocer cuáles son las principales causas que deterioran la comunicación en la relación galeno-enfermo. La cual se realizará mediante el enfoque cualitativo.

La metodología cualitativa es definida como “una actividad que delimita el lugar del observador en el mundo y que consiste en un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que hacen visible ese mundo. En la mayoría de los casos, estudia fenómenos y relaciones en su medio natural, evaluando un sentido en función de los significados que la gente les atribuye.”¹⁰³

La metodología a seguir en esta investigación comprende:

- a) Metodología cualitativa
- b) Entrevistas a profundidad

Muestreo:

Se realizaron quince entrevistas a pacientes de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero,” cinco de ellas a enfermos que se encuentran hospitalizados dentro del mismo, y las otras diez que restan se realizaron fuera de él, a pacientes terminales que son localizados en su domicilio, esto por medio de la visita que realizan periódicamente, médicos expertos en la materia, mediante el programa Atención en Domicilio del enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), que ofrece esta institución.

¹⁰³ Rizo, Marta, *Metodología cualitativa*, Biblioteca del estudiante, 2007, Pp. 14-25

La determinación de realizar estas entrevistas dentro y fuera del hospital, es porque la mayoría de los pacientes que presentan una enfermedad en fase final se hallan imposibilitados para moverse y ser trasladados hacia los hospitales, debido a la evolución de su padecimiento, sobre todo aquellos que se localizan en su hogar. Ya que estos se encuentran en los últimos días de su vida. En cambio los otros aún se encuentran con posibilidades más claras de ser entrevistados en la clínica, porque la afectación que ha sufrido su cuerpo no es tan grave.

No obstante, se debe señalar que en un principio se había escogido el método biográfico, y la entrevista a profundidad, como opción para realizar el estudio. Sin embargo, los procedimientos no fueron factibles, debido a que se presentaron varios problemas al momento de realizar la investigación como: falta de tiempo del personal de salud, pacientes imposibilitados para hablar, fallas mecánicas en el transporte del hospital que se encarga de llevar a los médicos y enfermeras al domicilio del enfermo, periodo de vacaciones de algunos médicos del programa (AMED-ADEC). Y sobre todo a la muerte de algunos pacientes que no permitieron continuar con los métodos señalados.

Por ejemplo, la paciente 10, con la que ya se había pactado realizar un estudio de caso, falleció a la semana siguiente de haber consumado el primer acercamiento. De igual forma, el enfermo 12, con el que también ya se tenía contemplado hacer una investigación más profunda, sucumbió ante su enfermedad, sin que se pudiera continuar con el estudio pretendido.

Debido a ello, se optó por cambiar de las entrevistas en profundidad, al estudio etnográfico con entrevista semi-estructura, tomando en cuenta la problemática que se presentó con el primer procedimiento por lo ya descrito con anterioridad. Aunado a la inestabilidad de los pacientes, en cuanto a su salud, misma que no permitía continuar con el estudio.

El propósito de realizar esta investigación nos permitirá hacer un análisis de un problema social como lo es la falta de comunicación entre doctores y enfermos, cuyo objetivo principal es conocer las causas principales que afectan la relación médico-paciente y por ende, atraviesa por un momento de crisis. Se eligió el hospital de zona No. 47 “Vicente Guerrero” para efectuar dicha indagación, porque es una institución que se dedica a tratar pacientes con enfermedades terminales, ofreciéndoles atención a domicilio.

En donde, no sólo se preocupan por el padecimiento, sino que también se encargan del aspecto emocional y psicológico del enfermo y la familia. Las características de los enfermos terminales son las siguientes:

Tabla 1. Pacientes terminales.

Entrevistados	Edad	Sexo	Tipo de enfermedad	Años con la enfermedad
Paciente 1	66 años	Masculino	Sarcoma de intestino , Lumbalgia crónica	15 años
Paciente 2	63 años	Masculino	Aneurisma de aorta abdominal	12 años
Paciente 3	64 años	Femenino	EPOC grave, insuficiencia cardiaca.	22 años
Paciente 4	47 años	Femenino	Cáncer de estómago	9 años
Paciente 5	59 años	Femenino	Cáncer Óseo	15 años
Paciente 6	59 años	Masculino	Diabetes mellitus, cáncer de próstata	17 años
Paciente 7	67 años	Masculino	Cáncer de próstata, metástasis a tejido óseo.	18 años
Paciente 8	38 años	Masculino	Hidrocefalia	8 años
Paciente 9	73 años	Femenino	Plastia de pared, granuloma infectado	13 años
Paciente 10	78 años	Femenino	EPOC	25 años
Paciente 11	58 años	Femenino	Cáncer de estómago	10 años
Paciente 12	47 años	Masculino	Cáncer de próstata, metástasis pulmonar.	17 años
Paciente 13	45 años	Masculino	Síndrome de Fournier	14 años
Paciente 14	64 años	Masculino	Cáncer de próstata, metástasis a columna.	11 años
Paciente 15	59 años	Femenino	Gastritis folicular, cáncer de esófago	20 años

La determinación de elegir a este tipo de pacientes y no otros, fue porque el cáncer es una de las enfermedades más mortales en México y en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) este padecimiento causó la muerte a “7.6 millones de personas.” Aunado a que los enfermos con esta enfermedad son una población que requiere una atención más especializada, pero también necesitan de una comunicación más precisa que los ayude a resolver sus dudas. Tomando en cuenta que son pacientes que también demandan una atención de calidad y un médico que se las proporcione. El cuestionario que se aplicó tanto a médicos, como a pacientes se podrá observar en el anexo uno.

Por su parte, en el estudio también se realizaron entrevistas al personal sanitario de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero”, en especial a los que se encuentran en el programa de atención a domicilio. Las características de los médicos de (AMED-ADEC) son:

Tabla 2. Médicos del programa (AMED-ADEC)

Personal médico	Profesión	Especialidad
Doctora I	Médico General	Maestría en pedagogía
Doctora II	Médico General	Medicina interna y geriatría
Doctora III	Médico familiar	Gerontóloga
Enfermera I	Enfermera General	Diplomado en tanatología.
Enfermera II	Licenciada en enfermería y obstetricia.	Diplomado en tanatología.

De igual forma, la determinación de sólo entrevistar al personal de salud que se encuentra dentro del programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico Terminal. Se debe a que ellos poseen una preparación especial para tratar con este tipo de pacientes, por ésta razón tienen una mayor sensibilidad en la atención con los mismos.

En el estudio se tomó en cuenta lo descrito en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de indagación, donde se menciona en el *artículo 13* lo siguiente “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.”

En la misma se mantendrá el derecho a la privacidad y anonimato, si así lo desean los participantes, también se hará énfasis en que ésta investigación no tienen fines de lucro. Y la información que a continuación se presenta en el siguiente apartado fue concebida con el consentimiento de todas las personas que se vieron involucradas en este estudio.

IV.II Análisis de las entrevistas

En éste capítulo se analizará la información que proporcionaron los médicos y enfermos de acuerdo al estudio que se realizó en las inmediaciones del Hospital General de Zona No. 47 “Vicente Guerrero.” Sin embargo, es pertinente señalar que se omitió el nombre de los pacientes y del personal médico, para mantener el anonimato de los entrevistados, todo ello para evitar conflictos posteriores a la realización de ésta investigación. Por lo que de acuerdo con los datos tomados en las entrevistas, los resultados obtenidos se muestran a continuación:

La comunicación: Médico-Paciente

Pacientes	¿Cómo considera la comunicación con su médico?	¿Por qué?
Paciente 1	Hasta ahorita ha sido buena.	Porque me atendían muy bien.
Paciente 2	Bastante deficiente.	Bueno, es que nomas me traen dando vueltas, ni me dicen bien que es lo que tengo
Paciente 3	Muy buena.	Porque el doctor, el doctor me atendió muy bien.
Paciente 4	Mala.	Porque te dicen que estas enferma de algo y no te explican.
Paciente 5	Mala.	Porque este, no sé si ellos no les gusta hablar o son muy tímidos.
Paciente 6	Buena.	Porque me pone mucha atención la doctora Lupita.
Paciente 7	Pues actualmente es muy buena.	Porque yo pude hablar con mucha franqueza.
Paciente 8	Muy buena.	Porque los médicos me preguntan cómo me siento.
Paciente 9	Bien.	Porque yo al médico tengo que explicarle lo que tengo, y él me trata bien.
Paciente 10	Muy mal, muy mal.	Porque empieza uno a decir lo que siente y en vez de que lo revise, empieza a escribir.
Paciente 11	Mala, creo que los doctores no saben comunicarse con nosotros.	Será porque su carrera es muy atareada, de mucha responsabilidad, y no les da tiempo.
Paciente 12	La comunicación con el doctor, nunca fue buena, vaya, no existió.	Siempre, solo, este me oían lo que yo les decía que tenía, hacían su receta y ya.
Paciente 13	Pues yo creo que bien.	Porque me atiende bien, se interesa por mi salud.
Paciente 14	Ahorita donde estoy bien.	El médico es una persona que está cumpliendo con su deber, me ha dado ánimo.
Paciente 15	Mala.	Porque no todos son iguales a otros, algunos que son muy amables.

Al momento de realizar las entrevistas con cada uno de los pacientes, y cuestionarlos sobre ¿Cómo consideran la comunicación con su médico? Algunos respondieron en tono molesto, que ésta no había sido buena, por varias razones como: falta de tiempo del médico hacia el paciente, no hablaban con el enfermo, la atención fue mala.

Pero la gran mayoría de los aquejados expresó su desagrado hacia el personal de clínico, debido a que en el momento que ellos mencionaron el problema de salud que los afligía, el galeno sólo se dedicó a escribir la receta de los mismos, sin haberlos revisado, tal y como lo explicó la señora el paciente 10, “la comunicación fue muy mal, muy mal, porque empieza uno a decir lo que siente y en vez de que lo revise, empieza a escribir, todavía ni acaba uno y ya me está dando la receta... ¡Ni me revisa! Nada más aquí está su receta, ya se puede ir ¿Pero doctor? ¡No hay pero!” En una situación similar se encontró el enfermo 12, quién mencionó lo siguiente. “Yo me la pasaba de hospital en hospital, no hablé mucho con los doctores, siempre, solo, este me oían lo que yo les decía que tenía, hacían su receta y ya, después me daban otra consulta para el otro mes.”

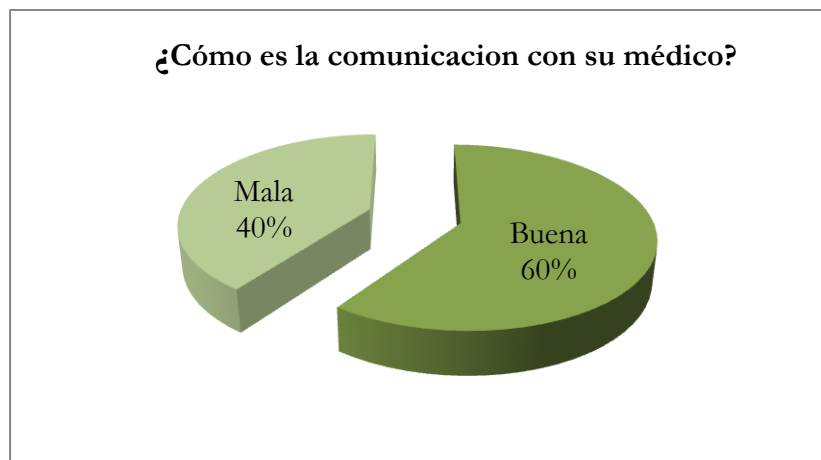
Otra de las respuestas que dieron los pacientes acerca del mismo cuestionamiento, y el por qué les resultaba indebida la comunicación, fue debido a que en los centros hospitalarios no se les explicaba con claridad la enfermedad que padecían, es decir que el diagnóstico no era del todo correcto. Por lo tanto las personas que pasaron por ésta situación pronunciaban con enojo lo acontecido, tal y como lo expresa el paciente 2, “nomás me traen dando vueltas, ni me dicen bien que es lo que tengo, todas las veces que fui a mi clínica, me revisaba un doctor diferente, y cada quién me decía una cosa y el otro otra cosa, total que ni sabía que era lo que tenía, lo de los doctores no es hablar, ni tampoco dar una respuesta buena.”

De la misma forma el enfermo 4 relató una situación similar en la que los doctores le mencionaron lo siguiente, “te dicen que estas enferma de algo y no te explican, no te explican bien que enfermedad es, o, uno se queda con la duda, eso. Se queda uno así, luego le quiere uno preguntar y no nos explican, nos vuelven a dejar a uno con la duda.” No obstante, hasta el momento algunos casos reflejan que la comunicación es mala en la relación médico-paciente, pero durante la realización de las entrevistas no siempre fue así, porque la mayoría de los enfermos contestó que el diálogo que habían tenido con el

personal de salud fue bueno, a pesar de las circunstancias adversas en las que se vieron involucrados algunos de ellos en los hospitales.

Por lo tanto, hay que destacar ésta situación en dónde la comunicación fue buena, y que contrariamente a otros casos, aún existen médicos que se preocupan por éste hecho. Así lo mencionó el paciente 8, “los médicos me preguntan cómo me siento, este, lo que, sobre mi medicamento que me están dando, este, sobre mi vida también me preguntan, cómo vivo, como está la relación con mis padres, este, uh, que relación tengo con mis vecinos, cómo es mi vida, este, y nada más eso es lo que me preguntan.”

Asimismo, el enfermo 14 indicó que no había tenido problema alguno con los doctores a la hora de comunicarse con ellos e inclusive exteriorizó que “el médico es una persona que está cumpliendo con su deber, me ha dado ánimo y he salido adelante con el ánimo que me da la doctora, y ahora sí que la fe que yo tengo por mi santito he salido adelante. Y por el médico que me está atendiendo le he tenido mucha fe.” Ante lo ya mencionado por los pacientes en cuanto a la indagatoria de ¿Cómo consideraban la comunicación con su médico? Se obtuvieron los siguientes datos:



Entonces, podemos decir que el inconveniente de la comunicación en la relación médico-paciente, no está tan deteriorado, y que además de ser un problema social en el que a veces se ven involucradas ambas partes, se debe mencionar que el enfermo tiene cierto grado de culpabilidad en ello, ya que en ocasiones los pacientes no dejan que exista un diálogo conciso, al no proporcionar los datos correctos para que los profesionales de la salud elaboren un diagnóstico adecuado.

La confianza: Médico-paciente

Pacientes	¿Su médico siempre escuchó lo que le mencionó sobre su padecimiento?	¿Tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?
Paciente 1	Sí, siempre.	Ah sí, porque él me excitaba a decirle lo que me estaba pasando.
Paciente 2	Sí, pero como a veces estaba un doctor diferente, el que, yo le decía como estaba, me cambiaba la enfermedad.	Sí, siempre yo he tenido la confianza de decirle al doctor lo que me pasa.
Paciente 3	Sí, sí, porque me dijo que si había cocinado yo con leña y le dije que sí.	Naturalmente, si yo me siento mal, le digo doctorcito me duele aquí.
Paciente 4	Sí, pero me veía y me decía ¿Otra vez usted, a que viene? O me decía que para que iba.	No. Porque hay varios doctores que examinan a uno, o sea ya nada más hacen la receta y ya no nos revisan.
Paciente 5	No, la verdad yo creo que no.	Uno ya entra como con la desconfianza de decirles lo que me pasa, al fin a veces ni escuchan.
Paciente 6	Sí, para eso va uno, para que lo atiendan, y tenemos que decirle la verdad.	Sí, sí. Porque así uno sale más convencido de que si lo está escuchando el doctor.
Paciente 7	La mera verdad pues yo, yo en realidad no supe porque yo era el paciente.	Pues sí, se supone que uno debe de tener la confianza de hablar con él y ellos también deben de escucharnos.
Paciente 8	Sí, porque ellos me preguntan cómo me siento.	Sí, porque ellos me dan la confianza decirles lo que me está pasando.
Paciente 9	Sí, algunas veces no, pero sí, estuvo todo bien.	Sí, porque el médico se enoja si no este, si no hablo, por eso le digo lo que me pasa.
Paciente 10	Hay veces que ya está escribiendo y todavía no acaba uno de decirle, entonces no, ¡No escucha!	Si yo sí, yo le digo todo lo que siento, todo lo que me duele.
Paciente 11	Algunos me escucharon, otros no sé si lo hicieron, porque con eso de que casi no tienen tiempo.	De tenerle la confianza, pues eso siempre, pero como le digo, para qué sirve la confianza, si ellos no nos la tienen.
Paciente 12	De que me escuchaban, eso sí, pero de que le sirve a uno que lo oigan, sino son capaces de decirnos la verdad.	Yo les tengo confianza de decirles lo que me duele, porque me siento mal.
Paciente 13	No, pues, porque cuando llegue a la clínica familiar, no me atendieron bien ahí.	Claro que sí, porque sé que me va a curar, por eso están en el consultorio.
Paciente 14	Sí, si me han escuchado, ahora sí que los doctores de mi clínica familiar si me escucharon.	Yo tengo la confianza, porque a eso voy a que me vea mi enfermedad que yo llevo.
Paciente 15	Pues este, mi médico familiar si, el de la treinta y uno. Y también aquí.	No, a veces no.

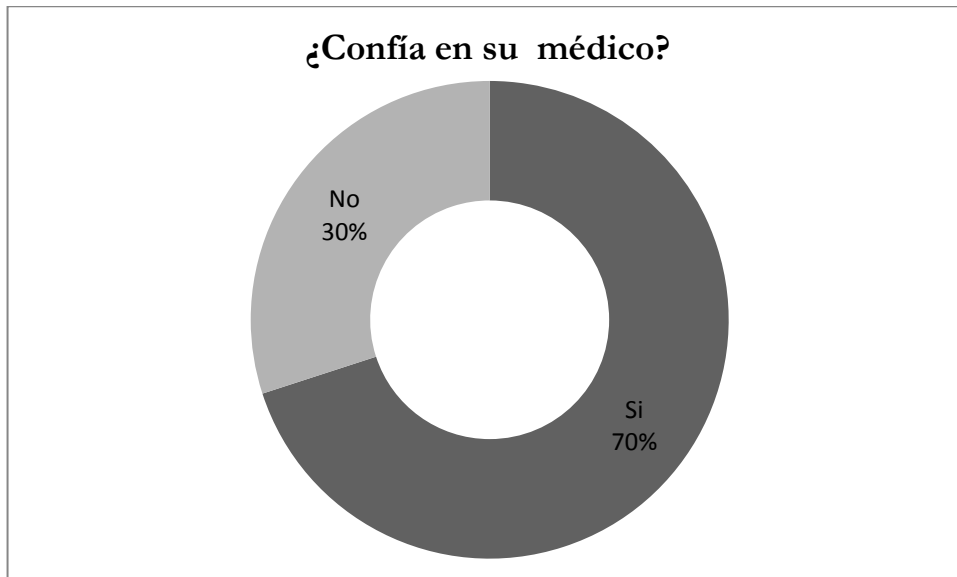
Al momento de recibir la atención clínica en los hospitales, los pacientes terminales indicaron que los médicos, en la mayoría de los casos, siempre escucharon lo que ellos mencionaron sobre su padecimiento y otros malestares. Enfatizando que los doctores tienen la responsabilidad de oírlos porque los enfermos acuden a éstos con la creencia de que van a ser resueltos sus problemas de salud. Así lo señaló el paciente 7, “cuando uno va al doctor, para eso va uno, para que lo atiendan, y tenemos que decirles la verdad, porque también el doctor no le va adivinar que es lo que uno tiene, que es lo que uno siente, eso es.”

En el caso del paciente 12, la respuesta obtenida fue similar, él comentó que los galenos lo escuchaban cuando asistía a consulta, aunque destacó, “de que le sirve a uno que lo oigan, sino son capaces de decirnos la verdad, si lo que tenemos es bueno, o malo, ya con que me hubieran dicho que me iba a curar, con eso tenía. Uno sufre mucho en los hospitales.” Así mismo, varios de los pacientes entrevistados, recalcaron que el personal clínico, es capaz de atender sus demandas. Sin embargo, existen algunos problemas por los que los enfermos no son escuchados por los médicos como:

- a) Falta de tiempo
- b) Falta de veracidad en el diagnóstico
- c) No terminar de escuchar al enfermo cuando éste externa sus malestares
- d) Personal médico déspota y autoritario

Particularmente, de los quince pacientes encuestados, el 60% por ciento concuerda que son escuchados por sus médicos, y el 40% por ciento indica lo contrario. Aunque, lo importante aquí es cómo, el galeno tiene la capacidad para resolver ciertas contradicciones que no permiten que el enfermo hable y el médico oiga con atención lo señalado por el otro. En cuanto a la siguiente pregunta; ¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando? Las respuestas coinciden, en la gran mayoría, que los enfermos confían en los galenos. Porque los médicos son al final de cuentas la última esperanza para curarse del padecimiento que sufren. Por tal motivo, ellos se sienten seguros de mencionarle al personal de salud, todo lo referente a su enfermedad. Aunque, en el caso del paciente 5, no tiene la seguridad de conversar con los doctores. “Le digo que como uno cree que ya saben todo, y no les quiero decir a veces algo, porque luego, luego nos regañan, más bien uno ya entra como con la desconfianza

de decirles lo que me pasa, al fin a veces ni escuchan, pero como en todo hay buenos médicos y malos.” También para el paciente 11 sucede algo similar, ella mencionó que si cree en los doctores pero, “como le digo, para qué sirve la confianza, si ellos no nos la tienen, y acabamos igual de mal, así no se puede.” Lo importante aquí fue que a pesar de los problemas que se presentan en la relación médico-paciente, las personas aún confían en ellos, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:



Si bien, el porcentaje de pacientes que confía en su médico a la hora de comunicarle lo que en realidad los está afectando, es mayor, a los que desconfían en los doctores, hay que tomar en cuenta que éstos últimos, antes de entrar a recibir cualquier tipo de consulta en los hospitales, ya van con cierto temor de contarle al doctor lo que los apremia. Quizás por ésta imagen que se ha creado alrededor del personal de salud, donde se muestran autoritarios y déspotas ante los enfermos. Ésta actitud de algunos profesionales clínicos, ha contribuido para que las personas expresen con menos exactitud los problemas de salud que en verdad los molesta. Considerando que también el paciente, tiene cierta culpabilidad en cuanto a la desconfianza que tienen con algunos doctores, porque si en ocasiones sufrieron por una mala atención en otros hospitales, esto no quiere decir que siempre va a ser así. Por éstos y otros aspectos ya mencionados con anterioridad, la comunicación entre enfermos y profesionales de la salud, se verá afectada, siendo éste un problema social que se va acrecentando cada vez más en la sociedad mexicana.

El uso del lenguaje en la relación médico-paciente

Pacientes	¿Comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?	¿Por qué?
Paciente 1	No, la verdad no muy bien.	Además los médicos como escriben, no se les entienden nada.
Paciente 2	No	Porque hablan demasiado rápido, y luego dicen palabras que no entiendo.
Paciente 3	Pues mire me dicen que estoy delicada de los pulmones y ya me recetan las medicinas.	Sí ellos me dicen las cosas bien, y yo les entiendo.
Paciente 4	No.	Porque no nos dicen lo que en realidad tenemos, o usan palabras que no sé lo que significan.
Paciente 5	No, yo pienso que a veces ellos sienten que uno les entiende lo que dicen.	Vera yo creo que no se dan a entender, o uno no les entiende, usan palabras que ni se que significan.
Paciente 6	Sí.	Porque el doctor al hacer las preguntas a cualquier enfermo se las hace porque quieren saber el estado en el que se encuentran, y me explican bien.
Paciente 7	No.	Porque son este, lenguajes que utilizan ellos, y pues a veces les entiende uno pero otras veces no, no sé de qué están hablando, ni lo que es mi enfermedad.
Paciente 8	Sí	Porque no, no utilizan términos muy médicos, utilizan términos sencillos.
Paciente 9	Pues a veces, pero la mayoría no.	Llevo a mi hija para que a ella le digan todo, y mi hija me explica luego lo que le dicen, por eso entiendo.
Paciente 10	A veces no, a veces no, pero yo soy muy preguntona, les pregunto.	Me dicen que para que le digo si no me va entender.
Paciente 11	No, nunca entendí lo que el otro día me quiso decir una enfermera.	Por qué, me dijo unas cosas que ni supe que significaban.
Paciente 12	No, es que, a veces ni supe lo que me dijo.	Yo digo que deben decirnos con otras cosas, otras palabras que uno entiende.
Paciente 13	No.	Porque la otra vez el médico me dijo las palabras que no se me quedaron grabadas.
Paciente 14	No.	No bueno, será porque no tenemos estudio, no sé leer ni escribir.
Paciente 15	No, no porque no me explican.	Yo les pregunto, por ejemplo no me explican que mi gastritis es folicular, y yo no sé que es folicular.

En una relación tan delicada como la que se lleva a cabo entre pacientes y médicos, el uso del lenguaje y las palabras expresadas dentro de los hospitales, resultan fundamentales al momento de establecer comunicación alguna con los enfermos. La forma, el cómo, y hasta el tono, en el que se dicen las cosas, son aspectos a considerar cuando se ésta frente una persona que se encuentra en la fase final de su vida, a consecuencia de su padecimiento, porque éstos pueden ser mal interpretados o aceptados por los enfermos, originando una ruptura o continuación en la comunicación.

Por lo tanto, el lenguaje que utiliza el personal de salud, lleno de tecnicismos, representa un obstáculo más para que se inicie un diálogo adecuado, en el sentido que la gran mayoría de las personas que reciben atención clínica en los nosocomios, no llega a comprender con exactitud lo descrito por el doctor cuando hace referencia a su enfermedad.

Ésta situación, la observamos en cada una de las respuestas otorgadas por los pacientes terminales, ante la pregunta siguiente: ¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad? De los quince entrevistados, sólo dos mencionaron que lograron entender al médico cuando éste les explicó la enfermedad que padecían. Por el contrario, los demás indicaron que les era difícil comprender las palabras que los galenos utilizaban para hacer referencia a su mal. Y la gran mayoría no obtuvo la respuesta adecuada para saber a ciencia cierta, cuál era su padecimiento, quedando muchos de ellos en total incertidumbre. Originando, más tarde conflictos de carácter comunicativo entre galenos y pacientes por el uso de términos médicos.

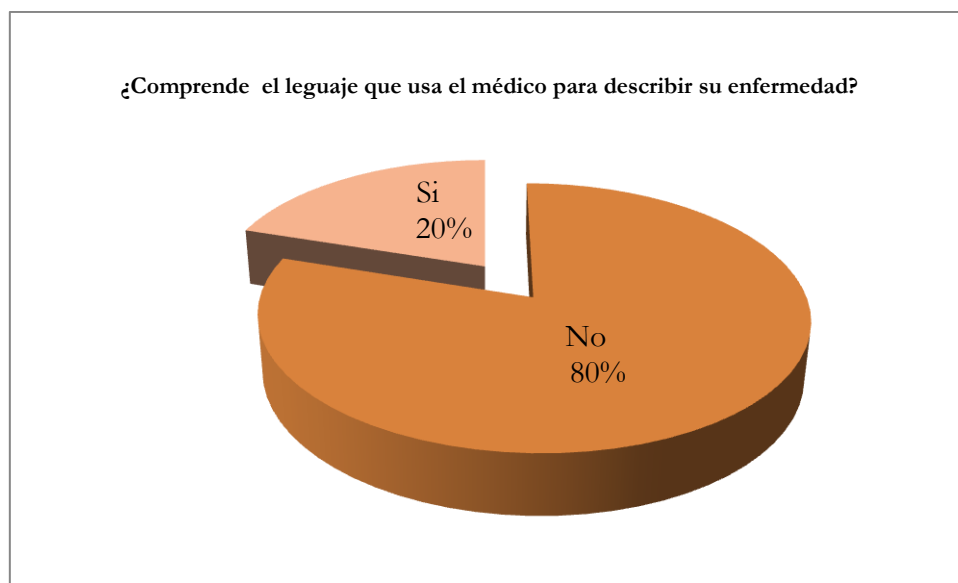
Éste problema de entendimiento entre ambos, lo podemos corroborar con lo mencionado por el paciente 15, quién nunca entendió lo que era su enfermedad. “Yo les pregunto, por ejemplo no me explican que mi gastritis es folicular, y yo no sé que es folicular.”

Otra situación similar fue la del paciente 13 que expresó lo siguiente, “la otra vez el médico, me dijo, me dijo las palabras que no se me quedaron grabadas. Me dijo el término de lo que significa mi enfermedad, y no se me grabó, no le entendí. Si me dijo lo que era mi mal pero no, no lo comprendí. Y ya no le insistí porque ese día estaba con otro doctor y solo de paso me explicó lo que tenía.” Es importante señalar que cuando comunicamos

un mensaje, y éste no es lo bastante claro para quién lo recibe, comienzan a surgir malos entendidos entre el emisor y receptor.

En éste caso si el que emite (médico) y el que percibe (paciente), no logra a captar lo descrito por el otro, es probable que las palabras pronunciadas por los doctores, resulten desconocidas y malinterpretadas por los enfermos. Y en la mayoría de los casos, origina que las personas se informen erróneamente sobre su mal en otros medios de comunicación como internet.

Lo que más tarde produce, incertidumbre, enojo, y una posible demanda de parte de los pacientes hacia el personal de salud. Ya que al no tener una respuesta concisa acerca de su enfermedad, éstos últimos optarán por buscar otras alternativas para encontrar una solución. El uso de términos médicos provocó que los enfermos, tuvieran problemas de comprensión para saber realmente cual era su padecimiento, tal y como se muestra a continuación:



Aunque, el porcentaje de enfermos que no logran entender el lenguaje y las palabras de los médicos fue mayor, se debe indicar, que las complicaciones de salud por las que atraviesan los pacientes en fase terminal, tampoco permiten que éstos logren comprender con facilidad lo que el personal clínico les indicó, aunado a problemas de carácter psicológico, físico y emocional. Por lo tanto para que la comunicación se realice de forma óptima, los elementos que en ella participan, deberán constituirse adecuadamente, para deslindar responsabilidades, y creer que los doctores son los únicos culpables ante posibles inconvenientes de percepción.

Causas que afectan la comunicación médico-paciente

Pacientes	¿Cuáles son las causas por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?	¿Al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?
Paciente 1	A veces no se puede hablar con los doctores por su mal carácter.	Pues sí, en ese aspecto sí.
Paciente 2	Que son muy autoritarios.	Sí, al menos si fueran sinceros.
Paciente 3	Pues siempre hablo con ellos, y siempre me han escuchado.	Sí.
Paciente 4	Porque son muy déspotas.	Sí.
Paciente 5	A que son muy déspotas, que no saben atendernos como nos merecemos.	Pues no se joven, como le digo, que ya no se sabe en quien confiar, ya no tienen tiempo ni de revisar al enfermo.
Paciente 6	Pues, a veces porque uno no tiene mucha confianza con el doctor.	Claro que sí.
Paciente 7	Si el médico no lo escucha a uno pues no tienen caso de verlo.	Bueno eso creo que si sería muy benéfico y mejoraría mucho.
Paciente 8	A lo mejor es por pena.	Sí porque es muy básica la comunicación entre paciente y doctor.
Paciente 9	Ellos no hablan con uno.	Pues sí.
Paciente 10	La mayoría, la mayoría lo tratan a usted con la punta del pie. No, no son personas que lo escuchan.	Sí, efectivamente que sí.
Paciente 11	La falta de tiempo.	Pues sí, pero si ellos no tienen tiempo de hacerlo.
Paciente 12	No tienen el tiempo necesario para atendernos como se debería.	Claro que sí, pero si a veces no nos dejan ni hablar.
Paciente 13	Porque, como usted dice, por sus términos médicos.	En general yo creo que sí.
Paciente 14	Pues hay ocasiones que no se presta un médico para escuchar.	Sí, yo digo que sí.
Paciente 15	Para mí como que no les interesa el paciente.	Si

La comunicación en la relación galeno-enfermo, no sólo se ve afectada por los términos médicos, sino que también otros factores como: incapacidad del enfermo para hablar, desconfianza entre ambos, el *Síndrome Burnout o del quemado*, que produce cansancio extremo en el personal de salud, etc. Éstos, como ya se ha señalado con anterioridad dificulta la presencia de un diálogo correcto entre médicos y pacientes. Pero también existen otros aspectos a tomar en cuenta; el autoritarismo, desinterés del doctor hacia el enfermo, no escuchar al mismo, falta de tiempo, son algunas de las causas que

mencionaron los pacientes terminales por las que no pueden comunicarse con los médicos.

Por ejemplo, de los quince entrevistados, el veinte dos por ciento lo adjudica a la falta de escucha, el treinta y tres por ciento, señaló que los profesionales clínicos son muy déspotas, otro treinta y tres por ciento, indicó que la desconfianza, pena, y falta de tiempo son los principales motivos para no poder hablar con los doctores. Solo el seis por ciento de los encuestados consideró, que siempre lograron establecer un diálogo. Tal y como lo menciona el paciente 3, “yo siempre hablo con ellos, y siempre me han escuchado. Siempre que he ido a consulta me han atendido, así como usted, han sido magníficos, me ponen un aparatito, me checan, me revisan, me escuchan los pulmones y todo.”

Es importante aclarar, que si el porcentaje de pacientes con problemas para hablar con su médico fue mayor, éste no es un indicativo para asegurar que siempre es así, porque no todo el personal de salud reacciona de forma inadecuada ante la presencia de un enfermo.

Por otro lado, el despotismo y mal carácter del médico hacia los pacientes, fueron los motivos principales para que los enfermos no establecieran comunicación con los profesionales de la salud. Dicho autoritarismo y poco interés, se funda en el llamado “paternalismo clínico o modelo hegemónico,” que era muy marcado anteriormente, aunque por lo descrito, aún se sigue practicando en la medicina actual.

Esto lo podemos confirmar, con lo expresado por la paciente 10. “Pues no sé si ya vendrán enojados de su casa, o se fastidian de tener tanto paciente. Pero... la mayoría, la mayoría lo tratan a usted con la punta del pie. No, no son personas que lo escuchen, no son esas personas. Uno como paciente, pues se siente aliviado de decirle al doctor ¡Doctor me duele esto, siento esto! Ya no más con que lo escuchen a uno, se siente uno mejor, pero si ellos no lo hacen sale uno peor de ahí.”

De igual forma, el enfermo 2, consideró que los médicos son “muy autoritarios, y no dicen bien las cosas, quieren ocultarnos la verdad.” Aquí lo interesante de lo descrito por éste paciente, es el hecho de que muchos enfermos al igual que el enfermo 2, ya saben que el problema de salud por el que están atravesando es grave, y aunque el médico señale lo contrario, el paciente por si sólo se da cuenta de ésta falta de veracidad en el diagnóstico clínico.

Por su parte, en cuanto a la siguiente pregunta: ¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes? Del total de entrevistados, todos coinciden que si tuvieran más tiempo para hablar con el personal de salud, la atención ofrecida por los mismos sería de mejor calidad.



Aquí se puede confirmar el valor que se le concede a la comunicación, ya sea verbal o no verbal, el hecho mismo de comunicarse con los otros, es uno de los factores fundamentales en la existencia y desarrollo de los seres humanos. No se puede dejar de comunicar, las palabras, movimiento de manos, o un simple gesto, expresan algo. De ahí radica la importancia de tener una comunicación efectiva en la relación médico-paciente.

Así lo expresa el enfermo 8, “es muy básica la comunicación entre paciente y doctor. Ellos necesitan saber qué es lo que nos está doliendo, que estamos padeciendo, para, para saber, obtener un dictamen sobre nosotros. Porque físicamente si podrán ver algo, pero siempre es la comunicación la que es la base de todo.”

Entonces, si consideramos lo descrito con anterioridad, ¿Por qué existen varios problemas de comunicación entre enfermos y médicos? Quizás la respuesta a esta interrogante sea que ambos tienen cierta culpabilidad, sin embargo, hay que tomar en cuenta otro factor importante como lo puede ser la institucionalización de los hospitales clínicos, que afectan el tiempo en la atención que realmente se le debería dar a un paciente.

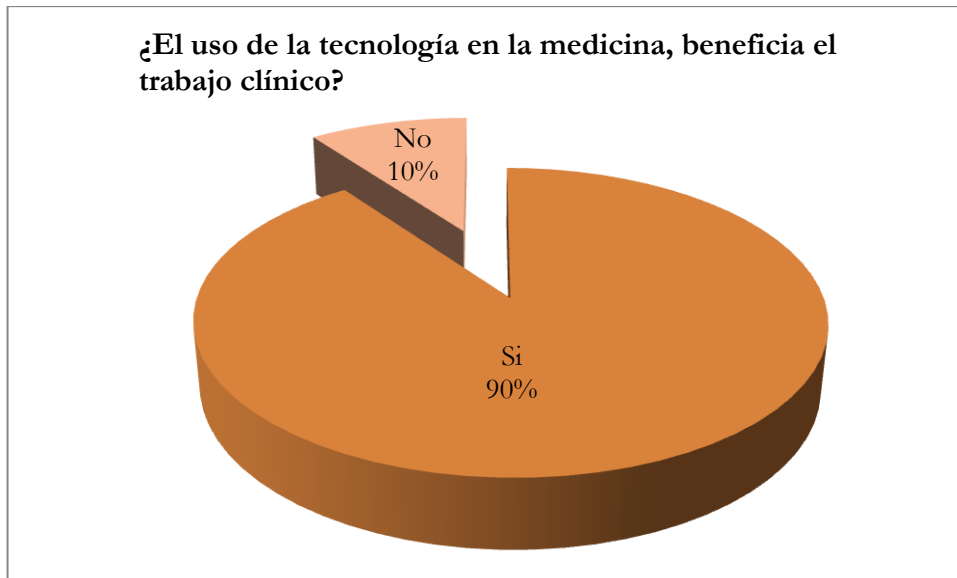
La tecnología en la medicina

Pacientes	¿El uso de la tecnología en la medicina, beneficia o afecta el trabajo clínico?	¿Usted siempre obedece las indicaciones del médico?
Paciente 1	Pues si lo ha beneficiado.	Sí, lo malo aquí es que me cambian a cada rato de médico.
Paciente 2	La tecnología es buena.	Trato, aunque si me fue difícil.
Paciente 3	Sí, al paciente si, y al doctor.	Sí, sí, naturalmente.
Paciente 4	Pues la beneficia.	Sí, eso sí.
Paciente 5	Pues sí, sí la ha beneficiado, porque ya, hoy se cura uno rápido, antes no existía lo que se ve en los hospitales.	A veces.
Paciente 6	Ha beneficiado.	Sí.
Paciente 7	Yo digo que si ha beneficiado el trabajo medico.	Bueno, por lo general si las obedezco.
Paciente 8	Yo siento que es beneficio para nosotros.	Si porque el doctor si nos dice algo es para nuestro bienestar.
Paciente 9	A nosotros no beneficia.	Sí, hago lo que debe de ser.
Paciente 10	Pues yo digo que si la ha beneficiado, que no la apliquen es otra cosa.	Sí, Si. Hago lo que me dicen.
Paciente 11	Lo beneficia.	Siempre obedecí todo lo que me decía mi doctor.
Paciente 12	La beneficia.	Trato de que si.
Paciente 13	Si ha beneficiado más que afectado.	Trato.
Paciente 14	Pues yo digo que no.	Por lo regular sí, porque yo sé que de eso depende mi salud.
Paciente 15	Los ha beneficiado.	Sí, me tomo mi medicamento como es.

El uso de la tecnología en la medicina, siempre será muy importante para remediar problemas de salud y enfermedades mortíferas como el cáncer, que hasta unos años no tenían una respuesta médica. Los avances tecnológicos han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen un padecimiento mortal. No obstante, la utilización desmedida, produce un sufrimiento innecesario en las personas, más que un beneficio, y cuando los profesionales clínicos tratan de sanar a un enfermo a cualquier costo, se cae en lo que se conoce como encarnizamiento médico.

En cuanto a la respuesta que dieron los pacientes, sobre la afectación o beneficio que representa la utilización de la tecnología en el trabajo clínico, la gran mayoría de los

entrevistados coinciden, que más allá de resultar perjudicial, el avance tecnológico la labor médica, tal y como se muestra a continuación:



El noventa por ciento de los pacientes que están a favor de la utilización de la tecnología en la medicina, consideraron su uso como un beneficio, porque ellos mencionaron que mediante el manejo de ésta se pueden curar enfermedades que antes no tenían remedio, y los medicamentos son más efectivos, así lo percibe el paciente 5, “sí la ha beneficiado, porque ya, hoy se cura uno rápido, antes no existía lo que se ve en los hospitales, ¡Claro hay quienes la saben usar y otros que solo la tienen ahí de adorno!”

También el enfermo 8 menciona que es un apoyo para médicos y enfermos. “Yo siento que es beneficio para nosotros, beneficio para el doctor, la tecnología siempre va a ser un beneficio, porque la tecnología es algo importantísimo en el trabajo de los médicos, y porque nos ayuda a nosotros como enfermos.”

Aunque, el porcentaje de personas que están a favor de la aplicación de tecnología en el trabajo clínico fue mayor, es de llamar la atención que también varias de las respuestas otorgadas por los pacientes, concuerdan que de nada sirven los avances tecnológicos, si a veces el personal de salud no los aplica de forma adecuada, causando más perjuicios que beneficios.

Para el paciente 14, la tecnología ha sobrepasado los alcances médicos, “ya la tecnología, aunque yo no sé leer ni escribir, considero que ya toda la tecnología de la medicina, su avance va más adelantado que todos, y más que nada luego uno de paciente

no hace nada por seguir el tratamiento, si uno corta el tratamiento y dice uno que el doctor no me dio esto, que no me atendió lo que me faltaba, pues no sirve tanto aparato.”

Por otro lado, en lo que refiere a la pregunta: ¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico? Los quince pacientes respondieron que siempre cumplen las indicaciones que el doctor les señala. Argumentando, que es un beneficio para su salud obedecer al personal de clínico.

La paciente 3 considera esto un factor importante para su recuperación, “si yo no sigo las indicaciones del doctor, entonces pues yo desobedezco y se pierde el control del medicamento, y entonces eso es perjuicio para mí.”

De igual manera el paciente 7, indica que lo más conveniente para recobrar su estado físico es seguir las instrucciones que el galeno le menciona acerca de su tratamiento. “Bueno, por lo general si las obedezco, oigo todas las indicaciones y todo lo que me dicen lo hago, y pues yo les tengo mucha confianza porque ahora si pues sí, son ellos los que saben. Y si no les tengo confianza o, no les hago caso pues no tiene caso verlos, o como quien dice no hay que desobedecerlos, y pues por mi bien mejor.”

A pesar de que la mayor parte de los pacientes dicen obedecer las indicaciones señaladas por sus médicos, para otros es muy difícil acatarlas, por cuestiones como lo puede ser el cambio de doctor, falta de continuidad en los medicinas prescritas, dudas en el cómo tomar los medicamentos.

Si bien, los enfermos en fase terminal, manifestaron que cumplen con las instrucciones que se les marca, es importante subrayar, que aún cuando ellos sigan su tratamiento adecuadamente, las esperanzas de recuperar su salud ya no serán posibles, tal y como lo afirmó la señora Amparo Morales, quién dijo estar muy cansada de tomar tanto medicamento, porque a final de cuentas ella sabe que su estado físico está muy deteriorado.

Es importante decir, que éste tipo de pacientes sólo recibe medicamentos que disminuyen los dolores subsecuentes al cáncer que padecen, porque para la gran mayoría, los tratamientos médicos han dejado de surtir efecto, y su esperanza de vida no excede los seis meses.

Finalmente, se puede decir que la comunicación interpersonal entre médicos y pacientes no existe como tal, lo que prevalece es un flujo de información, que en primer

lugar, permite al médico obtener los datos necesarios sobre la enfermedad de las personas para elaborar un diagnóstico.

En segundo lugar, el personal de salud, informa a los enfermos el tipo de padecimiento que los aqueja, y en consecuencia se establece un diálogo, que más allá de lograr una interacción, predispone los parámetros que deberá seguir el paciente, siempre guiados por el médico. Aunque, es cierto que coexiste la comunicación, no logra tener la parte recíproca que se necesita para poder ser interpersonal, porque no es lo mismo informar que comunicar.

Por otro lado, la opinión de los médicos que participan en el programa Atención a Domicilio al Enfermo Crónico Terminal (AMED- ADEC), es muy importante en este estudio, porque nos permite conocer las causas que afectan la comunicación en la relación médico-paciente, ya no sólo desde el punto de vista del enfermo sino que también desde la perspectiva clínica. Estos fueron los resultados obtenidos.

Comunicación: Médico-paciente

Personal médico	Profesión	¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?	¿La comunicación entre pacientes y médicos es recíproca?
Enfermera I	Licenciada en Enfermería y Obstetricia.	Aquí la comunicación con el paciente es muy amplia	Sí
Enfermera II	Enfermera General.	Pues se trata de que la comunicación sea verídica	A veces sí.
Doctora I	Médico familiar, maestría en pedagogía.	Pues en este programa es buena.	Pues no siempre.
Doctora II	Médico general, especialidad en medicina interna y geriatría.	Procuramos que la comunicación con el paciente y con su familia sea la adecuada.	Depende del caso.
Doctora III	Médico Familiar, Gerontóloga.	Pues, siempre vamos a tratar de que la comunicación sea de una manera directa.	Sí, lo que respecta a este programa siempre tratamos de que el paciente hable.

Desde la perspectiva médica, la comunicación con los pacientes, principalmente los que se encuentran dentro del programa AMED-ADEC, es adecuada, amplia, directa y lo más verídica posible. Es decir, siempre tratan de que el enfermo converse hasta donde él y la familia lo permitan, y por su parte los profesionales de la salud, como en el caso de la doctora II reconoce que se debe tener “una comunicación eficiente. Sabemos que esto es muy importante y por eso nos enfocamos a que exista esa comunicación.”

Para los médicos que trabajan en el programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico Terminal, el dialogar y escuchar al enfermo es la parte fundamental de la labor clínica, tal y como lo menciona la doctora I, “todo lo que se hable con ellos es muy importante porque para muchos es como prepararlos para la etapa final de la vida. Por eso, como es la etapa final de la vida, es la más difícil de aceptar para cualquier ser humano. Entonces la comunicación es primordial hay que cuidar las palabras, todo lo que se hable con los pacientes y con los familiares.”

Aquí la parte significativa a destacar del personal clínico, es que más allá de la importancia que le dan al ámbito comunicativo, esta primordialmente el cómo se dicen las cosas, ya que una palabra, gesto, o movimiento corporal realizado en forma inadecuada, repercute en el diálogo con el paciente, por lo que de acuerdo con los entrevistados la comunicación interpersonal como tal no se lleva a cabo, sino lo que se busca es que ésta se asertiva. Buscando siempre un objetivo, el cual se concentra en que el enfermo logre entender de manera clara el tipo enfermedad que padecen, cuáles serán los tratamientos a seguir para mejorar su salud, y así evitar en lo posible malos entendidos.

Por otro lado en cuanto a la pregunta, ¿La comunicación entre pacientes y médicos es recíproca? Obtuvimos varias respuestas, y de acuerdo con los doctores y enfermeras, ésta en la mayoría de los casos es equitativa. Esto quiere decir que tanto profesionales clínicos como enfermos, tienen el mismo derecho para expresar su punto de vista.

Así lo afirma la doctora III, “lo que respecta a este programa siempre tratamos de que el paciente hable. Es lo que más nos interesa porque ya traen su diagnóstico establecido de ellos. Entonces dejamos que el paciente hable, se exprese, y que es lo que desea.”

No obstante, la doctora I considera que dentro del programa (AMED-ADEC), si se da este hecho. “Aquí este programa se caracteriza porque todos debemos tener una buena comunicación, pero por ejemplo dentro del personal médico casi no se le explica al paciente su problema, que es lo va a pasar, cual es su diagnóstico, y la mayoría se queda sin respuesta.”

En otros casos, médicos y enfermeras, coinciden que si bien, la comunicación es recíproca, la forma de responder de parte de los galenos es cortante y déspota, pero también va depender de la situación en la que se encuentre cada uno de los pacientes,

porque existen enfermos que les cuesta mucho trabajo expresarse adecuadamente, y ellos como sus familiares no permiten que exista un mayor diálogo. Esto se debe principalmente, al avance de la enfermedad, al miedo que les provoca saber la verdad sobre su diagnóstico, y al silencio que rodea a la familia y paciente, siempre tratando de ocultar la verdad, que ellos mismos conocen, pero que no se atreven a hablar, por tratarse del eminente fallecimiento del enfermo.

Factores que afectan la comunicación entre médico y paciente

Personal médico	Profesión	¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?	¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?
Enfermera I	Licenciada en Enfermería y Obstetricia.	El principal factor es el tipo de enfermedad que tenga el paciente.	Es muy importante.
Enfermera II	Enfermera General.	El tiempo o a veces el estar tan metidos en el trabajo.	Es muy importante.
Doctora I	Médico familiar, maestría en pedagogía.	Yo creo que es porque uno cree tener todo el conocimiento.	Pues debe ser primordial, yo creo que es el pilar fundamental.
Doctora II	Médico general, especialidad en medicina interna y geriatría.	El tiempo para comunicarnos, no damos la importancia de esa comunicación.	Es muy importante.
Doctora III	Médico Familiar, Gerontóloga.	Este, muchos siempre se va a manejar el factor tiempo que tiene uno para ofrecerles a cada uno de los pacientes por consulta.	Desde que iniciamos nosotros como médicos la carrera, este, nos enseñan, creo que sí, bueno tenemos presente el saber que tenemos que tener una buena relación médico-paciente, eso nos dará mayor calidad.

Los médicos al igual que los pacientes, mencionaron que uno de los factores principales que afecta la comunicación entre ambos, es la falta de tiempo que tiene el personal de salud para atender a los enfermos en los hospitales. Para la doctora I, médico adscrito al programa (AMED-ADEC), no solo existe este inconveniente sino que también es “porque uno cree tener todo el conocimiento, y cree saber todo lo que se necesita saber sobre una enfermedad y el paciente. Sin embargo, a veces es importante escuchar a los pacientes porque muchos de sus problemas vienen por esa falta de comunicación, y si aparte el personal de salud, no hablamos con ellos, no nos comunicamos, pues se vuelve

más difícil.” Esta respuesta es interesante, porque demuestra que en ocasiones algunos médicos piensan que tienen todos los conocimientos clínicos para solucionar las enfermedades, llegando a sentirse omnipotentes, es decir que todo lo saben. Y no es así, lo único que ocasionan es una brecha entre el personal de salud y las personas que requieren atención médica. Para la doctora II, los profesionales de la salud, no le dan importancia al tema de la comunicación, y tampoco se dan ese tiempo para realizarlo.

Sin embargo, reconoce que es un aspecto esencial dentro del programa de Atención a Domicilio del Enfermo Crónico Terminal, sobre todo porque en él se trabaja con pacientes distintos, que requieren una atención clínica especializada, no solo para controlar el dolor físico, sino el emocional también, mismo que es el más difícil de atender. Entonces, de acuerdo con los profesionales de la salud las causas principales que deterioran la comunicación en la relación galeno-enfermo, son las siguientes:

1. Falta de tiempo para atender a los pacientes, entre una consulta y otra.
2. El padecimiento que tiene el enfermo no permite que se pueda comunicar.
3. Los médicos creen tener todos los conocimientos para cualquier enfermedad, se sienten omnipotentes.
4. La saturación en los servicios de salud.

Por su parte en cuanto a la pregunta, ¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente? Los médicos y enfermeras, coinciden que la base para poder establecer una buena relación con los enfermos, es la comunicación que se tenga con ellos, porque de nada sirve brindarles una buena atención si no se pueden comunicar.

Esto lo afirma, la enfermera I del programa (AMED-ADEC), “sin la comunicación ni el médico, ni el paciente pueden lograr un entendimiento que ayude al enfermo a decir con claridad que es lo que tiene, pero la realidad es que en los hospitales la saturación en los servicios de salud no nos permiten lograr esta comunicación.” Para la mayoría de los médicos, es imperativo sostener un diálogo eficaz, que les permita realizar un diagnóstico más certero, pero que también les ayude a mantener una buena relación con el enfermo.

En contraste, para la doctora I, más allá de que la comunicación es fundamental en la relación que sostienen con los pacientes, está la parte del cómo hablar con los enfermos, y esto es un aspecto que no aprende durante la carrera como médico. “En el

área de salud no se enseña esa parte de comunicación, yo lo he visto con médicos, enfermeras. Es algo que nunca se enseña, uno lo va aprendiendo conforme va tratando a los pacientes. Y al principio es muy difícil porque no dejamos hablar, no dejamos que el paciente diga lo siente, pero con el paso de los años uno se va dando cuenta de que la comunicación es esencial.” Es importante señalar, que al margen de lo descrito, esta respuesta, solo reafirma, una de las hipótesis que se plantea en el estudio, y es que al médico no se le prepara en lo académico para establecer una comunicación con el enfermo. Se menciona la importancia que tiene la misma, pero nunca se le enseña al galeno, el cómo se debe utilizar, de ahí radica el principal problema en el deterioro de la relación entre ambos. Por lo tanto, si el personal de salud que labora dentro de los hospitales en México, aprende que la comunicación es importante mediante su ejercicio profesional y con el paso de los años, y no durante la carrera como estudiante, la problemática y los malos entendidos con los pacientes, continuarán desarrollándose en el contexto médico, por tratarse de un problema que viene desde las instituciones académicas, el cuál es de vital importancia erradicar desde raíz, para que al momento de comunicar una mala noticia, o un diagnóstico que ponga en peligro la vida del paciente, se haga de una mejor manera de parte de los médicos, y se logre un compromiso mutuo.

La relación médico-paciente

Personal médico	Profesión	¿Cómo define la relación médico-paciente?	¿En la relación, aún predomina el modelo hegemónico?
Enfermera I	Licenciada en Enfermería y Obstetricia.	En este servicio es buena la relación médico-paciente.	Sí, lamentablemente sí.
Enfermera II	Enfermera General.	Muy satisfactoria.	Bueno este, yo creo que no
Doctora I	Médico familiar, maestría en pedagogía.	Se puede definir como esa comunicación que hay entre dos personas.	Pues el modelo hegemónico ha sido siempre el que predomina.
Doctora II	Médico general, especialidad en medicina interna y geriatría.	La relación médico-paciente es el cómo se relacionan esas dos personas.	En muchos casos sí.
Doctora III	Médico Familiar, Gerontóloga.	Puedo decir que es muy buena nuestra relación.	No, este, no.

En cuanto a la respuesta que mencionó el personal de salud, a la pregunta, ¿Cómo define la relación médico-paciente? Sólo dos médicos, de los cinco entrevistados se aproximaron a contestar brevemente lo que significaba ésta. Por ejemplo la doctora I explica: “Pues se puede definir como esa comunicación que hay entre dos personas, en este caso la persona que está tratando al paciente, y debe escucharlo, dejarlo que se exprese. Y esto es la parte

esencial de la historia clínica y la tribuna libre, pero esto es algo que al personal de la salud se nos olvida, y el ideal sería tener como esa comunicación efectiva además.”

Por su parte para la doctora II, médico del programa (AMED-ADEC) expresa que “la relación médico-paciente es precisamente, la palabra lo dice, el cómo se relacionan esas dos personas, porque somos personas, los dos tenemos toda una carga emocional, a unos con conocimiento médico para atenderlos y a otros porque, o confían, o desconfían mucho del médico que los atiende, pero la base de la atención del paciente está en la comunicación.”

Lo importante de estas respuestas es que conocen o suponen el significado, aunque no se acercan a la definición que dan otros profesionales de la salud como: Pedro Laín Entralgo, Horacio Jinich, Alberto Lifshitz, entre otros, que son a su vez expertos en la materia.

Pero más allá de la significación que tiene el personal clínico del programa (AMED-ADEC), de la relación médico paciente, esto vislumbra, un desconocimiento, de un concepto que resulta muy importante dentro del diálogo entre facultativos y enfermos, porque representa inexperiencia de un hecho trascendental en el desarrollo de las relaciones humanas dentro de las instituciones hospitalarias. Por lo tanto, mientras no se le dé la importancia debida, los conflictos de comunicación siempre existirán.

A su vez, la relación médico-paciente, no sólo se basa en que exista una buena comunicación, o que el personal de salud esté pendiente del estado físico y la recuperación de los enfermos, sino que también en ella se encuentran otros aspectos que tienen que ver con la actitud y la forma en que guía la situación el médico a la hora de estar frente a las personas.

En este rubro, algunos doctores han basado la atención clínica que le brindan al enfermo, en el uso y predominio del modelo-hegemónico paternalista, en el cual el paciente permanece pasivo a todo lo que le mencione el facultativo. Al respecto, el personal de salud de éste programa expresó que aún la consulta médica se rige por dicho conducto.

En palabras de la enfermera I éste tipo de modelo se sigue practicando porque “los médicos y no sólo ellos creemos que sabemos mucho sobre las enfermedades de los pacientes, y por eso cuando llegan a recibir atención, pues nos dedicamos a decirles lo que

tienen que hacer, y no sólo eso sino que también les decimos como lo van a hacer, porque el médico dice va tomar este medicamento así y lo va hacer así.”

De igual forma la doctora I menciona que “el modelo hegemónico ha sido siempre el que predomina, es aquel en el que el paciente va y uno es el que guía todo el interrogatorio, uno da las órdenes, se le dice a qué hora se van a tomar los medicamentos, y pocas veces se deja hablar al paciente.”

No obstante, si la relación médico-paciente, se ve afectada por ciertos factores ya mencionados, se le debe agregar el uso de este modelo, que por increíble que parezca en pleno siglo veintiuno se sigue practicando en algunos hospitales. Pero aquí lo importante a señalar, es que no todo es culpa de los médicos, sino de las instituciones académicas que los forman, y también de los centros hospitalarios que estandarizan la forma en que los médicos deberán brindar la atención a los pacientes.

La preparación académica del médico

Personal médico	Profesión	¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico, para poder establecer una comunicación con el enfermo?	¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?
Enfermera I	Licenciada en Enfermería y Obstetricia.	Bueno, en la escuela nos dieron una clase de comunicación, donde nos dicen que debemos hablar claramente.	En teoría la calidad es lo más importante, pero la realidad es otra.
Enfermera II	Enfermera General.	Académicamente, te dicen que siempre debes tener una buena comunicación con los enfermos, pero no te dicen cómo.	Pues yo creo que a las instituciones siempre les va importar más la cantidad.
Doctora I	Médico familiar, maestría en pedagogía.	Pues se ve muy poco, se ve muy superficial.	Pues para las instituciones siempre será la cantidad, siempre se habla de números y se ha dejado de lado la calidad.
Doctora II	Médico general, especialidad en medicina interna y geriatría.	Siempre nos dicen que la relación médico-paciente es lo más importante pero no hay una materia que nos enseñe como debemos comunicarnos.	En la teoría es la calidad, en la práctica es la cantidad.
Doctora III	Médico Familiar, Gerontóloga.	Creo que la preparación la va dando la experiencia que cada uno va adquiriendo en el transcurso de nuestra carrera.	Creo que nosotros hemos ofrecido mucha calidad en la atención, no vemos en cantidad, y en los hospitales siempre lo más importante son los números.

En cuanto a la preparación académica que reciben los médicos para comunicarse con los pacientes, de los cinco entrevistados, cuatro de ellos coinciden que en el transcurso de la carrera no se les enseña el cómo establecer una buena comunicación. Por ejemplo la doctora II explicó: “Siempre nos dicen que la relación médico-paciente es lo más importante pero no hay una materia que nos enseñe como debemos comunicarnos, como debemos darle información adecuada al paciente, como encontrarla, si se menciona durante todos los años que si es importante, pero sí creo que hace falta que se enfoque bien a enseñar al estudiante y al médico como llevar a cabo esa comunicación con el paciente.”

Caso similar es el que expone la enfermera II del programa (AMED-ADEC). “Académicamente este, te dicen que siempre debes tener una buena comunicación con los enfermos, pero no te dicen como, o sea, a mí lo que me ayudó mucho fue lo de la tanatología, me ayudó a tratar de entender al paciente, tratar de ver el por qué está enojado, porque tiene mucho dolor, pero en sí, o sea en la escuela no te dicen cómo hacer esa comunicación.”

En este sentido, es donde toma relevancia la hipótesis planteada en el estudio, y que reafirma que al personal de salud no se le prepara en lo académico para comunicarse con el enfermo, y es aquí donde se encuentra el principal inconveniente que determina el deterioro de la comunicación en la relación médico-paciente. Y por ende, mientras no se le otorgue la importancia debida a esta problemática, que proviene desde la formación académica del doctor, el diálogo entre ambas partes siempre se verá condicionado por este hecho.

Por lo que ya en el plano profesional, la limitante de esta falta de preparación se verá reflejada en el aspecto laboral, porque si el galeno no posee las herramientas necesarias en el ámbito comunicativo para dirigirse de forma adecuada, siempre surgirán los conflictos de comunicación con el paciente. Ya que éste es un problema que proviene desde las instituciones de medicina. Aunque, profesionalmente la experiencia les pueda enseñar cómo realizarlo.

Además, si a esta situación le sumamos la falta de tiempo que tienen los doctores para atender a los pacientes por la excesiva saturación en los hospitales, la contrariedad es mayor, porque la calidad en la atención que reciben los derechohabientes no es la

adecuada. Debido a que para las instituciones de salud, la cantidad de personas atendidas se ha vuelto primordial, los números son los importantes y los que respaldan a los hospitales en cuanto al servicio ofrecido. Esto lo reafirma la respuesta de los cinco entrevistados al responder a la siguiente pregunta: ¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos? En absoluto todos respondieron que las cifras son en última instancia lo que verdaderamente interesa a las clínicas de salud.

Así lo expresa la enfermera II, “Pues yo creo que a las instituciones siempre les va importar más la cantidad, aunque ellos te dicen que tú tienes que dar la calidad y calidez, pero son tantos pacientes que no vas a dar calidad ni calidez. Y para ellos lo que les interesa más son los números, la cantidad.” Ante esta perspectiva, en donde lo que importa es la cantidad y no la calidad, podemos decir que este hecho se debe a la comercialización de la medicina, que mantiene bajo un reglamento institucional a los médicos, que no les permite ejercer libremente su profesión, sino que está siempre va encontrar sujeta a ciertos estándares, en beneficio de los hospitales y no de los derechohabientes.

Finalmente, la comunicación que preexiste entre médicos y pacientes, no es intersubjetiva, sino que es de tipo organizacional, en donde la jerarquía que preside el personal de salud es determinante en la toma de decisiones, pero que a su vez los mismos, obedecen órdenes y se rigen bajo las políticas de trabajo impuestas por la institución, siempre en busca de la efectividad y alto rendimiento de todos los integrantes del centro hospitalario.

Los datos que se obtuvieron de las entrevistas realizadas tanto como a enfermos y doctores del programa de Atención a domicilio del Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), demuestran que la comunicación se ve afectada por los siguientes factores:

- a) Falta de preparación académica por parte de los médicos en el ámbito comunicativo
- b) Saturación en los servicios de salud
- c) Utilización de un lenguaje técnico
- d) Práctica del modelo hegemónico
- e) Falta de tiempo

En cuanto a la relación entre médicos y pacientes, esta sigue siendo asimétrica, dirigida siempre por el personal de salud, aunque en el programa (AMED-ADEC), no es tan marcada esta situación, pero aún sigue predominando en algunos casos el modelo hegemónico. En donde los enfermos se quejan de malos tratos, despotismo, falta de atención, y autoritarismo.

También en la relación médico-paciente, el uso de la tecnología en ambos casos resultó ser un factor que beneficia el trabajo de los profesionales clínicos, coincidiendo que gracias al avance tecnológico, en la actualidad se pueden curar algunas enfermedades con mayor rapidez. Otra situación en la que concuerdan galenos y enfermos, es que la falta de tiempo recibida en los hospitales, obstaculiza la comunicación entre los mismos. Ocasionada por la saturación en los servicios de médicos, precedida por la institucionalización de las clínicas.

Por último, de igual manera, la atención que reciben los pacientes en el programa (AMED-ADEC), fue catalogada como buena, por ambos casos, destacando que los médicos en este servicio son más atentos y disponen de mayor tiempo para brindarles un cuidado de mejor calidad.

IV.III Conclusiones

Finalmente, y de acuerdo con el estudio que se llevó a cabo en torno a la comunicación entre los médicos de la clínica No. 47 “Vicente Guerrero” y los pacientes con enfermedad terminal, se llega a la conclusión, de que a pesar de los esfuerzos que realiza el personal de salud, en concreto del programa, Atención a Domicilio al Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), la comunicación interpersonal no está presente como tal, porque no existe una interacción y reciprocidad en el diálogo que tienen ambos. Lo que conlleva que las necesidades de los pacientes en fase terminal no sean cubiertas en su totalidad.

Esto debido a que los médicos no se encuentran debidamente preparados en lo académico para comunicarse con los enfermos de forma adecuada, lo que representa un obstáculo en las relaciones interpersonales que se mantienen dentro de las instituciones clínicas. Y esto se considera como uno de los principales factores que afectan la comunicación, esta falta de preparación. Por lo tanto, hasta que no se reconozca que éste

problema proviene desde el desarrollo de los doctores, dentro de las instituciones académicas, la comunicación siempre estará destinada al fracaso por esta situación.

Entonces, si los profesionales clínicos no son instruidos en el ámbito comunicativo, la relación médico-paciente nunca se podrá desarrollar apropiadamente, siempre existirán los conflictos entre ambos al constituir a esta situación como el primordial motivo en el deterioro de la comunicación. Más allá de los inconvenientes preexistentes, ya sea por falta de tiempo, saturación en los servicios o la utilización de un lenguaje técnico.

Si la raíz del problema se encuentra directamente en la formación académica de los galenos, las universidades tendrían que enfocarse en la preparación de profesionales que no solo sean especialistas en determinadas áreas de la medicina, sino que también estén capacitados en la parte de comunicación. Porque el diálogo es esencial en las relaciones humanas, a partir de este las personas logran establecerse y desarrollarse en cualquier contexto.

Las fallas de carácter comunicativo obstruyen el crecimiento intelectual y personal de los seres vivos. No existe actividad en el proceso evolutivo del hombre que no se efectúe mediante el uso del lenguaje, sin la comunicación las relaciones interpersonales no existirían. De ahí radica la importancia para que el personal de salud se especialice en esta área.

Ya que en la práctica, los médicos al no saber cómo interactuar con los enfermos, hablando estrictamente en el plano profesional, contribuyen al fracaso de la comunicación con los pacientes, lo que más tarde se traduce en demandas hacia el personal clínico. Porque el enfermo al no conocer con precisión el diagnóstico real de su padecimiento, comienza a sentir que se le está engañando o que no recibe la atención debida.

Ante lo mencionado, los resultados conseguidos en el estudio, certifican que al médico no se le prepara para comunicarse con los pacientes, la comunicación no es una materia que forme parte del área de salud, sino que es algo que se aprende en base a las experiencias que se tiene con los enfermos. Y la realidad ante este hecho es que no logran comunicarse apropiadamente ambas partes.

Además, vale la pena mencionar que el detrimento de la comunicación, no sólo tiene que ver directamente con el hecho de que el médico no esté tan preparado en dicho

rubro, sino que también los pacientes que se encuentran en fase terminal tienen muchas dificultades para poder comunicarse, los cambios físicos y psicológicos que experimentan estos, obstaculizan el que se puedan comunicar correctamente.

La fluidez y la dificultad para mencionar las palabras adecuadas sobre su padecimiento, también son impedimentos para lograr que el médico en repetidas ocasiones, elabore un diagnóstico preciso. Asimismo, el personal de salud y la familia, tienden a ocultar la verdad al paciente sobre el diagnóstico actual de su enfermedad, lo que se conoce como mentira piadosa.

Esta invención en el dictamen, al paso del tiempo es descubierto por el afligido, porque la comunicación no sólo tiene que ver con el aspecto verbal, en gran medida las gesticulaciones corporales también significan. Y ante esta perspectiva, tanto el enfermo como el galeno, detectan una posible falta de veracidad en las palabras descritas.

Sin embargo, los profesionales clínicos, al percibir que existen cambios en la comunicación de manera instintiva, desfavorecen la atención que brindan a los pacientes, porque al no tener las bases teóricas en el manejo del lenguaje verbal y no verbal, el problema se incrementa. Olvidando que el primer acercamiento que se da entre médicos y pacientes es por medio del diálogo, y si este no se utiliza difícilmente existirá una interacción óptima.

Y de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio que se realizó, los pacientes buscan que el personal de salud, tenga la paciencia y capacidad para comunicar y escuchar lo que estos tienen que expresarles. Porque la gran mayoría de los enfermos, coincidió que se sienten mejor si el médico interactúa con ellos. Señalando que la atención clínica mejoraría si los galenos tuvieran una mayor comunicación con los derechohabientes.

En cuanto al programa de Atención a Domicilio del Enfermo Crónico Terminal (AMED-ADEC), podemos mencionar que la comunicación entre pacientes y doctores es más directa y recíproca. En el sentido de que se le otorga una mayor libertad para hablar y mencionar lo que en realidad está afectando al enfermo. Debido a que el personal clínico que aquí labora, tiene una especialidad médica en el trato de pacientes en fase terminal.

Por ello, el tiempo de atención que recibe cada uno de los afligidos es más extenso, y tanto los médicos como las enfermeras, siempre tienen la plena convicción de ayudar al paciente para que se mejore su calidad de vida.

Aunque a decir verdad, programas como el de (AMED-ADEC), creados por las instituciones de salud en México, si bien es cierto que ofrecen un mejor cuidado a los enfermos terminales, su objetivo es también reducir los costos hospitalarios, producidos por éstos. Ya que en la gran mayoría de los casos, se considera que es innecesario ofrecer la atención médica a una persona que se encuentra en la última etapa de su padecimiento. Además, de que los tratamientos y medicamentos ya no tienen efecto el enfermo. Por tal motivo, si al ofrecer la atención en el domicilio del paciente, es una forma de reducir los gastos clínicos, esta será siempre la opción más factible para las instituciones y una forma indirecta de promover la mercantilización de la salud.

En otras palabras, el observar como un negocio a la ciencia médica, convierte las relaciones interpersonales en impersonales, si las entidades hospitalarias le dan más importancia a la cantidad de pacientes atendidos, y no a la calidad en el cuidado de los mismos, tal y como se observó en el estudio. La relación médico-paciente estará destinada al deterioro.

Por lo que se convierte en prestador de servicios-consumidor, en donde el acceso a la atención médica se le otorga a quién logre cubrir en lo económico los tratamientos que ofrecen los hospitales. Aquí lo que se logra es el beneficio de las instancias de salubridad, afectando claramente a pacientes y doctores, en donde al enfermo se le denigra a la posición de objeto.

No obstante, se debe señalar que si la comunicación en la relación médico-paciente, se ha deteriorado con el transcurso de los años, no es sólo culpa del personal de salud, sino que también el enfermo es responsable de ésta situación.

Porque culturalmente a las personas no se les enseña cómo deben cuidar su salud, ni a ser buenos pacientes, vivimos inmersos en una sociedad en donde la mala alimentación y la falta de ejercicio desarrollan enfermedades difíciles de tratar.

Aunado, a que en muchas ocasiones la gran mayoría de las personas acuden a recibir atención médica, ya cuando la evolución de su padecimiento se encuentra muy avanzado. Y ante ello, creemos que el personal de salud tiene la responsabilidad de curar

cualquier enfermedad, aún en los casos en que ya no se pueda hacer nada para sanar a un paciente.

Por lo que la desesperación de encontrarse al borde de la muerte, conlleva a que muchos de los enfermos se sometan totalmente a lo que menciona el médico. Reproduciendo así, el modelo hegemónico-paternalista, en donde uno controla y el otro obedece.

Este acatamiento hacia los demás no es nuevo en México, proviene desde descubrimiento de América, hecho por Cristóbal Colón en 1492 y la llegada de los españoles a este continente, en esta época fue donde se empezaron a crear las diferencias de raza entre conquistadores y conquistados, y que en el futuro permitieron establecer la superioridad entre uno y otro.

Por lo que en la relación médico-paciente, el facultativo se encarga de formular las ideas que él crea conveniente para mejorar la salud del enfermo, persuade al mismo para que éste las obedezca y se someta de forma casi inmediata a los tratamientos impuestos sin ser cuestionado por ello. Y el paciente al cumplirlas, cree que lo establecido forma parte de un proceso normal que se da entre ellos, aunque de antemano, lo expuesto por el galeno no tenga nada que ver con su enfermedad.

Finalmente, ante esta situación y las ya descritas con anterioridad, concluimos que para que exista una comunicación interpersonal adecuada entre profesionales de la salud y enfermos, se debe desarrollar dentro de las instituciones académicas, un área específica en cuanto al ámbito comunicativo, para que en un futuro, los médicos puedan establecer un diálogo óptimo que mejore las relaciones humanas con los pacientes, no solo con los que se encuentren en fase terminal, sino que con cualquier otro. Conociendo que la comunicación es y será la base primordial para corregir los problemas que existen en la relación médico-paciente.

Bibliografía

- Abercrombie, Nicholas, *La tesis de la ideología dominante*, Siglo XXI, España, 1980, Pp. 9-35
- Alba, Álvarez, Rafael, *Salud pública y medicina preventiva*, Manual moderno, México, 2002, Pp. 31-49
- Almada, Bay, Ignacio, *Salud y crisis en México: Textos para el debate*, Siglo veintiuno, México, 1990, Pp. 67-89
- Álvarez Pastor, Joaquín, *Ética de nuestro tiempo*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1967, Pp. 17-28
- Apel Karl, Otto, *La globalización y una ética de la responsabilidad: Reflexiones filosóficas acerca de la globalización*, Prometeo, Buenos Aires, 2007, Pp. 61-91
- Armand Mattelart, *Historia de las teorías de comunicación*, Paidós, México, 1995, 1995, Pp. 28-50
- Ávalos Carranza, María Teresa, *Manejo del parecer familiar: De la perspectiva teórica al consultorio*, Corinter, México, 2009
- Ballenato, Prieto, Guillermo, *Comunicación eficaz: "Teoría y práctica de la comunicación humana,"* Ediciones pirámide, España, 2006, Pp. 63-116
- Bauman, Zygmunt, *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Gedisa, España, 1999, Pp.
- Behar, Daniel, *Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte*, Pax México, 2003, México, Pp. 9-32
- Berman, Marshall, *Todo lo sólido se desvanece en el aire: La experiencia de la modernidad*, Siglo XXI, España, 1988, Pp.
- Bethami A, Dubkin, *Comunicación en un mundo cambiante*, Mc Grauhill, México, 2007, Pp. 181-202
- Cabo Medina, Carlos, *Ars moriendi; Vivir hasta el final*, Trillas, México, 2001, Pp.65-87
- Cornago Sánchez, Ángel, *El paciente terminal y sus vivencias*, Sal Terrae, España, 2007
- Davis, Flora, *La comunicación no verbal*, Alianza Editorial, España, 1996, Pp. 20,-210
- De la Garza Gutiérrez, Fidel, *Cáncer: Guía para médicos, pacientes y familiares*, Trillas, México, 2006, Pp. 27-47
- Ellis, Richard, *Teoría y práctica de la comunicación humana*, Paidós, España, 1990, 57-90
- Escamilla Asiain, Gabriela, *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer*, Organización Mundial de la Salud, España, 1990, Pp. 11-52
- Fernández Sotelo, José Luis. *La comunicación en las relaciones humanas*, Trillas, México, 1990, Pp. 20-30
- Fernández, Margarita, *Comunicación y teoría social*, Facultad de ciencias políticas, México, 1984, Pp. 39-76
- Gómez, Marco, *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*, Arán, Madrid, 1998, Pp. 155.
- Guitián Galán, Mónica, *Sociología y modernidad tardía: Entre la tradición y los nuevos retos*, Casa Juan Pablo, México, 2003, Pp. 129-160
- H. Blake, Edwin, *Una taxonomía de conceptos de comunicación*, Ediciones nuevomar, México, 1988, Pp. 3-65
- Habermas, Jurgen, *Ciencia y técnica como ideología*, Paídos, Madrid, 1986, Pp.
- Hermes, Michel, *La comunicación*, Anthropos, España, 1996, Pp.28-44
- Ianni, Octavio, *La sociedad global*, Siglo XXI, México, 1998, Pp. 58-70
- Jinich, Horacio, *El médico, el enfermo, y la medicina*, UNAM facultad de medicina, México, 1986
- Jinich, Horacio, *La relación médico-paciente*, Manual moderno, México, 1992
- Jinich, Horacio, *Médico, el enfermo y la medicina*, Facultad de medicina, México, 1987

- Kamenka, Eugene, *La burocracia: La trayectoria de un concepto*, Fondo de cultura económica, México, 1981, Pp. 14-43, 246-271
- Kathle, K. Reardon, *La persuasión en la comunicación*, Paidós, España, 1981, Pp. 294- 307
- Kubler Ross, *Elisabeth, Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1992, Pp. 57-71
- Kumate, Jesús, *Salud para todos, ¿Utopía o realidad?*El colegio nacional, México, 1989, Pp. 12-25
- L. Knapp, Mark, *La comunicación no verbal, "El cuerpo y el entorno,"* Paidós, México, 1999, Pp. 13-40
- Lain, Entralgo, Pedro, *La relación médico- enfermo*, Alianza Universidad, España, 1983, Pp. 307-349
- López, Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, Siglo veintiuno, México, 1980, Pp. 195-214
- Mainetti, J, *La muerte en medicina*, Quirón, Argentina, 1978, Pp. 23-24.
- Marcuse, Herbert, *El hombre unidimensional: Ensayos sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*, Planeta-Agostini, España, 1993, Pp. 31-49, 171-196
- Mckeown, Thomas, *El papel de la medicina*, Siglo veintiuno, México, 1982, Pp. 187-234
- Mencia Seco, Víctor Ramón, *Manejo del enfermo terminal en su domicilio: Actitudes y aptitudes de los profesionales ante la enfermedad, la agonía y la muerte*, Alcalá, España, 2006
- Mesa, Lago, Carmen, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: Experiencias y elecciones latinoamericanas*, Fondo de cultura económica, México, 1986, Pp.
- Pérez Tamayo, Ray, *El cáncer en México*, Colegio nacional, México, 2003
- Pio E. Ricci, Bitti, Santa Cortesí, *Comportamiento no verbal y comunicación*, Editorial Gustavo Gili, España, 1980, Pp. 57-90
- Pozas Horcasitas, Ricardo, *Los nudos del tiempo: La modernidad desbordada*, Siglo veintiuno, México, 2006, Pp. 44-89
- Prieto, Francisco, *La comunicación interpersonal*, Trillas, México, 2001, Pp. 187.197
- Ramírez Ocampo, Noel, *Método de comunicación asertiva*, Trillas, 2000, Pp. 36-41
- Ramos, Samuel, *El perfil del hombre y la cultura en México*, Nueva Biblioteca Mexicana, México, 1990, Pp. 96-110, 138-161
- Sabido Méndez, Arcadio, *Teoría de la hegemonía en Antonio Gramsci: Fuerza y consenso*, Universidad Autónoma de Yucatán, México, 2004, Pp.42-70
- Sandrin L, *Como afrontar el dolor*, San Pablo, Madrid, 1996, Pp. 163
- Sempere, Joaquín, *Ética y progreso: Nuevos valores en un mundo revolucionario*, Grijalbo, México, 1968, Pp. 15-43
- Senra Varela, A. *El cáncer: Epidemiología, etiología, diagnóstico y prevención*, Ediciones Harcourt, España, 2002, Pp. 1-15
- Solé, Carlota, *Modernización: Un análisis sociológico*, Península, México, 1976, Pp. 27-45, 130-188
- Tena Tamayo, Carlos, *La comunicación en la relación médico-paciente*, Prado, México, 2005
- Thompson B, John, *Los media y la modernidad: Una teoría de los medios de comunicación*, Paidós, México, 1998, Pp. 115-160
- Thomson, Peter, *Los secretos de la comunicación: como ser escuchados y obtener beneficios*, Gránica, México, 1999

Ulrich, Beck, *¿Qué es la globalización?: Falacias del globalismo, respuesta a la globalización*, Paídos, México, 1997, Pp. 25-50

Vargas, Roberto, *Cáncer de próstata: Lo que todo hombre debe saber*, Mediterráneo, Chile, 2000, Pp. 23-30

Vásquez Martínez, Domingo, *Formación del personal de salud en México*, Facultad de medicina, México, 1993

Villoro, Luis, *El pensamiento moderno: Filosofía del Renacimiento*, Fondo de cultura económica, México, 1993, Pp. 7-120

Watzlawick, Paul, *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*, Tiempo contemporáneo, Argentina, 1976

Zabludovsky Kuper, Gina, *Modernidad y globalización*, Siglo veintiuno, México, 2011, Pp. 89-120

Vetterlein, Mónica, (2008) “Responsabilidad médica ante el dolor de los enfermos terminales” Disponible en: www.Simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdm006.pdf (Fecha de consulta: 19 de marzo de 2011)

Salomón Salazar, María de Lourdes (2008) “Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México.” Disponible en www.nietoeditores.com.mx (Fecha de consulta: 13 de octubre 2010)

Gómez Covarrubias, Alfredo. (2006) “¿Qué son las clínicas del dolor?” Revista digital Universitaria. Disponible en www.saludmed.com/Salud (Fecha de consulta: 1 de septiembre 2010)

Ramiro García, José (2005) “Cuidados paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)” Disponible en www.bioeticaweb.com/index2 (Fecha de consulta: 10 de septiembre 2010)

Instituto Jalisciense de alivio al dolor y cuidados paliativos (2003) Disponible en www.palia.gob.mx (Fecha de consulta: 13 de octubre 2010)

Centro de Cuidados Paliativos (CECPAM) Disponible en www.cuidadospaliativos.org.mx (Fecha de consulta: 9 de septiembre 2010)

Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) “Atiende IMSS a enfermos crónicos terminales con programa de atención domiciliaria” Revista digital No. 357. Disponible en www.imss.gob.mx (Fecha de consulta: 5 de octubre 2010)

Dávila, Enrique (2000) “Evolución y reforma del sistema de salud en México” Disponible en www.eclac.org/publicaciones/xml/6/4516/lcl1314e.pdf (Fecha de consulta: 25 de octubre 2011)

Valencia Ávila, Ana Patricia (2007) “La privatización encubierta de los servicios de salud” Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf> (Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011)

Rizo, Marta (2010) “Comunicometodología y comunicación interpersonal. Presencias y ausencias en la comunicología mexicana” Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N67/actual/2mrizo.html> (Fecha de consulta: 6 de diciembre 2010)

Garza Guzmán, María Rosalía (2008) “La comunicación interpersonal dentro del campo académico de la comunicación: Pautas para una sistematización” Disponible en www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/687/Resumenes/68712864004_Resumen_1.pdf (Fecha de consulta: 25 de enero 2011)

- Rizo, Marta (2010) “*Comunicometodología y comunicación interpersonal. Presencias y ausencias en la comunicología mexicana*” Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/N/N67/actual/2mrizo.html> (Fecha de consulta: 10 de diciembre 2010)
- Rizo, Marta (2004) “*De personas, rituales y máscaras, Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal*” Disponible en www.revistas.luz.edu.ve/index.php/quac/article/viewFile/8104/7767 (Fecha de consulta 10 de enero de 2011)
- Margaret, Defleur, “*Fundamentos de la comunicación humana*” Disponible en: <http://mcgraw-hill.com.mx/cgi-bin/book.pl?isbn=9701051254&division> (Fecha de consulta: 25 de marzo 2011)
- Toscano, Lilia (2008) “*Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica*” Disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud39_epoc.pdf (Fecha de consulta: 10 marzo de 2011)
- Erroteta, José (2009) “*Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos*” Disponible en www.omeaen.org/NORTE/33/NORTE_33_100_67-72.pdf (fecha de consulta 26 de mayo de 2011)
- Leal Quevedo, Francisco (2003) “*La palabra y el silencio en la relación médico-paciente*” Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/54.pdf> (Fecha de consulta: 23 de julio 2011)
- Fernández V, Jorge, (2005) “*Relación médico-paciente: estructura del concepto*” Disponible en: www.medico-paciente.com/pdf/quedelibros (Fecha de consulta: 27 de marzo 2011)
- Lifshitz, Alberto (2012) “*La comunicación en la relación médico-paciente*” Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/2012/Marzo
- Foucault, Michel, “*El orden del discurso*” Disponible en: <http://www.blogdelibros.com/el-orden-del-discurso-de-michel-foucault/> (fecha de consulta: 25 de marzo de 2011)
- Tena, Tamayo, Carlos, (2003) “*La comunicación humana y el derecho sanitario*” Disponible en: www.conamed.com.mx (Fecha de consulta: 19 de marzo 2011)
- Viniegra Velásquez, Leonardo, *Las condiciones para una comunicación humana en la relación médico-paciente*, Disponible en: Revista CONAMED, Vol. 7, Núm. 3, Pp. 41
- Pierre, Bourdieu, “*El lenguaje y la comunicación: de los mercados lingüísticos a la degradación mediática*” Disponible en: http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/bourdieu01.pdf (fecha de consulta: 12 de marzo de 2011)
- Gallardo Díaz, Paulino Ricardo (1992) “*Ética médica y consumo de fármacos*” Disponible en <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/495/6.pdf> (Fecha de consulta: 6 de noviembre 2011)
- Weber, Max (1998) “*¿Qué es la burocracia?*” Disponible en http://www.ucema.edu.ar/u/ame/Weber_burocracia.pdf (Fecha de consulta: 23 de noviembre 2011)
- Siurana, Juan Carlos (2005) “*La bioética y los fines de la medicina*” Disponible en <http://www.fisterra.com/bd/upload/bioeticayfines.pdf> (Fecha de consulta: 18 de diciembre 2011)

Anexos

Entrevistas: pacientes terminales

Paciente 11

Padecimiento: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Edad: 78 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-La comunicación fue muy mal, muy mal, porque empieza uno a decir lo que siente y en vez de que lo revise, empieza a escribir, todavía ni acaba uno y ya me está dando la receta... ¡Ni me revisa! Nada más aquí esta su receta, ya se puede ir ¿Pero doctor? ¡No hay pero! Y ya este... Yo digo que eso no debe de ser, porque si uno va a consulta es porque se siente mal, yo dejé de ir a consulta porque no aguantaba estar allá sentada tanto tiempo, entonces este, había otra doctora que le dijo, no un doctor, que le dijo a mi hija, venga usted por la medicina yo se la mando, pero ese doctor ya se fue. Entonces la doctora que quedó, el día que fue mi hija por las medicinas no se la quiso dar, le dijo que no, que tenía yo que ir, porque ni siquiera me conocía y ya estaba yo pidiendo la medicina.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares referentes al mismo?

-Le digo que hay veces que ya está escribiendo y todavía no acaba uno de decirle, entonces no, ¡No escucha! ¡No escucha!

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Si yo sí, yo le digo todo lo que siento, todo lo que me duele... Y yo este, y ya... Todo lo que siento, lo que me duele se lo digo.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

- Pues no sé si ya vendrán enojados de su casa, o se fastidian de tener tanto paciente. Pero... La mayoría, la mayoría lo tratan a usted con la punta del pie. No, no son personas que lo escuchen, no son esas personas. Uno como paciente, pues se siente aliviado de

decirle al doctor ¡Doctor me duele esto, siento esto! Ya no más con que lo escuchen a uno, se siente uno mejor, pero si ellos no lo hacen sale uno peor de ahí.

-¿Cuál es el principal problema por el cual piensa que la comunicación es escasa entre paciente y doctor?

-La falta de confianza, no se puede hablar con ellos, le digo a usted que, no sé que tendrán, no les gustaría haber estudiado para doctor. Porque es una carrera muy sacrificada, entonces este, no sé si eso sea. A veces los padres obligamos a los hijos a estudiar esto. Ahora ya no, porque ya no se dejan los chamacos, pero antes así era. Entonces, no sé si ellos la hayan estudiado a fuerza, o están fastidiados de trabajar, o están enfermos de los nervios.

-¿Al estar frente a su médico, comprende las palabras o el lenguaje que él utiliza para describir su enfermedad?

-A veces no, a veces no, pero yo soy muy preguntona, les pregunto ¿Doctor y eso que quiere decir? Para saber.-

-¿Y se lo explican?

-Hay unos que sí, y hay otros, para que le digo si no me va entender, pues gracias doctor.

-¿O sea que no le explican?

-No, ¡No!

-¿Con todos o solo algunos?

-Con algunos, con algunos, si porque hay doctores que la oyen, la oyen y le explican, pero hay muchos que no y es la gran mayoría.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí, efectivamente que sí, porque así ya no habría tantos problemas, y éste, nos escucharían más.

-¿Cómo percibe al personal de los hospitales?

-Hay doctores que se acercan a usted y le preguntan ¿Qué te duele, que tienes? Pero hay otros que nada más ¿Qué te duele, que tienes? Y este, le dice uno, y nada más lo medio testerean, se dan la vuelta y se van ¿Doctor pero que tengo? Ni siquiera le hacen a uno caso, son muy déspotas, que no deben haber estudiado esta carrera, porque como le digo a usted es una carrera muy sacrificada, es muy, ¡De comprensión! Que tienen qué, pues

darle ánimo al enfermo, porque si en vez de darle ánimo lo apachurran, pues ya no se hizo nada. Esta como la, como la doctora Lupita. Y le digo al doctor, que yo ya tengo muchos años enferma ¡Muchos! Desde que era yo joven, ya tiene más de cuarenta años que padezco esto, pero nunca me había este, sofocado como hasta ahora. Tiene muchos años, e iba yo al Centro Médico, y un doctor me dijo muy despectivo ¡Lo que tiene usted, es que esta tuberculosa! Eso es lo que tiene, pero le digo pero, como va a saber si ni siquiera me hizo análisis, no me ha dado medicina usted nunca, apenas me mandaron de la clínica, ¡No pues si esta tuberculosa! Y ya no me atendió, me dio una medicina y un jarabe, ¡Venga dentro de un mes!

Entonces de que se trata, yo digo que me hubiera mandado a hacer exámenes, como también me mandaron otra vez, eso fue cuando yo estaba en la clínica quince, cuando estaba yo en la treinta y uno, y me mandaron para allá, me mandaron también a Centro Médico, allí el doctor me hizo unas pruebas de resistencia, me puso a correr, a caminar, me sacaron sangre, me sacaron de aquí que es muy doloroso. Y él fue el primero que me dijo, usted lo que tiene es un EPOC, ¿Doctor que es eso? Pues, es una enfermedad que obstruye las vías respiratorias, y es por eso, en ese tiempo todavía podía yo respirar, pero seguido, seguido me daba tos.

-¿Cuándo asistió a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-¡Sí! ¡Sí!

-¿De qué forma?

-Pues haciendo lo que me dicen, por ejemplo la primera vez, no, la segunda vez que fui a Centro Médico, me dijo el doctor, que me dijo, va usted a acostarse y en su cama pone una tabla y que su cabeza quede colgando en la tabla, dice, para que veamos. Va venir mañana a hacerse una radiografía y veamos cómo está el pulmón. Porque ya son muchos años de tener esa tos y no se me mejoraba. No estaba yo enferma, que estuviera en cama porque hacía mis quehaceres, mis hijos estaban chicos pero sí no se me quitaba la tos. Y entonces pues yo quiero que me resuelvan. Y luego me pusieron en una camita cuando llegue yo y acá arriba había una placa como de rayos x, y ahí se veía muy bien como estaban las venitas del pulmón, se veían, y él me dijo usted lo que tiene es un EPOC, él

fue el primero que me quitó la duda, por yo le digo que el otro doctor me dijo que estaba yo tuberculosa

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Pues yo digo que si la han beneficiado, que no la apliquen es otra cosa.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Pues hasta ahorita bien, pero le digo hasta que encontré a la doctora, porque yo ya había ido hace como cuatro años, ya había ido yo ahí, y me pasaron a un cubículo. Entonces este, ¡Ya estaba yo muy mal! Le dijo la, le dijo mi hija a la doctora que si no me podía pasar porque ya no aguantaba yo estar sentada, y le dijo no, hasta que le toque por eso vienen formados, ¡Ay doctora no se mala! Es que ya no aguanto, y dijo no, ya falta poquito y no me paso. Hasta le habíamos pedido permiso a las personas que les tocaba su consulta, y nos habían dicho que sí, pero porque yo iba muy mal. Y este no, no me quiso pasar, ya pude pasar y me dio mi medicamento y me mandaron a mi clínica. Ahí el doctor me mandaba mi medicina y ya. Hasta que conocí a la doctora Lupita, que le digo que me trato como verdaderamente se trata a un ser humano yo se lo agradezco mucho ¡Hasta como revive uno, que lo traten a uno bien! Se siente confortado.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues de mucho dolor y angustia.

-¿Por qué?

-La verdad es que ni yo sé si me merecía esto, este, porque, la verdad joven yo pienso que si me hubieran atendido bien no estaría tan mal, total si los doctores están enfermos de los nervios, que se curen. Pero así es la vida y si, si a mí me toco esto pues Dios dirá.

Paciente 5

Padecimiento: Cáncer Óseo

Edad: 59 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Mala, porque este, no sé si ellos no les gusta hablar o son muy tímidos, yo la verdad desde que me enferme no pude hablar bien con ningún médico que me atendió. Siempre, me acuerdo yo que cuando iba al hospital el doctor y la señorita enfermera no me revisaban hacían sus, ¡Vaya! La receta y me decían que estaba bien, y yo por temor o más bien por vergüenza no les decía nada, bueno no con todos, una vez que ya me sentía muy mal le dije a mi hija que me llevara a otro médico, y si me llevo al hospital Siglo veintiuno, pero fue lo mismo, porque aquí el doctor más déspota, me vio y ni me quiso ver bien, me dijo que ya estaba muy avanzado mi problema y que ya no se podía hacer nada. Y pues me sentí mal, y eso no se debe de hacer porque si ya no lo revisan a uno, no se para que estudiaron tanto tiempo, y ya joven.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-No, la verdad yo creo que no, si uno de los doctores que me vieron, este, ¡tan solo me hubiera escuchado! No estaría yo así, no que siempre le salen a uno, cuando ya está mal, que porque no vino antes, que ya está más mal, como si tuviera la culpa el paciente, si ellos no se molestan en atendernos como se debe.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Pues le digo que como uno cree que ya saben todo, y no les quiero decir a veces algo, porque luego, luego nos regañan, más bien uno ya entra como con la desconfianza de decirles lo que me pasa, al fin a veces ni escuchan, pero como en todo hay buenos médicos y malos.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, yo pienso que a veces ellos sienten que uno les entiende lo que dicen, y pues la verdad cuando me explicaron que era mi enfermedad, que, este yo tenía pues, vera yo

creo que no se dan a entender, o uno no les entiende, usan palabras que ni se que significan, porque yo solo estudie hasta la secundaria y para saber que dicen, no, no les entiendo.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

- ¡Hay joven!.. Solo me acuerdo que me dijo el doctor, más bien le dijo a mi hija, que ya estaba muy mal, que ya, y que, bueno el no me quiso decir lo que tenia, pero yo me di cuenta, y sabía que no me sentía bien, que algo pasaba, y pus no, no me dijo.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-A que son muy déspotas, que no saben atendernos como nos merecemos, pa eso pagamos, para que nos curen, de menos deben hablar bien con uno, porque luego ni eso quieren hacer, yo digo que ha de ser por sus estudios, que salvan vidas, y no tienen tiempo, pues de este, pues si de otras cosas.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Pues no se joven, como le digo, que ya no se sabe en quien confiar, ya no tienen tiempo ni de revisar al enfermo, y si ellos no dieran más comprensión, no habría tantos, así como yo joven.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-La mayoría de los doctores son buenos, es como en el trabajo, la escuela, hasta en la casa, hay buenos, no tan buenos, pero como todo, yo digo que si hicieran bien su trabajo no habría muchos enfermos, pero pos allá ellos.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

- A veces, la verdad es que cuando uno está más, como le diré, vaya joven, entonces uno cree que nada le va pasar, y en eso se está mal, porque así como los doctores no nos atienden bien, la mayoría de la gente enferma, no hace caso de lo que le dice el doctor y no sigue la receta como debe de ser. Y eso tampoco está bien.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Pues sí, sí la ha beneficiado, porque ya, hoy se cura uno rápido, antes no existía lo que se ve en los hospitales, ¡Claro hay quienes la saben usar y otros que solo tienen ahí de adorno!

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-La verdad bien, la doctora Lupita y la enfermera, me tratan bien, ellos sin son buenas personas, me dice mi hija que hasta que encuentre quien te diga lo que te pasa papá, porque yo pienso que si todos los doctores fueran así, y si hicieran el esfuerzo de ayudar, no habría tantos problemas de enfermos, yo le agradezco que sean ellas así de atentas conmigo.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Mala joven, muy triste, he sufrido mucho desde que me enferme, también mis hijas, yo a veces las veo llorando y me dan ganas... de pedirle a Dios que me cure, a lo mejor es una prueba que él me puso, pero ya no se qué hacer.

Paciente 9

Padecimiento: Cáncer de próstata, metástasis pulmonar

Edad: 47 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

La comunicación con el doctor, y los hospitales en donde me han revisado... nunca fue buena, vaya no existió.

-¿Por qué?

-Por que las veces que yo me la pasaba de hospital en hospital, no hable mucho con los doctores, siempre, solo, este me oían lo que yo les decía que tenía, hacían su receta y ya, después me daban otra consulta para el otro mes. Incluso yo un día que ya no aguantaba mi dolor que me da, le dije a un doctor, se veía joven, pero sé veía que era muy enojón, le pregunte, porque me dolía tanto mi parte, y me contesto muy grosero, que disque era porque yo no me cuide, y no hice caso de lo que me dicen ellos. Y yo le conteste que si lo

hacía. Pero el agarro y se fue, por eso le digo que cuando se quiere hablar con los médicos no se prestan para hacerlo, les deberían enseñar a tratar a las personas.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-De que me escuchaban, eso sí, pero de que le sirve a uno que lo oigan, sino son capaces de decirnos la verdad, si lo que tenemos es bueno, o malo, ya con que me hubieran dicho que me iba a curar, con eso tenía. Uno sufre mucho en los hospitales.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-De tenerles confianza siempre, pero no sirve el que uno este hable y hable si ellos, algunos no todos son así, porque a veces pareciera que uno le habla a la pared, yo les tengo confianza de decirles lo que me duele, porque me siento mal, pero como son, siento que les da igual si les decimos o no.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, ¿Como hablan ellos dice?

-Sí ¿Es decir entiende las palabras que ellos utilizan para decirle cual es su enfermedad?

-No, es que, a veces ni supe lo que me dijo, luego le dicen a mi esposa lo mismo y pues salimos igual, yo digo que deben decirnos con otras cosas, otras palabras que uno entiende, porque si de por sí con las medicinas, o las recetas, no se entiende lo que ponen ahí, menos como nos hablan.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Pues, la verdad cuando me dijo que era lo que me pasaba, me puse mal, porque esta enfermedad es mucho dolor, no puede uno hacer bien del baño, y ya... solo, este, me reviso, me estudiaron, salió mi doctor, y muy frío me, pues que sí, que estaba mal... Que era cáncer de próstata.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Muchas, que algunos si hablan, pero otros solo nos ven un rato, y no tienen el tiempo necesario para atendernos como se debería.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Claro que sí, pero si a veces no nos dejan ni hablar, porque a los doctores los ve uno con mucho respeto, y son buenos.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-La mayoría, sinceramente joven, son personas buenas, porque ayudan a muchas personas, y los otros, pues, son malos, a lo mejor no les gusta su carrera y por eso nos tratan mal.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Trato de que sí, pero hay veces que aunque uno quiera hacer lo que le dicen en el hospital, no se puede.

-¿Por qué?

-Es que uno sale más desanimado de los hospitales, y de nada sirve que yo haga lo que me digan sino no me curo, no veo nada, sigo igual.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-La beneficia, pero si no la saben utilizar para curar a los enfermos, no sirve de que tengan muchas computadoras, si ellos son los que no pueden decir nada.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Hasta el momento bien, fíjese que la primera vez que me atendieron, me ayudaron mucho, yo cada que veo que vienen me siento contento, porque son muy buenos, la doctora es una persona que habla mucho con uno, y eso está bien, no me puedo quejar.

¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Buena, que le puedo yo decir, a pesar de que hemos sufrido mucho por todo, le doy gracias a mi esposa y mis hijos, que aún me puedan ayudar, porque eso es lo más hermoso de la vida, que... a pesar de esto... sigan conmigo eso es lo que me mantiene vivo, ya cuando me toque, pues sólo Dios sabrá, solo él dirá cuando llegue el día.

Paciente 11

Padecimiento: Cáncer de Estomago

Edad: 58 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Mala, creo que los doctores no saben comunicarse con nosotros.

-¿Por qué?

-Será porque su carrera es muy atareada, de mucha responsabilidad, y no les da tiempo, o no sé, si a ellos les gustaría, o que los trataran como luego nos tratan, quieran o no, para eso estudiaron mucho tiempo, porque ya tengo varios años con mi enfermedad. Y uno como paciente lo que desea es que nos digan porque me siento mal, con que me voy a curar, ¡Y no! En vez de eso, sale uno peor de la consulta o se muere ahí. En mi caso, me han tocado doctores muy prepotentes, que no dejan de hablar, y cuando uno les dice, este que tengo, no nos explican bien, yo quisiera que alguien les enseñara que están mal, deberían ponerse en el lugar de uno para ver si es lo mismo, pero no.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Algunos me escucharon, otros no sé si lo hicieron, porque con eso de que casi no tienen tiempo, pero no todos son así, otros mis respetos, son a los que uno les da las gracias por decirnos lo que nos pasa, como la señorita Lupita que es muy buena.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-De tenerle la confianza, pues eso siempre, pero como le digo, para qué sirve la confianza, si ellos no nos la tienen, y acabamos igual de mal, así no se puede.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, nunca entendí lo que el otro día me quiso decir una enfermera.

¿Por qué?

-Por qué, me dijo unas cosas que ni supe que significaban, y cuando le pregunte al doctor González, porque él era el que me atendía, yo creo que lo agarre enojado y me contesto

muy cortante, que no era necesario que me explicara, si de todas maneras yo no lo iba entender, por eso joven no se enferme, porque se sufre mucho en los hospitales.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Cuando me dijeron que tenía cáncer de estomago, sentí que el mundo se terminaba para mí, ese día me sentí muy mal, no sabía qué hacer, porque yo presentía que algo... pues sí, estaba mal, ya llevaba tiempo con unos dolores y una quemazón en mi estomago que no podía ni dormir, y el doctor me acuerdo, me lo dijo tranquilo.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-La falta de tiempo, y que no saben hablar con uno, como le vuelvo a repetir, a lo mejor estudian mucho, o tienen tantos enfermos que acaban fastidiados de su trabajo, pero no se vale que sean así.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Pues sí, pero si ellos no tienen tiempo de hacerlo, de que sirve que, se esté hable y hable, si no hacen nada.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Yo no tengo nada contra los doctores, pero no tengo más que decir de ellos, solo que algunos son buenos como la doctora Lupita, pero la mayoría no hacen bien su trabajo y no debe ser, entonces para que estudian.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Siempre obedecí todo lo que me decía mi doctor, siempre fui muy obediente, pero de nada sirvió, ni vi ningún resultado en mi salud, cada día que paso me puse peor, y por eso hay veces que ya no se puede... le eche muchas ganas pero la verdad... no.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Lo beneficia, pero los doctores no lo aplican bien, a lo mejor les da miedo o no la saben usar.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Bastante bien, ha sido donde mejor me han tratado, la enfermera que viene y la doctora Lupita son muy buenas personas, a lo mejor si existieran más doctores como ellos, que lo cuidan, lo revisan como uno se merece, pienso que no estaría tan mal, pero yo les agradezco que todavía haya gente como ellas, se los agradezco mucho en verdad.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Buena joven, a pesar de que mi enfermedad no me deja, siempre he tenido el apoyo de mi familia, me han cuidado bien, aunque a veces me dan ganas de decirles que ya... pero el tener su apoyo es lo que me ha dado fuerzas para seguir con ganas de vivir, por eso joven le digo que no se enferme, cuídese, para que no vaya estar como yo.

Paciente 2

Padecimiento: Aneurisma de Aorta Abdominal

Edad: 63 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Bastante deficiente.

¿Por qué?

-Bueno, es que nomas me traen dando vueltas, ni me dicen bien que es lo que tengo, todas las veces que fui a mi clínica, me revisaba un doctor diferente, y cada quién me decía una cosa y el otro otra cosa, total que ni sabía que era lo que tenía, lo de los doctores no es hablar, ni tampoco dar una respuesta buena. Si ellos les pagan por atendernos, lo que deberían de hacer es eso, no que parece que les cansa su trabajo. Pero otros si saben, nos explican, porque me siento mal, las medicinas que debo tomar, y la mayoría no es así, solo escriben, nos dan la dichosa receta y venga el otro mes.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, pero como a veces estaba un doctor diferente, el que, yo le decía como estaba, me cambiaba la enfermedad. Y si me escuchaban pues yo digo que sí, esto es lo malo de que no siempre está el doctor que nos trata desde el principio, luego ya no se sabe cómo van a reaccionar.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Sí, siempre yo he tenido la confianza de decirle al doctor lo que me pasa, como me siento, le pregunto porque me duele aquí, si me voy a curar o no, y si ellos no hablan, no sé porque a veces no quieren.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No porque hablan demasiado rápido, y luego dicen palabras que no entiendo. Yo una vez le pregunte a mi doctor, bueno al que me ponían a veces, que significa lo de mi mal, y solo dijo que no era tan malo, que no me asustara, pero como no me voy asustar si me dijeron tantas cosas que no supe bien si me iba morir o no.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Muy tranquilo, al fin el que estaba mal era yo no él, a veces no entiendo porque no quieren decirnos la verdad, o es su costumbre, y le digo que, aunque quieran engañarnos tarde que temprano sale la verdad, cada que pasan los días me siento peor, y allí sé que estoy más mal que bien.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Que son muy autoritarios, y no dicen bien las cosas, quieren ocultarnos la verdad.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí, al menos si fueran sinceros, yo hablaría más confiado, porque hay veces que ni tiempo tengo de explicar lo que me duele cuando ya me dio la receta, y pasa el otro paciente, y si va uno a tocarles la puerta del consultorio salen bien enojados, si no dicen como estoy pues les pregunto.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Son buenos, no todos tienen la culpa de que algunos sean, pues digamos malos en su trabajo.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Trato, aunque si me fue difícil hacer caso de lo que me dijo el doctor.

¿Por qué le fue difícil?

-La verdad es que cuando me decía que no comiera esta comida porque me hacía daño, comía, es que luego la tentación es más fuerte, no es fácil dejar de comer lo que nos gusta. También por eso me puse enfermo, por la decidía.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-La tecnología es buena, siempre y cuando los doctores la usen para el bien, sino sus muchas herramientas, pues no sirven de nada.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Es muy buena la atención que me dieron desde un principio, me sentí a gusto cuando me vinieron a ver los doctores, no se comparan con los médicos de los demás hospitales.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-La verdad joven, no me puedo quejar, a pesar de que ya tengo muchos años con mi enfermedad la vida me he tratado bien, siempre me han apoyado mis hijos, mi esposa, mi hermano el mayor, que no vive aquí pero me manda algunos centavitos, y pues solo el tiempo y Dios dirán cuando me tenga que ir.

Paciente 15

Padecimiento: Gastritis Folicular, Cáncer de Esófago

Edad: 59 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Mala, bueno este, pues este como le diré, depende con que médico, ahora sí vaya, porque no todos son iguales a otros, algunos que son muy amables le toman la atención, y otros pues que no. ¡Son muy déspotas la verdad! Ni le atienden bien y otros no. Pues sí, no entiendo al doctor.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Pues este, mi médico familiar si, el de la treinta y uno. Y también aquí, desde que me operaron, si me escucho, me han hecho muchos estudios de todo. Mi médico era el de medicina interna

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-¿Qué si tengo la comunicación de qué?

-Sí, ¿Usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

¿Afectando a mí?

-Sí, ¿Tiene la confianza de decirle todo lo que le pasa?

-No, a veces no.

-¿Por qué?

-Por muchas razones, pues este depende, este luego depende de cómo vea a los doctores, pues sí, como lo vea, para que me inspire confianza de yo decirle no.

-¿Por qué no le inspira confianza?

-Pues hay unos que no, luego se les ve su carácter, y eso, o si les está diciendo usted se hacen como que no lo escuchan.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, no porque no me explican, yo les pregunto, por ejemplo no me explican que mi gastritis es folicular, y yo no sé que es folicular.

-¿No entiende el concepto?

-No, No.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Bien, y por estudios, este y por endoscopias. Yo le dije a él que me ardía mi estomago, ya él me mando a hacer los estudios y me explico lo que tenía

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-¿Las causas? Pues porque yo creo que ellos no, pues no, pues no tienen ellos este como que, pues no, para mí como que no les interesa el paciente, pues no sé, porque son ellos así.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Si porque este, por la comunicación misma que habría, para escuchar a uno y brindarle mejor atención. Y pues sí, les explicarían a uno, lo escucharían más a uno, porque este hay unos que no explican, se quedan callados.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Pues miré, depende, de cómo le digo, en urgencias y aquí, la doctora, no sé qué doctora será, ¡Esa la de urgencias! Ella, este yo una vez llegue llorando del dolor y ardor de mi gastritis, y me dijo, ¡Usted váyase a la treinta y uno! ¡Allá váyase! Y no me quiso atender, ella rechaza mucho a los pacientes.

-¿Por qué motivo no la quiso atender?

-Porque me dijo que allá me tocaba, y no me atendió, que porque aquí no me correspondía.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí, me tomo mi medicamento como es.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-¿Que la medicina qué?

-¿Si la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Los ha beneficiado, en, en, para saber más digo yo, en aprender más.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Depende el servicio, las urgencias muy pésimas.

-¿Y el servicio de aquí como lo califica?

-Bien, pues si este, nos ponen más atención, como ahorita la doctora ya me hidrató y venía bien deshidratada. La califico como bueno en este servicio, en este consultorio.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues he sufrido una depresión muy grande, he estado en una depresión muy grande, porque este, le enseñe mis estudios a un doctor del hospital México, y me dijo que sí, que yo tenía el esófago invadido, que tenía cáncer. Y de ahí, caí en una depresión muy

profunda, estuve internada unos días, y de ahí ya no he quedado bien como que, me dan muchas angustias. Y luego tengo una hija que me maltrata mucho. Me dice que después que va seguir, que yo todo invento, que es psicológico. Ahorita yo estoy aquí por una diarrea con sangre y vomito. Yo no creo que una diarrea se psicológica. Mi hija es enfermera y me maltrata ¡No se qué hacer! Así es, y ya este, estoy en mi recamara yo sola, mi vida es muy solitaria, porque si salga allá fuera, sufro de la presión, y le he dicho a mi hija que me tome la presión, y no me la quiere tomar por estar viendo las películas.

-¿Y porque no se la quiere tomar, si su hija es enfermera?

-Exactamente, no sé por qué no me la quiera tomar, o me dice, así ahorita o al ratito por estar viendo sus películas...

-¿Algo más que quiera agregar?

-Pues sí como no, yo quisiera que me ayudaran, en un centro de atención, no sé cómo decirle, no a recluirme, no a recluirme, porque a mí también me gusta la calle, pero pues como, de apoyo, para mi vejez. Así es, luego mi hija me dice, como vive en un quinto piso, vas a bajar, y me contesta, tú estás cansada, ella puede bajar, así me dice mi nieta. Mi vida a veces no tiene sentido... siento que vale más la vida de un perro que la mía ¡Si la de un callejero! ¡Soy muy infeliz! ¡Soy infeliz! Yo he llegado aquí a las dos o tres de la mañana sola. Mis hijas me dicen que estoy así psicológicamente, que lo mío es pura psicología. Y que me van internar, este, como, en un asilo, y me van a llevar ahí al asilo, porque ya las tengo hartas, porque todas se juntan, todas trabajan en un hospital, son mis peores enemigos ellas. Yo quisiera cariño de ellas, ¡Mamá como estas! ¡Mira mamá te compre esta comida! Si me dan, dos de mis hijas porque yo compro lo mío, yo me preparo mis alimentos.

-¿Sus hijas siendo enfermeras, porque motivo no les prestan atención?

-Porque son malas, miré tengo mis dedos y mis manos con artritis porque trabaje mucho tiempo en una restaurante, lavaba las olas con agua caliente para quitarles la grasa y luego les echaba agua fría y este, y por eso tengo las manos chuecas, les di estudio, le dije estudien, estudien, y si, son enfermeras, así es la vida ¡Me siento muy agraviada! ¡Muy mal! Luego me dicen que hay personas más grandes que yo, más activas, que se bañan, se peinan, se cuidan, más bonitas. Y yo ya baje de peso, pesaba sesenta y cuatro kilos, ahora peso cincuenta y cuatro. Ya ni me dicen, nada, venga a convivir con nosotros, ¡No! Mejor

agarran a su hija y se van, ni me invitan ni nada, para ellas no existo ¡Yo soy muy católica! Y Dios las va juzgar a todas. Haga de cuenta que yo llevo cargando algo muy pesado sobre mi espalda, como ahorita estoy aquí sola ¡Esta bien, así es esto!

Paciente 8

Padecimiento: Hidrocefalia

Edad: 38 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Muy buena.

-¿Por qué?

-Por que los médicos me preguntan cómo me siento, este, lo que, sobre mi medicamento que me están dando, este, sobre mi vida también me preguntan, como vivo, como está la relación con mis padres, este, uh, que relación tengo con mis vecinos, como, como es mi vida, este, y nada más eso es lo que me preguntan.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, porque ellos me preguntan cómo me siento, que dolencias tengo, sobre mí, que reacciones tengo con mi medicamento, si me está surtiendo efecto, de que, de que, mi estado de salud, como, como me siento sobre esto, bueno este, este eso es básicamente sobre lo que me preguntan.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Sí, porque ellos me dan la confianza de, de este, decirles lo que me está pasando, sobre, sobre qué, que dolencias tengo, sobre, sobre mi estado de salud, este es básicamente es eso.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-Sí porque no, no utilizan términos muy médicos, utilizan términos sencillos, de, de para este, para explicarse conmigo. No utilizan términos médicos difíciles de entender, utilizan términos sencillos fáciles de entender.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-¿De qué forma me comunicaron? Bueno me comunicaron, este, cuando tuve mi primera consulta, mí, mí médico, me dijo que tenía hidrocefalia, que era una enfermedad muy complicada, y este, me dijeron que necesitaba yo cirugía. Y de ahí ya me mandaron con mi especialista, y de ahí una enfermera ya me explico lo que era mi padecimiento, y ya me dijo que no me espantara, que ya la ciencia estaba muy avanzada, y que todo iba salir bien. Y afortunadamente todo salió muy bien, si tuve mis complicaciones como toda enfermedad, pero afortunadamente y gracias a Dios estoy y bien, y vea, ya, ya puedo hablar, ya puedo caminar, puedo hacer muchas cosas, cosas que antes no podía hacer por el tipo de enfermedad que padezco. Antes no las podía yo hacer, antes no, no dependía de mí, dependía de mis padres, que afortunadamente todavía los tenga, y que gracias a Dios siempre hayan visto por mí, y he salido mucho adelante, porque, porque mi esposa me abandono. Mi esposa me vio enfermo y me abandono. Y afortunadamente tengo a mis padres, ellos son los que me han sacado adelante, y este, le doy gracias a Dios que los tengo, porque por ellos estoy bien, y este gracias a Dios estoy con bien. Porque si no fuera por mis padres y por los doctores yo este, ya no viviría. Y gracias a Dios, a mis padres, y los doctores estoy aquí, estoy bien.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-A lo mejor es por pena, porque a veces no tenemos la confianza, de, de querernos expresar personalmente por pena, porque dirá el doctor, porque dirá eso, porque dirá aquello, porque mucha gente ya con el tiempo va tomando la confianza de estar con el doctor, ya con el tiempo va uno tomando la confianza, y ya, ya sobre eso uno va desahogándose con el doctor, con el médico

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí porque es muy básica la comunicación entre paciente y doctor, porque, porque muchas veces aunque el doctor quisiera saber qué es lo que tenemos, y si nosotros no tenemos comunicación con él, pues no, no se puede, porque ellos no son malos. Ellos necesitan saber qué es lo que nos está doliendo, que estamos padeciendo, para, para saber, obtener un dictamen sobre nosotros. Porqué físicamente si podrán ver algo, pero siempre

es la comunicación la que es la base de todo. Sabe que doctor me duele esto, me pasa esto, siento esto, el otro, siento aquello. La comunicación es una base importante en nosotros los enfermos, pero si no tenemos comunicación el doctor aunque quisiera, no podría hacer algo, él no es adivino.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Son muy buenos, es como todo, hay malos, hay buenos, pero la mayoría son buenos. No todos son buenos, porque la verdad hay doctores, que no sé ni porque se dicen ser doctores, pero la mayoría son muy buenos, muy buenos con uno, se interesan por uno, pero si hay otros que no deberían de llamarse médicos, porque, porque no nos atienden, son unos negligentes, no les importa, no sé porque son doctores, y hay unos que mis respetos para ellos, tienen una ética muy, muy buena. Son unos doctores que dan la vida por nosotros los enfermos, que la verdad son dignos de admirarse, y dan ganas de decir que son unos ángeles, son unas personas, muy, muy lindas, y otros la verdad, no, no sé porque estudiaron esta profesión.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Si porque el doctor si nos dice algo es para nuestro bienestar, si nosotros no hacemos caso de los que nos dicen, no tienen caso de venir al hospital a recibir una consulta. Porqué si ellos nos están dando la indicación de que hacer es por algo, y es porque ellos quieren nuestro beneficio.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Yo siento que es beneficio para nosotros, beneficio para el doctor, la tecnología siempre va a ser un beneficio, porque la tecnología es algo importantísimo en el trabajo de los médicos, y porque nos ayuda a nosotros como enfermos.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-La verdad yo he estado muy enfermo, yo no tengo muchos recuerdos de cómo ha sido, por mi tipo de enfermedad que padezco, me es difícil acordarme, pero me dice mi mamá que ha sido muy buena atención, y como te digo, es como todo, hay muy buenos doctores y muy malos, pero la mayoría son muy buenos, los doctores, las enfermeras, como en

todo lugar, malos, buenos, hay otros que la verdad no sé porque tienen esta profesión, son muy prepotentes, no le hacen caso al enfermo, este, pues sí.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Mi vida dio un cambio de trescientos sesenta grados por mi enfermedad, porque, porque yo llevaba una vida normal, trabajaba, una vida buena. Desgraciadamente me enferme, se me vinieron muchas cosas abajo, desgraciadamente perdí a mi familia, a mi esposa, mi hija, la que supuestamente era mi esposa verdad, porque desgraciadamente me abandono cuando más lo necesitaba, me vio enfermo y me abandono, eso, eso, eso ni siquiera se le hace a un perrito, porque qué haces, si tienes a un perrito enfermo lo vez, lo curas.

Si a un animalito se le fractura una patita, le pones una venda y lo vez. Y no, en mi caso desgraciadamente me vieron enfermo y me abandonaron, me dejaron al olvido, pero gracias a Dios yo tengo a mis padres, y ellos fueron los que vieron por mí. Fueron mi padre y mi madre los que me sacaron adelante, y veme aquí estoy afortunadamente, porque mi esposa me abandono y me dejo a mi suerte, por desgracia, pues me abandono y esa fue mi situación. Si no hubiera sido por mis padres yo ya estaría muerto, y si hubiera sido por mi mujer, por mi matrimonio yo ya estaría muerto y afortunadamente mis padres me sacaron adelante, esta es mi triste situación.

Paciente 13

Padecimiento: Síndrome de Fournier

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Eh, explícitamente yo casi no había tenido comunicación con ningún médico, con la doctora ha habido buena comunicación, con la doctora la que viene a visitarme, y bien la comunicación doctora-paciente, enfermera-paciente muy bien, pero casi no, como nunca he padecido una cosa muy grande. No tengo experiencia anterior, para, para decir que, pues yo creo que bien, porque me atiende bien, se interesa por mi salud, y yo creo que bien, no tengo queja.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-No, pues, porque cuando llegue a la clínica familiar, no era aquí con la doctora. Era otro, otro, servicio médico, era urgencias, y no, no me atendieron bien ahí, entonces me mandaron ah, a otra clínica de urgencias, pero eran otros doctores no era la de aquí, y recuerdo muy bien quienes me atendieron porque se me, este, encimaron muchos problemas, y estaba mal de mi memoria. Y la anterior persona que me atendió antes que la doctora, eh, dijo que no tenía nada.

Y le dije ¿Cómo es que no tengo nada, si me siento mal? Y contesto muy déspota, usted no tiene nada ya lo vamos a dar de alta, así me dijo, pero te digo que no ubico bien quién era, no recuerdo. Y hasta que llegó el jefe de cirugía, no señorita el está mal, ah no, fue una enfermera la que me dijo, que me dijo que no que yo si estaba un poco malo, que me tenían que meter a cirugía, y eso ya tiene tiempo, te digo que por lo demás todo bien. Porque una vez que el jefe de cirugía donde está la doctora dio órdenes, pues ya, no tengo ninguna queja de ninguna clase, ni por medicina, ni por ningún otro, la primera vez sí, pero no ubico a las que les trataron así. Era una enfermera pero no sé quien fue, de ahí en fuera todo bien.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Claro que sí, porque sé que me va a curar, por eso están en el consultorio, porque sé que si me siento mal me van ayudar o, o me van a dar cosas que me van ayudar y mejore mi salud, por eso tengo la confianza, sino cual sería el chiste, pero todo bien.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, porque la otra vez el médico, que me dijo, me dijo las palabras que no se me quedaron grabadas. Me dijo el término de lo que significa mi enfermedad, y no se me grabo, no le entendí. Si me dijo lo que era mi mal pero no, no lo comprendí. Y ya no le insistí porque ese día estaba con otro doctor y solo de paso me explico lo que tenia. En cambio la doctora Lupita no usa tantos términos médicos conmigo, difíciles de entender, algo extraños.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-De forma práctica, porque fue ya en urgencias, bueno no, me acuerdo que a mí ni me lo explicaron, se comunicaron entre ellos, ya luego, había unos familiares míos, y a ellos parece que les dijeron que me iban a hacer una colposcopia, parece que a ellos sí, porque a la hora de pedirles la firma si les dijeron. A mí me lo dijeron ya hasta el final, ya cuando salí, yo creo porque yo iba muy mal.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Porque, como usted dice, por sus términos médicos, bueno eso, para mí que no soy letrado en esos términos para mí es eso, sus términos médicos, porque si hablaran para que uno les entienda, pues no habría problema. Pero como usan estos términos difíciles de entender y no soy letrado en estos términos, como uno no está acostumbrado a esos términos; yo una vez oí una plática entre médicos, estaba yo afuera del Hospital General y escuche que decían, que este, este una de las materias que llevan en la escuela es hablar en términos médicos, y sí yo lo escuche, estaba yo esperando a otra persona, y me acuerdo que uno le pregunto al otro, ¿Cómo te fue en el examen? Pues mal, porque no se me expresar en términos médicos, eso fue lo que decían, y por eso ellos hablan así, yo creo que por eso usan los términos médicos, pero ya si hablen así como usted, le entiende uno bien ¡Ah, y si también si nos dicen la verdad, ya se les entiende!

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-En general yo creo que sí, porque serían más sociables tanto el médico, como el paciente, habría más comunicación, al menos se abriría más uno con el médico para decirle lo que tiene, y le diría con más confianza ¿Oiga esto es así? Y ya, de paciente a médico, y el médico ya trataría de bajarle a sus términos de expresión médica. Y habría más comunicación y subiría más el nivel de atención, bueno que para esto el médico tendría que bajarse un poquito, y uno subirse más para hablar bien con ellos.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Yo, no, no tengo problemas con ninguno, no más una queja, y no tengo, este no tengo, y ya lo comprendo, eh, hay unas personas que se ponen insensibles, unas he, no todas, pero lo comprendo porque es su trabajo. Es un trabajo donde no se pueden poner sensibles, y

por eso se ponen insensibles, porque es su trabajo, por ejemplo una enfermera no pueden dejarse afectar por cierto paciente, porque en dado caso de que hubiera una, una este, emergencia con el paciente, este no puede involucrarse demás, porque es su trabajo y yo lo comprendo.

No deben de agarrar familiaridad con el enfermo, más que lo normal, así como está usted, yo lo comprendo. Y solo una queja tengo con un doctor, bueno que no era, era este, pasante, y pues él no hacía mucho. Yo todavía recuerdo esa anécdotas, que, que hay unas personas que tienen tanto trabajo, por estar trabajando en ciertas partes se vuelven insensibles a los que los rodean, y ya nada más llegan y órale, y pues si para ellos está bien, pues es su trabajo y mientras lo cumplan, ya al paciente lo toman así como, como si fuera cualquiera, pero eso depende de cada persona y no, pero solo me quejo de esa persona que no más estaba de interno; hacía sus prácticas y se iba, pero así no creo que llegue muy lejos, bueno yo creo, porque si así es de pasante ahora que sea médico me lo imagino, pero de ahí en fuera todo bien.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Trato, en este caso la doctora me ha recomendado no comer pan, y le digo que es mi único vicio, si me dicen tomase esta pastillas, pues órale, o si me dicen que esto y que el otro, orales, que esto, órale, ¡Que camine! Si, si camino, pero ahora ya no porque me caigo, y con qué ala me detengo si nada más tengo una, y la otra vez que camine me caí y me rompí mi brazo, pero si, si trato de hacer lo que me dicen, si me dicen ya no como esto, no lo cómo, si me dicen que esto no y que el otro tampoco, pues no. Siempre trato de ser partícipe entre bien y mal, por eso trato de hacer lo que me dicen.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Eh, pues tiene dos vertientes, pero si ha beneficiado más que afectado, ha beneficiado porque si lo curan a uno más rápido, los nuevos medicamentos son más efectivos, son más, más, digamos que se cura uno rápido, y es mejor, es mejor.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Bien, te digo que bien, no tengo queja, ninguna queja, más que cuando uno va a urgencias, ahí sí, pero bien, ya una vez que me detectaron bien en todas partes, solo la

primera vez que fui estuve en urgencias un buen rato, porque la vez que estuve ahí me tuvieron hasta las doce de la noche y no. Pero ya una vez que me revisaron bien, no hay ningún problema. En urgencias sí, porque uno va bien mal y ni parecen urgencias.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues tengo dos, ésta y la diabetes, le digo que son dos vertientes de la clínica, porque de mi enfermedad, en una no he sentido nada, nada, de la diabetes no había sentido nada hasta hace un año que me hicieron la colposcopia. Yo tengo veinte años con la enfermedad pero sin cambios, porque el doctor me dijo que no comiera dulces, grasa, si comía un dulce pero ya no tantos, grasa ya no, y no me dolía nada hasta que me hicieron mí colposcopia. Y si me dijeron como se llama mi enfermedad pero no me acuerdo como me dijo la señorita doctora. ¿Usted no sabe cómo se llama?

-Síndrome de Fournier.

-¿Así se llama? Apuntale vieja para buscarle en el internet, en el tumba burros, pero mi vida bien, y a veces un poco mal, pero todo bien. Pero gracias joven.

Paciente 1

Padecimiento: Sarcoma de intestino, lumbalgia crónica

Edad: 66 años

Sexo: Masculino.

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Hasta ahorita ha sido buena.

-¿Por qué?

-Porque este, estuve asistiendo por mucho tiempo al hospital Centro Médico, y me atendían muy bien.

-¿Pero la comunicación con los médicos, ha sido buena?

-Sí, no he tenido problema con eso.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, siempre.

-¿Por qué?

-Porque te digo que me atendieron muy bien, no tuve problemas.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Ah sí, porque él me excitaba a decirle lo que me estaba pasando y cosas que él no sabía para mejorar mi salud, no tuve problema. Y mis medicamentos siempre los hubo. A veces nos los había, pero me pasaban con otro médico de otra clínica y ahí me los daban.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No, la verdad no muy bien, y además los médicos como escriben, no se les entiende nada.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Umm, pues, depende de lo que me doliera, y pues me lo dijo tranquilo, él me dijo normal, que, que yo tenía cáncer de colon y se me había corrido a la próstata.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Yo hasta ahorita yo siempre fui franco con ellos, y ellos conmigo. A veces no se puede hablar con los doctores por su mal carácter, pero no, este, tengo inconvenientes con ellos.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Pues sí, en ese aspecto sí, porque a veces nos mandan con un médico, luego con otro y otro, y no se puede hablar con ninguno.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-En términos generales son buenos.

-¿Por qué?

-Porque ya hace un tiempo estuve internado en el hospital como cuatro días o cinco, ya no me acuerdo cuanto fue el tiempo, pero se me trato muy bien.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí, lo malo aquí es que me cambian a cada rato de médico, salen mucho de vacaciones, y ya no sé a quién hacerle caso. Y pues no tienen tiempo para el paciente, eso es lo malo de ellos.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Pues si lo ha beneficiado, yo lo vi en Centro Médico, pero lo malo es en cuanto a las técnicas que ellos usan, luego no saben qué hacer. Y ellos salen mucho a echarse un cafecito.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Mala.

-¿Por qué?

-Ya le dije porque, por lo del café y la falta de atención a los pacientes.

¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues fea, muy agobiante, y te lo voy a decir, por ejemplo en mi persona yo no veo ninguna mejoría, al contrario cada día estoy peor, y ya, tu lo puedes ver, la prueba de esto es que estoy así.

Paciente 4

Padecimiento: Cáncer de estomago

Edad: 47 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

Muy mala.

-¿Por qué?

-Porque no atienden bien, porque te dicen que estas enferma de algo y no te explican, no te explican bien que enfermedad es, o, uno se queda con la duda, eso. Se queda uno así, luego le quiere uno preguntar y no nos explican, nos vuelven a dejar a uno con la duda.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, pero me veía y me decía ¿Otra vez usted, a que viene? O me decía que para que iba. Y ya le empezaba yo a explicar que tenía yo muchos dolores, tengo esto, y ya cuando le dije lo más feo, pues ya fue cuando me atendió.

-¿Entonces usted se tuvo que enojar para que la escuchara?

-Pues le tuve que decir que yo llevaba muchas hemorragias, ya como le empecé a decir eso, me salía que tenía gastritis o colitis y siempre se me inflamaba el estómago o, eso me decía, y nunca me revisaron bien, por eso creo yo que ellos son los culpables de lo que me sucede.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-No.

-¿Por qué?

-Porque hay varios doctores que examinan a uno, o sea ya nada más hacen la receta y ya no nos revisan y nada, por eso.

-¿No hay otro motivo?

-Pues eso, de que no, de que nos deberían revisar, tomar la presión y no hacen nada.

-¿Y si usted intenta hablar con él no le contesta?

-No porque me han tocado varios doctores que son muy déspotas, muy payasos.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No.

-¿Por qué?

-Porque no nos dicen lo que en realidad tenemos, o usan palabras que no sé lo que significan, porque, por ejemplo cuando mi médico me dijo que padecía de esta enfermedad, pues me asuste, yo este, no sabía bien si era malo o bueno, y no me explico, como le digo solo hacen su receta y ya.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Ya cuando me entere de lo grave que este, estaba ya, el doctor, bueno el oncólogo, me dijo ya bien que este, pues si que era cáncer, al principio como que no me quería decir, pero ya después vio mi desesperación y me dijo, y ya, y este, si me sentí muy mal ese día, pero ya me lo esperaba. Yo digo que si me hubieran dicho antes, o si me revisaran como es, tal vez no estaría así.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Porque son muy déspotas, no saben atender a los enfermos como deberían, por eso hay tantos este, pues personas graves, porque no hacen, pues su trabajo digamos.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí pero de qué sirve que uno les hable si ellos son los que no nos escuchan, y este, pues así no debería de ser.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Pues buenos, porque si hay doctores buenos, que nos dan atención como se debe ser, pero la mayoría son déspotas y no, pues no saben decir la verdad y las cosas.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí, eso sí, yo siempre desde que me puse mal, con estos dolores, hice todo lo que me decían, pero este, de nada sirvió, ahora estoy más mal que antes, y no sé qué decir ni hacer, ni cómo reaccionar, yo creo que si me hubieran revisado como es no estaría tan enfermad, y pues ya joven.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-De que lo beneficia, pues la beneficia, pero es por demás, si este, los doctores no hacen bien su trabajo como acostumbran, de nada sirve que, pues sí, que usen como usted dice la tecnología.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Buena no me puedo quejar, me han revisado bien, mis medicinas me las dan a tiempo, ellos son muy atentos, la doctora y la señorita enfermera.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues que le puedo decir, antes de mi enfermedad fue muy buena, yo hacía todo en mi casa, trabajaba, pero pues ahora ya no lo puedo hacer, soy madre soltera y este, aunque mis hijos me apoyan pues este, no es lo mismo porque dependo de ellos, y no puedo hacer lo de antes, si tan solo hubiera médicos que supieran lo que hacen, ya no que nos

den las medicinas sino este que, pues hora sí que se preocupen por uno, y como le dije ya... no, no lo hacen, eso es lo más feo de esto.

Paciente 9

Padecimiento: Plastia de pared con Granuloma infectado (Cáncer)

Edad: 63 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Bien.

-¿Por qué?

-Porque yo al médico tengo que explicarle lo que tengo, y él me trata bien, y bien, eso es lo que yo creo.

-¿La han tratado bien en todos los hospitales a los que ha asistido?

-Si joven, casi en todos no me puedo quejar, siempre han sido muy buenos conmigo.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, algunas veces no, pero si, estuvo todo bien.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Sí, porque el médico se enoja si no este, si no hablo, por eso le digo lo que me pasa, y son buenos, me curan, yo les digo lo que me pasa joven.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-Pues a veces, pero la mayoría no, si no por este, llevo a mi hija para que a ella le digan todo, y mi hija me explica luego lo que le dicen, por eso entiendo.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-La enfermedad que tengo ya llevo muchos años, porque tengo muchos años, estoy más mal, me operan y todo pero sigo más mal, ya no, no me recupero, y el doctor me dijo que no me preocupara, así me lo dijo, y no me curo, esa es la verdad. Ahora sí que salgo más mal, como ahora ya salí más mal.

-¿Entonces no ha tenido resultado el tratamiento que le han dado?

-No pues no, sigo más mal, yo digo que no funciona por la edad que tengo, por la edad no me curo, yo digo eso.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Ya no, ya no, aunque me atiendan ya tengo muchos años, y quien sabe porque no hablen con los médicos, ellos no hablan con uno, pero yo ya no. Ya estoy muy avanzada de edad, ya no, ya estoy muy avanzada, y los médicos no pueden hacer mucho.

¿Por qué?

-Porque ya estoy muy grande de edad.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Pues sí, pero yo ya no, no sé, ya no puedo.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Pues bien, y ellos no tienen la culpa de, ya no, de que este así, ya tengo muchos años, es lo que yo pienso.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-¿Cómo?

-¿Siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí, hago lo que debe de ser, soy obediente, pero ya no, no puedo. Si me dicen que no coma esto, pues no lo como, y claro, porque es malo.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-A nosotros no beneficia, pero a los médicos quien sabe, eso es lo que yo pienso.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Muy bien, porque me gusto como me atendió, ellos son muy cariñosos, muy amables, yo no creí que fueran de un hospital. Si ella me consiente.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Triste, porque no estoy bien, no me siento bien, no estoy sana, y ya no, ya me este, llegara la hora de descansar, por eso, porque ya no estoy bien me es difícil, ya aunque vea a dos o tres doctores ya no, no.

Paciente 14

Padecimiento: Cáncer de próstata con metástasis a columna.

Edad: 54 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Ahorita donde estoy bien, el médico es una persona que está cumpliendo con su deber, me ha dado ánimo y he salido adelante con el ánimo que me da la doctora, y ahora sí que la fe que yo tengo por mi santito he salido adelante. Y por el médico que me está atendiendo le he tenido mucha fe.

-¿Y con los otros médicos?

-Con los médicos familiares, pues, hay este, como nos citan cada mes cuando íbamos, un mes nos tocaba la doctora familiar y otro mes el especialista o el suplente, usted sabe que el suplente medio lo checa a uno y vámonos rápido; casi no me gusto como me atendieron los suplentes, porque este, pues no nos atendían bien. Pero digamos en un año nos atendían como cinco, o seis veces la doctora familiar y cinco los suplentes. Pero de ahí, pues, ahora sí que en el Centro Médico nos han tocado buenas atenciones con los médicos.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, si me han escuchado, ahora sí que los doctores de mi clínica familiar si me escucharon pero ya en las clínicas donde va uno, es donde dilatan mucho el pase para atenderlo a uno.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Sí.

-¿Por qué?

-Yo tengo la confianza, porque a eso voy a que me vea mi enfermedad que yo llevo, uno le dice yo tengo esto, y si pues realmente uno se siente muy mal, uno les tiene que decir.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No.

-¿Por qué?

-No bueno, será porque no tenemos estudio, en una palabra ya no sé leer, no sé leer ni escribir, para uno el lenguaje que usted me dice es muy raro que les entienda uno a ustedes como le hablan a uno, es muy raro que les entienda uno.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Bueno yo, esa vez me internaron aquí en la clínica cuarenta y siete, bueno eso es lo que me acuerdo yo. Me internaron a las cuatro de la mañana y estuve internado todo el día, y este, lo que quería era yo salir porque en ningún momento yo me sentí bien, yo me sentía muy mal, les dije a mis hijas que me sacaran de aquí, yo ya no quiero estar acá, porque me tenían sentado en las bancas, pues claro no había camas, hora sí en lo que es el hospital. Y no sé cómo le hicieron mis hijos para comunicarse con la doctora encargada del servicio en piso, y ya vino la doctora y dos doctores, y ya hablaron con ellos, y se le va atender y, ahora sí que con la ayuda de la doctora y mis hijos que estuvieron al pendiente de mí aquí estoy.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Pues hay ocasiones que no se presta un médico para escuchar cuando uno les está diciendo, y se hacen como si no lo oyeran a uno. O sea que no lo escuchan a uno o no, o este tratan de hacer su trabajo bajo reglas y lo respetan. Pero por lo regular le dicen a uno, tiene usted esto lo otro y eso. No se les entiende, bueno al menos yo no les entiendo. Por ejemplo ahorita la doctora más o menos me explica, me dice este tratamiento va a ser así, no se debe de suspender, no se debe de, todo debe de ir en regla, por eso el tratamiento que nos da.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí, yo digo que sí.

-¿Por qué?

-Porque digo por, si el médico escuchara realmente a los pacientes cuando uno va, mejoraría uno, pero luego hay veces que como le acabo de decir que los doctores, no nos escuchan, no nos ponen atención o se hacen que no lo escuchan, y este, eso es.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Pues por lo regular, todo el personal de los hospitales son buenos, así como hay buenos hay personas complicadas que se enojan por cualquier cosa, le dice uno lo que haga uno ahí, pues hay de todo, pero varía la suerte del paciente cuando le toque el médico, la enfermera y sí la cae uno bien a la enfermera, pues lo atienden a uno bien, si le cae bien a la doctora le atiende bien, y si no le cae bien, no lo atiende a uno. Porque yo digo que uno como paciente trata uno de ganarse a los doctores para que lo escuchen a uno, y de que lo vean, que lo escuchen, lo que uno le duele, pero si hay doctores que lo escuchan a uno y otros que no.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Por lo regular sí, porque yo sé que de eso depende mi salud, yo, si me dicen se va a tratar de este tratamiento lo hace uno, porque es su salud de uno. Porque si no realmente no le doliera a uno, pues yo creo que no lo hiciera uno.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Pues yo digo que no, porque ya la tecnología, aunque yo no sé leer ni escribir, considero que ya toda la tecnología de la medicina, su avance va más adelantado que todos, y más que nada luego uno de paciente no hace nada por seguir el tratamiento, si uno corta el tratamiento y dice uno que el doctor no me dio esto, que no me atendió lo que me faltaba, pues no sirve tanto aparato.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Pues hasta ahorita bien todo, me han atendido de maravilla, y en cuanto a la medicina no me han faltado mis medicamentos, y aquí estoy siguiendo adelante, porque me han

atendido muy bien, ahora sí que no tengo por qué hablar mal de que no me atienden si me han atendido muy bien.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues le voy a ser sincero, ya hay veces que ya me hago a la idea de que, pues yo ya no voy a quedar bien, porque sé que estoy mal de todo, y la enfermedad que tengo, pues estoy mal, y si me siento bien con el tratamiento, pues hay hasta donde Dios diga, pero si me siento, bueno ya sé que va acabar esto, y los años que ya tiene uno.

Paciente 6

Padecimiento: Diabetes Mellitus, Cáncer de próstata

Edad: 49 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Buena.

-¿Por qué?

-Porque me pone mucha atención la doctora Lupita, y ella, este es muy, como le digo, muy cariñosa y amable, siempre me escucha si le digo que me siento mal. Y pues nada más.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí.

-¿Por qué?

-Siempre cuando uno va al doctor, para eso va uno, para que lo atiendan, y tenemos que decirles la verdad, porque también el doctor no le va adivinar que es lo que uno tiene, que es lo que uno siente, eso es.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Sí, sí.

-¿Por qué?

-Porque así uno sale más convencido de que si lo está escuchando el doctor, y así ya para la próxima vez que yo vaya, ya volvemos a recordar lo de la primera consulta, y nada más.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-Sí, sí, porque el doctor al hacer las preguntas al cualquier enfermo se las hace porque quieren saber el estado en el que se encuentran, y solamente así le pueden recetar la medicina que necesita uno, y me explican bien.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Me mando a hacer análisis y de esa forma fue como se dio cuenta que enfermedad tenía yo, y me dijo que me atendiera para que me pudiera aliviar.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Pues, a veces porque uno no tiene mucha confianza con el doctor, tiene uno poco confianza y por eso uno no se muestra franco para poder hablar, pero siempre hay que decirle a la doctora la verdad para que lo recete a uno, de acuerdo con la enfermedad que uno tiene, y ya.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Claro que sí.

-¿Por qué?

- Porque así le agarra confianza el doctor al enfermo, y el enfermo al doctor, se están comunicando, eso es.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Son buenas personas los doctores, para eso estudiaron, pero yo creo que también se han de cansar al atender a tanto enfermo.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí.

-¿De qué forma?

-Cuando uno está con el doctor y está hablando con el enfermo tiene que estar escuchando lo que le dice y contestar correctamente, para que pueda escucharlo y respetarlo.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Ha beneficiado, ya el doctor que ha recibido cosas de la tecnología, se va guiando por ella y así lo atienden mejor a uno.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Buena.

-¿Por qué?

-Porque siempre que he ido a la clínica, el doctor que me atiende, me atiende bien, eso es.

¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues buena, porque mi esposa y mis hijos me han apoyado en mis años de mi enfermedad, y el doctor que me ha atendido siempre me ha dado los medicamentos adecuados para mí, nada más.

Paciente 3

Padecimiento: EPOC Grave, Insuficiencia Cardíaca

Edad: 64 años

Sexo: Femenino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Muy buena.

-¿Por qué?

-Porque el doctor, el doctor me atendió muy bien, me dio mucha, me, este, me dio, mire estaba yo mucho muy debilitada y me mando complemento alimenticio para que yo me recuperara porque estaba yo muy, muy decaída, no podía yo hablar, no podía abrir los ojos estaba muy mal, totalmente debilitada. Entonces cuando vino el doctor y me checo, me hizo los estudios y me dijo que me iba dar alimento, este me iba dar complemento alimenticio para que yo recuperara, para que yo me recuperara y el día que yo saliera estuviera mejor. Y me daba medicamento para que yo me reforzara, para que yo me refortaleciera, podía yo salir, fue muy bueno y las enfermeras también. Nada más una fue la que no, cuando ella me desatornillo la solución, mi hija le dijo que viniera para revisarme, y entonces ella no vino, no quiso, entonces, cuando me lo vino a, y me lo quito ella, entonces vino otra enfermera y se molesto mucho cuando vio ella que ya me había

retirado la solución, este, mi hija, entonces hizo su cara mal, torció la cara y entonces fue y le dijo a la enfermera Úrsula. Y entonces Úrsula vino y, pues, se puso agresiva y entonces, este, pues ya vino y me quito la solución, y le dije pero señorita, por favor póngame la solución, y me dijo que ya no, ya no, usted ya no, usted ya se va retirar. Fue muy agresiva, muy agresiva ella, fue lo único mal, lo demás muy bien, había otra pero no me acuerdo del nombre, y fue cuando yo estaba con mis dolores fuertísimos, me iban a subir a la camilla y ella no ayudo, no ayudo, pero estaba mi hija y ella agarro y ayudo al camillero y ya, entonces también el camillero se molesto porque no era manera de que no apoyo, que no apoyo y pues, pero, creo que ella, la reportaron y no sé, y ya al otro día llego y nos saludo, se puede decir que fueron tres enfermeras las que se molestaron, pero de ahí ya nadie, he recibido yo muy buenas atenciones, completamente, pasado yo de ese detalle todo mis, todo mis, mis soluciones y mis inyecciones y todo ha estado muy bien, totalmente muy bien, y el doctor Mendoza que es un doctor excelente, excelente, porque ve a uno y lo atiende, totalmente como si él fuera un hijo

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-Sí, sí, porque me dijo que si había cocinado yo con leña y le dije que sí, ¿que si había fumado? Le dijo no, pero yo había cocinado con leña, y entonces pues el doctor lo pone, ahora sí que todo en la receta.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-Naturalmente, si yo me siento mal, le digo doctorcito me duele aquí, o le digo que yo, o el que este le manifiesto lo que siento, y si también ya no me siento mal se lo digo, ya le digo que me siento bien.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza a para describir su enfermedad?

-Pues mire me dicen que estoy delicada de los pulmones, que estoy delicada, y pues que estoy delicada de los pulmones, y ya me recetan las medicinas.

-¿Y usted entiende los conceptos que le mencionan los médicos?

-Sí ellos me dicen las cosas bien, y yo les entiendo.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Ah, por medio de que como no puedo respirar, no podía respirar, entonces por eso me dijo, que porque yo había, que porque yo había guisado con leña, y hasta que edad yo guisaba así, y entonces yo le dije que guisaba desde chica. Y ya después que me case, mi esposo era, pues humilde, entonces ya guisaba yo con petróleo, y ya paso mucho tiempo para que yo guisara con estufa de gas.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no son puede hablar con los médicos?

-Pues yo siempre hablo con ellos, y siempre me han escuchado.

-¿Nunca ha tenido ningún problema con los médicos?

-No, hasta ahorita no, siempre que he ido a consulta me han atendido, así como usted, han sido magníficos, me ponen un aparatito, me checan, me revisan, me escuchan los pulmones y todo.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Sí, bueno depende lo que uno tiene, porque este, porque cada paciente es diferente, y por ejemplo yo tengo un problema, y pues sí, es mi problema personal.

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Pues bien, mas buenos que malos.

-¿Por qué?

-Porque yo cuando llego al hospital muy mal, muy delicada, pues luego me checan. Naturalmente uno tiene que esperar su turno, pero van y nos checan, y según si uno necesita una solución y lo que sea, bueno a uno lo ponen ahí a, como le dicen, lo ponen a uno para que vea la enfermera el malestar. Yo cuando llego lo primero que pido es oxígeno y me desconecto de ahí, y córrele al taxi, pido un taxi, un taxi, y ya abre el guardia y se mete, y ya me lleva hasta arriba, y luego entra mi hija con la credencial de elector para pedir una cita, y rápido a pedir oxígeno porque lo necesito y me lo dan. Una vez mi hija si me fue a dejar como a las once de la mañana, ahí me estuve todo el día, toda la noche y ya me fue a traer como a las dos o tres de la tarde, ahí estuve sentada en un banquito y yo con la solución, me daban ganas de acostarme en el suelo, eso era en urgencias, y como hay muchísimos, pero muchísimos pacientes me atendieron mal, pero fue la única vez,

luego mi hija se está conmigo hasta que me dan una camilla y ya se viene. Porque esa vez le dije que desde que me viniste a dejar aquí estoy, y ya no aguanto, tenía yo los pies bien inflamados, me quería acostar en el piso pero no alcanzaba con la solución para que yo me acostara en el piso. De ahí todo ha sido excelente.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Sí, sí, naturalmente porque si yo no sigo las indicaciones del doctor, entonces pues yo desobedezco y se pierde el control del medicamento, y entonces eso es perjuicio para mí, y entonces yo tengo que ver la receta, y la veo. Entonces le marque que días me toca esto y el otro, y así le hago, a tal hora me toca mi medicamento o le digo a mi hija, pero luego yo lo hago, para que voy yo a estar pidiendo, mejor así le hago.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Sí, al paciente si, y al doctor, porque si ve él que es lo que uno necesita, ya sabe en donde se lo van a poner el medicamento.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Bien, muy bien, ahorita ya que viene la doctora magnifico, y ahorita como hay poco personal, pues nos atienden rápido, solo una vez estuve tres o cuatro días abajo, ya después me subieron a piso, pero eso era antes, y como ahora ya estoy más mal, llevo abajo y me suben en la noche, ese día iba yo muy mal cuando me subieron a piso.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-Pues ha sido difícil porque por ejemplo si hace frio o calor me afecta, me afecta y pues, me afecta y tengo yo que estar con mis medicamentos como chiquita, aquí guardada, y eso hago, eso hacía yo, de aquí no bajaba, solo cuando podía, cuando podía. Pero ahora ya no, totalmente ya no, desde diciembre para acá ya se acabo, ¡Totalmente se acabo! Y ahorita pues más, ahorita ya se volvió más serio el asunto, y yo lo siento más serio y es normal por mi edad, pero bueno yo siento que porque me ha afectado más este mal, si yo no tomo refresco, ya no lo tomo, ni antes tampoco acostumbraba tanto el refresco, agua si, agüita de sabor, tomo más agua, como de limón, pero refresco no, nada de eso, ni menos la cerveza, y licor tampoco, o sea no lo acostumbro.

-¿Algo más que quiera agregar señora Beatriz?

-Pues, pues eso es lo que tengo ahorita, y esperando las bendiciones de Dios y esperando hasta donde él me diga. Y como les digo a mis hijas, que yo me pongo en las manos de Dios, y escucho al señor, ya cuando él quiera pues ya. Pero este mal no me lo esperaba porque cuando bramaba, no me lo va usted a creer, yo creo que se oía de aquí a la otra esquina. Y mis dolores son, son muy fuertes, lo bueno que me dieron en el hospital, porque si me hubieran dado aquí me muero, mi dolor no se lo deseo a nadie, de verdad a nadie porque es lo más feo que he sentido en la vida, ni un parto duele así, por eso a nadie se lo deseo.

Paciente 14

Padecimiento: Cáncer de próstata, metástasis a pulmón y tejido óseo.

Edad: 67 años

Sexo: Masculino

-¿Cómo considera la comunicación con su médico?

-Pues actualmente es muy buena, el médico que me reviso lo hizo bien, y este, es buena.

-¿Por qué?

-Porque yo pude hablar con mucha franqueza, y digamos si tiene una duda pues, pues uno puede decirle todo lo que uno siente y sí, lo que me molesta.

-¿Cuándo asistió a consulta, su médico siempre escuchó lo que usted le mencionó sobre su padecimiento y otros malestares?

-La mera verdad pues yo, yo en realidad no supe porque yo era el paciente, porque a mí exactamente el médico no me decía la verdad y pues era a lo que yo iba.

-¿No existió el diálogo con el médico?

-No, no, yo me entere de lo que tenía por mi propia cuenta, y no recuerdo este, pues digamos el motivo el que me enviaron a la cuarenta y siete, no allá no fue, fue al Centro Médico.

-¿Al estar frente a su doctor, usted tiene la confianza de comunicarle lo que en realidad lo está afectando?

-¿Qué si tengo la confianza?

-Sí, ¿Usted tiene la confianza de hablar con el médico?

-Pues sí, se supone que uno debe de tener la confianza de hablar con él y ellos también deben de escucharnos.

-¿Usted comprende las palabras o el lenguaje que el doctor utiliza para describir su enfermedad?

-No.

-¿Por qué?

-Porque son este, lenguajes que utilizan ellos, y pues a veces les entiende uno pero otras veces no, no sé de que están hablando, ni lo que es mi enfermedad.

-¿De qué forma, el médico le comunicó que tenía ésta enfermedad?

-Pues a mí no, a mis familiares fue porque nosotros íbamos a otra cosa, no iba a internación a nada, nada, nada. Y me agarraron de improviso, me dijeron que no me podía ir porque tenía esto, esto y esto, no me acuerdo que. Y pues la verdad no me hizo saber que fue lo que les dijo el doctor, y pues no se pueden ir porque lo vamos a mandar a la cuarenta y siete. No sé por cuánto tiempo pero me mandaron a la cuarenta y siete, y no me acuerdo el motivo de la enfermedad por el cual estaba yo allí.

-¿Cuáles son las causas que considera usted, por las que en ocasiones no se puede hablar con los médicos?

-Pues es que son varias, pero si este, como le diré, si el médico no lo escucha a uno pues no tienen caso de verlo, porque si no nos hace caso no tiene caso estarle platicando uno sus problemas si no te atiende.

-¿Considera usted, que al tener mayor comunicación con su médico, mejoraría la atención que reciben los pacientes?

-Bueno eso creo que si sería muy benéfico y mejoraría mucho.

-¿Por qué?

-Porque habría más comunicación y más confianza del paciente y el médico

-¿Cómo percibe o describe al personal de los hospitales?

-Bueno en los hospitales pues hay, pues hay de todo pues, como yo por ejemplo que estuve ahí en la clínica de Siglo Veintiuno, me atendieron ahí como, pues me tenían en una camita donde no me podía mover para nada, entonces estaba yo ahí de una pieza, yo

estuve a la fuerza porque yo no quería estar ahí, porque no, me pasara lo que me pasara son pues cosas que suceden. Y ahí me sucedieron no muy agradables pues.

-¿Cuándo asiste a recibir algún tratamiento, usted siempre obedece las indicaciones de su médico?

-Bueno, por lo general si las obedezco, oigo todas las indicaciones y todo lo que me dicen lo hago, y pues yo les tengo mucha confianza porque ahora si pues sí, son ellos los que saben. Y si no les tengo confianza o, no les hago caso pues no tiene caso verlos, o como quien dice no hay que desobedecerlos, y pues por mi bien mejor.

-¿Considera que la utilización de tecnología en la medicina, ha beneficiado o afectado el trabajo de los médicos?

-Pues yo digo que si a beneficiado, pero no sé en qué sentido, pero yo digo que si ha beneficiado el trabajo medico.

-¿Por qué piensa que ha beneficiado el trabajo de los médicos?

-Porque hay muchas cosas que antes se tardaban mucho en realizarse y ahora se realizan más rápido. Digamos, vaya se hacen en menos tiempo y eso es una ventaja.

-¿Cómo califica la atención que recibe en esta clínica?

-Pues, pues, está muy bien porque el médico me revisa, me da todos mis medicamentos que necesito, y es pues muy atenta conmigo, es muy buena.

-¿Cómo ha sido su vida a raíz de que padece esta enfermedad?

-No, no, pues una enfermedad de esta índole cambia la vida de uno, cambia totalmente la vida de la persona, pero pues así como, pues normal pero si yo ya tengo esta enfermedad, que no sé porque me daría a mí, o por lo que haya sido ya me dio, y ya me dio. Y no queda más que seguir adelante o hasta donde se pueda, no hay más que seguir. Uno tiene que seguir y no desesperarse, total ya me dio, y ya me dio. Yo voy a tener esta enfermedad hasta que esté aquí, aquí en este mundo.

-¿Algo más que quiera agregar señor Sergio?

-No es todo.

Anexo 2

Entrevista: Médico

Enfermera 2

Profesión: Licenciada en Enfermería y Obstetricia, enfermera del programa atención a domicilio del enfermo crónico terminal (AMED)

-¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?

-Aquí la comunicación con el paciente es muy amplia porque les vamos enseñando y preguntando cómo se sienten en este servicio de AMED.

-¿Y en comparación con otros servicios?

-Yo creo que en los otros servicios es un poco diferente porque a veces los familiares del mismo paciente no entienden todo el lenguaje de los médicos.

-¿La comunicación entre los pacientes y el personal de salud es recíproca?

-Sí, aunque a veces considero que es un poco cortante de parte del médico.

-¿Por qué?

-Porque ya cuando trabajamos en el hospital, el médico piensa que todos sabemos igual que él.

-¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?

-El principal factor es el tipo de enfermedad que tenga el paciente porque si es un paciente que tiene una embolia no va poder comunicarse bien. Y también puedo decir que no entienden lo que se les está diciendo con respecto a su enfermedad, y como a veces les habla el médico, digamos los conceptos.

-¿No entienden los conceptos técnicos del médico?

-No, no los entienden del todo los pacientes, y a veces los pacientes no nos refieren, no nos dicen que es lo que no entendieron o como puedo hacer tal procedimiento. Por ejemplo cuando les preguntamos si entendieron esto, nos dicen si, si, si, pero cuando ya llegan a otro servicio como este, se les olvidó y en realidad no lo entendieron.

-¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?

-Es muy importante porque sin la comunicación ni el médico, ni el paciente pueden lograr un entendimiento que ayude al enfermo a decir con claridad que es lo que tiene, pero la realidad es que en los hospitales la saturación en los servicios de salud no nos permiten lograr esta comunicación.

-¿Cómo define la relación médico-paciente?

-Yo digo que en este servicio es buena la relación médico-paciente porque los escuchamos con más tiempo, les damos más tiempo para que ellos puedan decirnos bien todas sus dudas.

-¿Sólo es este servicio es así?

-Considero que sí porque la consulta es más rápida, por ejemplo en consulta externa los médicos tienen veinte minutos por paciente, en este servicio de AMED, el paciente y el familiar pueden estar más tiempo.

-¿En esta relación, aún predomina el modelo hegemónico?

-Sí, lamentablemente sí porque los médicos y no sólo ellos creemos que sabemos mucho sobre las enfermedades de los pacientes, y por eso cuando llegan a recibir atención, pues nos dedicamos a decirles lo que tienen que hacer, y no sólo eso sino que también les decimos como lo van a hacer, porque el médico dice va tomar este medicamento así y lo va hacer así. Entonces el paciente y la familia tienen que acoplarse a la indicación médica. Yo pienso que en algunos hospitales aún se da esto.

-¿Por qué la mayoría del personal de salud no sabe comunicar una mala noticia?

-Porque creo que no hay una clase en la facultad, donde nos enseñen a dar malas noticias, y el médico siempre debe luchar por la vida del paciente en el hospital, es por eso.

-¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo?

-Bueno, en la escuela nos dieron una clase de comunicación, donde nos dicen que debemos hablar claramente, ponernos en el lugar del paciente y donde nos dicen este, hablarles en el lenguaje que ellos nos hablen, no hablarles de otra forma.

-¿El uso de la tecnología en la práctica médica, beneficia o afecta el trabajo clínico?

-Bueno yo creo que tiene el lado bueno y el malo, a veces está bien porque podemos avanzar y hacer las cosas un poquito más rápido, pero en varios casos lo que requieren los familiares y los pacientes es de tiempo para que ellos comprendan lo que tienen.

-¿Y por qué no entienden lo que tienen?

-Porque a veces tenemos pacientes que no saben leer. Entonces de que me sirve tener una computadora, si el mismo paciente no me va entender porque no sabe.

-¿La utilización de tecnología en la medicina deshumaniza al médico?

-A veces sí, porque en algunas instituciones nos exigen tener alguna especialidad y el mismo cambio en la tecnología hace que uno mismo pierda el contacto con los pacientes, hay casos en donde sólo se conoce al paciente hasta después que se termino su tratamiento.

-¿El acceso a los servicios de salud, se ha vuelto asunto mercantil o sigue siendo un derecho que por ley tienen algunos derechohabientes?

-Es un derecho que tenemos como derechohabientes.

-¿Por qué?

-Bueno porque en la misma Constitución dice que tenemos derecho a la salud pero claro que no todos lo saben, y no toda la población tiene servicios en alguna institución.

-¿De qué forma, la falta de recursos económicos y humanos repercuten en la atención ofrecida a los pacientes?

-Pues por ejemplo si tenemos que hacer alguna curación, hay pacientes que no tienen los recursos para comprar un apósito de plata o algo más especial. Entonces si hace falta dinero para avanzar e ir recuperando la salud, y no se tiene este recurso afecta la calidad en la atención.

-¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?

-En teoría la calidad es lo más importante, pero la realidad es otra, porque el tiempo que tenemos entre paciente y paciente no nos permite darles esa atención que se merecen, si estamos hablando que en promedio uno tiene que atender a quince o veinte pacientes al día, a veces más. Entonces la cantidad, ya en la práctica acaba siendo sino lo más importante lo que se valora más.

-¿Cómo considera la atención que reciben los pacientes en este hospital?

-Yo considero que es buena, me gustaría que nos dijeran que somos excelentes, y en este servicio es muy buena porque se les da bastante tiempo a los pacientes, además escuchamos bien al familiar y se les brinda más tiempo y mejor atención al paciente.

Enfermera 1

Profesión: Enfermera General en el servicio AMED.

-¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?

-Pues se trata de que la comunicación sea verídica, sea verdadera y lo más abierta posible mientras lo permitan tanto los familiares como el paciente, este, o sea que él diga lo que siente, lo que él quiere. Aquí manejamos la atención a pacientes terminales y se trata de tener una buena comunicación, más abierta con los pacientes y el enfermo.

-¿La comunicación entre los pacientes y el personal de salud es recíproca?

-A veces sí, es tanto él permita abrirse, y que tanto él vaya agarrando la confianza de decirnos lo que siente, lo que en verdad lo afecta.

-¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?

-El tiempo o a veces el estar tan metidos en el trabajo porque uno esta tan metido en el trabajo que no se da uno el tiempo de relajarte y platicar con ellos.

-¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?

-Es muy importante porque él te puede decir las dudas que tiene, y eso va ayudar mucho al como él quiere su tratamiento, al como él quiere que se hagan las cosas.

-¿Cómo define la relación médico-paciente?

-Muy satisfactoria, pero hay pacientes que a veces están muy enojados y este, o sea no se abren tan fácilmente a decirte lo que ellos tienen y cuando vamos a sus casas, ya en su domicilio les hacemos algunas preguntas, y como que las desvían, o hay quienes se abren a decirte todo lo que sienten.

-¿En esta relación, aún predomina el modelo hegemónico?

-Bueno este, yo creo que no, aquí lo que se trata es que se respete a cualquiera, y este es lo que más se cuida aquí en el programa. Que ellos digan si, si o si no quieren ese tratamiento o porque no se les va hacer, eso es.

-¿Por qué la mayoría del personal de salud no sabe comunicar una mala noticia?

-Porque, porque no te lo enseñaron o, a veces no encuentras la palabras para el cómo decirle al familiar o, a veces tienes miedo de este, pues sí, de dar otra clase de información que no es la correcta.

-¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo?

-Académicamente este, te dicen que siempre debes tener una buena comunicación con los enfermos, pero no te dicen como, o sea, a mí lo que me ayudo mucho fue lo de la tanatología, me ayudo a tratar de entender al paciente, tratar de ver el por qué está enojado, porque tiene mucho dolor, pero en sí, o sea en la escuela no te dicen cómo hacer esa comunicación.

-¿El uso de la tecnología en la práctica médica, beneficia o afecta el trabajo clínico?

-Pues beneficia en el aspecto del diagnóstico de que ya, este, por decir en el caso de una tomografía, a precisar con un estudio más sofisticado que tiene el paciente. Y también depende de cómo tú como personal de salud utilices ese recurso.

-¿La utilización de tecnología en la medicina deshumaniza al médico?

-Yo pienso que lo humano nunca se te tiene que quitar, así tengas las máquinas que tengas, pero siempre debes tomar en cuenta que estás trabajando con seres humanos, con personas que sienten, no así como ya termine con éste y vámonos el que sigue.

-¿El acceso a los servicios de salud, se ha vuelto asunto mercantil o sigue siendo un derecho que por ley tienen algunos derechohabientes?

-Aquí como es una institución pública, es este, el derecho que tiene el trabajador para recibir la seguridad social porque si lo vemos de manera particular este, ahí si siente que es algo como mercantil, algo que te están vendiendo que te están dando, y aquí es un derecho que tú tienes en base a la atención médica.

-¿De qué forma, la falta de recursos económicos y humanos repercuten en la atención ofrecida a los pacientes?

-Si repercute, porque yo como enfermera y antes de que entre a trabajar nos tocaban seis pacientes, ahora te tocan de a doce pacientes. Entonces ahí, pues este, que puedes ofrecerles y lo único que haces es tratar de sacar el trabajo, sacar el trabajo, y yo por ejemplo lo que veo en el paciente es que él se va a su casa muy complicado, porque fue algo que tu pudiste prevenir en el aspecto de su salud cuando entran al hospital. A veces se van más mal, y siento que es algo que se puede prevenir en el mismo hospital.

-¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?

-Pues yo creo que a las instituciones siempre les va importar más la cantidad, aunque ellos te dicen que tú tienes que dar la calidad y calidez, pero son tantos pacientes que no vas a dar calidad ni calidez. Y para ellos lo que les interesa más son los números, la cantidad.

-¿Cómo considera la atención que reciben los pacientes en este hospital?

-Pues yo te puedo hablar de aquí de mi servicio, y aquí en mi servicio es una atención más humana, y se trata de tomar en cuenta la opinión de tanto el familiar como el paciente, y de todo ese dolor que él tiene, exista un consuelo entre la familia y el paciente.

Médico 1

Profesión: Médico familiar, maestría en pedagogía

-¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?

-Pues en este programa es buena, creo que es la parte fundamental del programa porque son pacientes que ya no tienen la posibilidad de curación como tal, pero este, todo lo que se hable con ellos es muy importante porque para muchos es como prepararlos para la etapa final de la vida. Y entonces como es la etapa final de la vida, es la más difícil de aceptar para cualquier ser humano. Entonces la comunicación es primordial hay que cuidar las palabras, todo lo que se hable con los pacientes y con los familiares.

-¿La comunicación entre los pacientes y el personal de salud es recíproca?

-Pues no siempre, en este programa sí, pero en otros lugares donde me ha tocado estar pues no. Generalmente hay poca comunicación con los pacientes, de parte de los médicos o el personal de salud con los pacientes. Aquí este programa se caracteriza porque todos debemos tener una buena comunicación, pero por ejemplo dentro del personal médico casi no se le explica al paciente su problema, que es lo va a pasar, cual es su diagnóstico, y la mayoría se queda sin respuesta.

-¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?

-Yo creo que es porque uno cree tener todo el conocimiento, y cree saber todo lo que se necesita saber sobre una enfermedad y el paciente. Sin embargo, a veces es importante escuchar a los pacientes porque muchos de sus problemas vienen por, por esa falta de comunicación, y si aparte el personal de salud, no hablamos con ellos, no nos

comunicamos, pues se vuelve más difícil, sobre todo en la salud si es algo en la que los pacientes se encuentran en una situación vulnerable. Y entonces todo lo que uno diga o no diga afecta a los pacientes.

-¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?

-Pues debe ser primordial, yo creo que es el pilar fundamental. Sin embargo, en el área de salud no se enseña esa parte de comunicación, yo lo he visto con médicos, enfermeras. Es algo que nunca se enseña, uno lo va aprendiendo conforme va tratando a los pacientes. Y al principio es muy difícil porque no dejamos hablar, no dejamos que el paciente diga lo siente, pero con el paso de los años uno se va dando cuenta de que la comunicación es esencial sobre todo cuando uno va dar una mala noticia, un mal pronóstico, eso es algo muy importante. Entonces la comunicación debe ser algo primordial, sobre todo para que exista también un compromiso del paciente para aceptar su tratamiento, para que coopere, para que se tome sus medicamentos con apego al tratamiento, pero la realidad es que muchas veces no nos comunicamos.

-¿Cómo define la relación médico-paciente?

-Pues se puede definir como esa comunicación que hay entre dos personas, en este caso la persona que está tratando al paciente, y debe escucharlo, hablar, dejarlo que se exprese. Y esto es la parte esencial de la historia clínica y la tribuna libre, pero esto es algo que al personal de la salud se nos olvida, y el ideal sería tener como esa comunicación efectiva además. Y esa sería una buena relación con el paciente, para que ellos tuvieran la confianza de expresar sus necesidades, sus problemas, muchas veces hasta físicamente se mejoran con oírlo, y esa sería una buena relación médico-paciente.

-¿En esta relación, aún predomina el modelo hegemónico?

-Pues el modelo hegemónico ha sido siempre el que predomina, es aquel en el que el paciente va y uno es el que guía todo el interrogatorio, uno da las órdenes, se le dice a qué hora se van a tomar los medicamentos, y pocas veces se deja hablar al paciente, dejar que se exprese, esto puede ser por la carga de trabajo en la institución o de cualquier institución, no es así a nivel privado. Pero en las instituciones de salud comúnmente hay mucho trabajo y la atención tiene que ser muy rápida, y a veces pareciera que uno es como dominante. Sin embargo, muchas veces se vuelve tan rutinario que uno como no se

da cuenta que no hay esa relación médico-paciente, y que uno es el que predomina, el que sabe, el que da las órdenes y todo.

-¿Por qué la mayoría del personal de salud no sabe comunicar una mala noticia?

-Pues no nos enseñaron, la realidad es que nunca nos han enseñado a dar bien una mala noticia, este, no es una materia que vaya en el currículo, por lo menos de medicina donde diga la comunicación como tal es importante, con el tiempo uno lo va aprendiendo. Ya hay personas y médicos que se dedican a eso.

Entonces cuando entendemos que el ochenta por ciento de la comunicación es el lenguaje no verbal y el otro veinte por ciento el verbal, no nos damos cuenta porque a veces nuestras actitudes pueden predisponer a que una persona se sienta mal, que no tenga la confianza para hablar, pero es algo que no se nos enseña definitivamente.

Y una mala noticia puede ser no sólo que se vaya morir pronto, puede ser un embarazo, o puede ser que ya no pueda volver a caminar, o por ejemplo en la graduación de un hijo decirle que su padre posiblemente se va infartar, esa sería, hay muchas malas noticias, en el nacimiento de un hijo que este tenga alteraciones genéticas, y a veces el cómo lo decimos, pues no sabemos, lo decimos tal cual, y lo maquillamos un poquito diciendo que todo va estar bien, pero la realidad es que no nos enseñaron y hay modelos a seguir, pero simple y sencillamente no se nos enseña durante la carrera, lo vamos aprendiendo, pero la gente que está interesada en eso, sobre todo aquí, tenemos que aprender a decir las malas noticias, para eso hay modelos.

-¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo?

-Pues se ve muy poco, se ve muy superficial, realmente es una materia que en la facultad, no recuerdo si es en los primeros ciclos en donde se dice que la relación médico-paciente es muy importante. Sin embargo al transcurso de la carrera y de la especialidad es algo que ya no se vuelve a mencionar, se presupone que debe de haber una buena relación médico-paciente, pero a veces con la carga de trabajo se vuelve muy difícil, como que uno no lo razona, uno como profesional de la salud no lo razona de esa manera, que hay que entablar una comunicación en la relación médico-paciente. Y generalmente hasta cuando uno pasa por una situación de una enfermedad, o vamos a un servicio, nos damos cuenta de cómo nos tratan y como hemos tratado, es cuando realmente nos damos cuenta, pero

hay una materia que diga como tal que hacer para entablar una buena comunicación, o que significa, dejar hablar al paciente, que significan las miradas, el silencio, y que con el tiempo por ejemplo en mi caso yo he podido revisar porque ahora imparto esa materia de la importancia que tiene la comunicación en la relación médico-paciente, y comunicación de malas noticias.

-¿El uso de la tecnología en la práctica médica, beneficia o afecta el trabajo clínico?

-Yo creo que la tecnología siempre es un avance en la humanidad y la investigación que se hace, entonces este, es buena siempre y cuando se aplique de una manera razonable. Y eso hace que uno vaya adquiriendo conocimientos para tratar un área determinada del cuerpo, diagnosticar enfermedades. Más sin embargo, uno no debe nunca dejar de lado esa plática con el paciente, explicarle que le va a pasar, en fin no debiera afectar la tecnología a la comunicación con el paciente o la relación médico-paciente. Cuando un profesional está consciente de que eso es la parte fundamental del trato con las personas y los pacientes, pues la tecnología ayuda. Sin embargo para muchos profesionales eso es lo más importante, a lo que se le da mayor peso, y a veces se olvida a la persona, al ser humano.

-¿La utilización de tecnología en la medicina deshumaniza al médico?

-Probablemente sí, probablemente sí, porque uno como médico siempre quiere saber más métodos para los diagnósticos, los estudios, y a veces no se tiene ese contacto con el paciente, que sin embargo, es la parte fundamental del ejercicio profesional, pero puede ser que sí, que la tecnología afecte esa relación con el paciente.

-¿El acceso a los servicios de salud, se ha vuelto asunto mercantil o sigue siendo un derecho que por ley tienen algunos derechohabientes?

-Pues el derecho como tal a los servicios de salud se encuentra instituido en el artículo cuarto constitucional, más sin embargo, ese derecho se ha malinterpretado porque no es el derecho a la salud, es el e a la protección de la salud, porque alguien que ha nacido con una deficiencia mental o algo, por decreto se diría que tiene derecho a la salud. Sin embargo no es así, constitucionalmente no puede ser así, tener derecho a la protección de la salud, eso si es viable, y esto es tener acceso a un buen servicio médico, a un buen trato, pero no todos tienen ese derecho, se presupone, sobre todo que la clase trabajadora. Sin

embargo, por la cantidad de pacientes que ingresan a las instituciones públicas eso hace que se vuelva difícil, no debiera ser así porque se supone que para eso se destinan recursos, que se destina un gasto en salud, más sin embargo, no están cubiertas todas las necesidades de salud para toda la población. Y no sólo me refiero a medicamentos, también los médicos tendríamos que dar mucha educación porque un medicamento puede volver un poco el estado de salud, pero toda la información que no se da pues ahí queda.

-¿De qué forma, la falta de recursos económicos y humanos repercuten en la atención ofrecida a los pacientes?

-Pues si repercute, repercute definitivamente porque tan solo en el caso de este programa, si no hay medicamentos para el dolor pues como podemos ayudar a un paciente que tiene un dolor real, que puede ser un dolor por cáncer, o un dolor por cualquier otra enfermedad terminal por ejemplo, y eso pues si afecta, por más que hablemos con el paciente si no existe ese recurso pues si afecta. Y a veces la mayoría de las personas no puede comprar ese medicamento porque desafortunadamente en nuestro país hay mucho esa carencia, y repercute en todas la personas que tienen derecho a ese servicio, pero donde no hay todo lo que se les pudiera ofrecer.

-¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?

-Pues para las instituciones siempre será la cantidad, siempre se habla de números y se ha dejado de lado la calidad, no se capacita al personal en esa parte porque eso no importa mucho. Si se tiene treinta o cuarenta pacientes en una institución médica, pues se deben atender, no importa el cómo, el chiste es que sea rápido, hay que cubrir metas, números, y pues eso afecta la calidad.

-¿Cómo considera la atención que reciben los pacientes en este hospital?

-Pues del hospital en general yo no te podría decir porque me ha tocado ver situaciones en las que no me ha parecido el trato a los pacientes, pero hay muy buenos médicos, médicos que tienen la calidad humana, atienden esa parte curativa pero aparte tienen es relación médico-paciente. En este programa definitivamente la atención tiene que ser como la parte fundamental para esa atención con humanismo, nos interesan más las personas que todo lo demás, porque la enfermedad es una etapa difícil de la vida, y las

personas que estamos aquí hemos entendido esa situación y tratamos de que haya una buena relación, hacer lo mejor que podemos tanto a nivel profesional como con medicamentos, pero eso solo se da en este programa, no podría hablar de todo el hospital.

Médico 2

Profesión: Médico general con especialidad en medicina interna y geriatría.

-¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?

-Este es un servicio de atención domiciliaria, en el cual procuramos que la comunicación con el paciente y con su familia sea la adecuada, eso significa que tiene que ser una comunicación eficiente. Sabemos que esto es muy importante y por eso nos enfocamos a que exista esa comunicación.

-¿La comunicación entre los pacientes y el personal de salud es recíproca?

-Depende del caso porque hay muchos pacientes que les cuesta mucho trabajo abrirse y pacientes que les cuesta trabajo comunicarse, y familias que también. Al familiar le cuesta mucho trabajo eso, o ellos mismos bloquean la comunicación del paciente con el personal de salud por mitos que existen. Porque si saben cuál su diagnóstico, un diagnóstico de gravedad, o un diagnóstico que va terminar con su vida, ellos tratan de ocultarlo, lo que hace que el paciente no pueda comunicarse, porque se da cuenta que les están cortando esa comunicación y no, la familia no quiere que se comuniquen y viven en un silencio mutuo. Todo mundo conoce las cosas pero nadie habla de ellas. Entonces eso si dificulta y bloquea con nosotros como con los pacientes, como con los familiares que están a cargo nuestro, pues si bloquea esa comunicación.

-¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?

-Yo creo que el hecho de que nosotros los trabajadores de la salud, médicos, enfermeras, los que atendemos a los pacientes, no nos damos el tiempo para comunicarnos, no damos la importancia de esa comunicación. Sin embargo, en este servicio en el que atendemos a pacientes terminales, sabemos que si tiene mucha importancia. El dolor emocional en nuestros pacientes es a veces más importante que el dolor físico, el dolor físico es muy fácil controlado con medicamentos médicos pero el dolor emocional no. Requiere tiempo, hay que dedicarle tiempo para que el paciente pueda comunicarse, pueda hablar y sacar toda esa serie de cosas que ahí están lastimando.

-¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?

-Es muy importante, sobre todo porque es la vía principal o el acceso inmediato para establecer una relación satisfactoria con el paciente, siempre se habla de que la comunicación es y debería ser la base principal para hablar con los pacientes. Sin embargo, el tiempo, o quizás la falta de experiencia del personal de salud en cuanto al cómo establecer una buena y efectiva comunicación propicie la falta de esta comunicación, esto no quiere decir que no se hable con los pacientes, pero a veces hay ciertos factores que impiden que se lleve a cabo esa comunicación y no nos damos cuenta de la importancia que tiene la comunicación con los pacientes.

-¿Cómo define la relación médico-paciente?

-La relación médico-paciente es precisamente, la palabra lo dice, el cómo se relacionan esas dos personas, porque somos personas, los dos tenemos toda una carga emocional, a unos con conocimiento médico para atenderlos y a otros porque, o confían, o desconfían mucho del médico que los atiende, pero la base de la atención del paciente está en la comunicación y por supuesto de esto va depender de que se pueda atender bien a un paciente. Pero es eso, la comunicación es la base para que el paciente realmente pueda aclarar las dudas que tenga con respecto a su salud, a su enfermedad y a lo que está viviendo. Y que el médico está abierto a escuchar y entender la problemática del paciente, no importa cuál sea, no podemos valorar si es más o menos importante, porque lo que cada paciente vive es grave e importante aún cuando haya otro paciente que tenga una enfermedad más grave, pues no por eso la de él va a ser menos grave o menos importante, la de él es la más importante, la del otro es para el otro.

-¿En esta relación, aún predomina el modelo hegemónico?

-En muchos casos sí, somos personas, los médicos somos personas, a veces no nos preparamos lo suficiente para entender que solamente somos quienes decidimos dedicarnos a paliar a un enfermo, y no somos superiores a él, sólo nosotros tenemos los conocimientos de la medicina, pero esta precisamente para servir al paciente.

Entonces no tenemos que ser ni el papá ni la mamá del paciente, ni tenemos que ser el que está arriba, tenemos el mismo nivel y el paciente viene a poner en nuestras manos lo más valioso que es su salud y su vida. Por lo tanto, no debemos nosotros anteponer nuestra vanidad de que somos profesionistas, especialistas o súper especialistas y que por

eso somos más que el paciente, solamente que hacemos un trabajo diferente, pero nosotros existimos por y para el paciente. Debemos de fomentar el hecho de que la atención no sea hegemónica, no sea paternalista, el paciente tiene que participar en sus decisiones de tratamiento, debe de conocer su enfermedad y su pronóstico, y él aceptar sus tratamientos o no. No es solo porque nosotros le indiquemos.

-¿Por qué la mayoría del personal de salud no sabe comunicar una mala noticia?

-En primer lugar por desconocimiento, y en segundo lugar por miedo. No nos preparamos el personal de salud, no nos preparamos para malas noticias y nos da miedo. Es muy bonita dar puras buenas noticias. Entonces a todo mundo le gusta dar buenas noticias, y cuando se trata de dar malas noticias huyen, huyen, prefieren no hacerlo, pero es solo porque no estamos preparados, porque no queremos prepararnos porque nos da miedo, miedo.

-¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo?

-Durante la instrucción, durante la carrera del médico, siempre se dice que la relación médico-paciente es la parte más importante de la carrera porque trabajamos con personas, no con máquinas, si aún cuando la tecnología se incrementa sigamos necesitando al ser humano. Siempre nos dicen que la relación médico-paciente es lo más importante pero no hay una materia que nos enseñe como debemos comunicarnos, como debemos darle información adecuada al paciente, como encontrarla, si se menciona durante todos los años que si es importante, pero sí creo que hace falta que se enfoque bien a enseñar al estudiante y al médico como llevar a cabo esa comunicación con el paciente, falta un poquito de eso todavía.

-¿El uso de la tecnología en la práctica médica, beneficia o afecta el trabajo clínico?

-Eso depende de cómo use uno la tecnología, uno como médico, porque la tecnología si nos va ayudar, pero no sustituye a la parte emocional. Nuevamente repito que trabajamos con personas, no con máquinas, no son cosas. Si necesitamos de esa tecnología para hacer mejores diagnósticos, para hacer mejores tratamientos porque la medicina no es una ciencia pura, también es un arte. Entonces el cómo hacemos esa medicina depende de cada uno de nosotros. Entonces yo creo que la tecnología nos sirve y es muy importante,

pero de nosotros depende como usarla. A veces podemos curar más si escuchamos al paciente, si lo vemos a los ojos, si hablamos y nos ve que le ponemos atención, porque la comunicación no es solo verbal, también existe un lenguaje no verbal que le paciente es muy sensible a él, y uno puede estar diciendo que nos interesa y con nuestra actitud demostrar lo contrario. Entonces ahí ya no sirve que le haya yo hecho el estudio más caro y más tecnológico si al momento de que tengo la entrevista con él no le demuestro que él para mí es importante. Y es eso, saber utilizar la tecnología.

-¿La utilización de tecnología en la medicina deshumaniza al médico?

-No si nosotros no nos dejamos, el médico no tiene porque deshumanizarse. Debemos de tener que seguir teniendo esa sensibilidad para entender al paciente y entender a su familia. No podemos vivir los duelos de los pacientes y los familiares porque entonces perderíamos la objetividad como médicos, tenemos que seguir siendo objetivos. Entonces tenemos que seguir y poder atenderlos, pero si nosotros estamos viviendo el mismo duelo del paciente y el familiar ya no lo podemos ayudar. A veces se malinterpreta la deshumanización, se dice que si nosotros no lloramos y no sufrimos igual es que estamos siendo deshumanizados y no, tenemos que ser sensibles al dolor del paciente y de su familia, entenderlo y estar para apoyarlo. Eso lo tiene que saber el paciente, pero claro uno mismo pues también manejar nuestro propio dolor, nuestra propia problemática, para no estar espejeándonos en el paciente y entonces nos duele tanto que preferimos huir, porque todos huimos del dolor. Entonces mejor nos vamos en lugar de quedarnos con el paciente y apoyarlo.

-¿El acceso a los servicios de salud, se ha vuelto asunto mercantil o sigue siendo un derecho que por ley tienen algunos derechohabientes?

-Por ley tienen el derecho y yo creo que eso se mantiene, la práctica es que los servicios de salud y las instituciones tienen una demanda muy alta, y entonces a veces nos sobrepasa la demanda a lo que podemos dar, y eso este, se puede tomar a como que no damos todo lo que le paciente merece, porque todos se merecen lo mismo. Por supuesto que existe la otra parte, el mercantilismo, habremos de todo como personas y habrá quien si hace de la medicina un negocio. Yo creo que todo servicio de cualquier tipo, sea técnico o profesional lleva un honorario, genera un honorario eso es lo normal. Si uno es médico, lo único que sabemos hacer es medicina y por lo tanto si se tiene que cobrar, pero eso no

quiere decir que es mercantilismo, porque si doy una mala atención a costos que el paciente ni siquiera puede pagar. Y en México sigue existiendo la seguridad social, entonces ahí ya no está el mercantilismo.

-¿De qué forma, la falta de recursos económicos y humanos repercuten en la atención ofrecida a los pacientes?

-Muchísimo porque aún cuando uno no quiera darle importancia a lo económico por supuesto que lo tiene. Si yo no tengo dinero para comprar mis medicamentos me va afectar. Si a la institución no le alcanza el presupuesto para comprar todos los insumos que se requieran para atender al paciente, pues va afectar, el dinero es importante. Aunque uno dice que la salud es más importante, es que las personas son más importantes, pero si no se tiene el dinero no se pueden comprar medicamentos, no se puede pagar al personal.

Obviamente sino hay personal a cada médico le toca ver a un mayor número de pacientes, y repercute en una atención, sino mala de menor calidad. No es lo mismo que yo le dedique mayor tiempo a mi paciente, a que tenga que dedicarle nada más diez minutos porque cada diez minutos tengo citados pacientes. Entonces, ¿Cuándo me voy a poder comunicar con él? ¿Cuándo lo voy a ver? Y claro ¿Cómo lo voy a recibir en diez minutos? Entonces esto si influye.

-¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?

-En la teoría es la calidad, en la práctica es la cantidad, sí porque nos dicen que debemos dar calidad y calidez, pero nos ponen pacientes de a montón. En donde no se puede dar una calidad y una calidez en cuestión de tiempo, pero también depende de lo que uno quiera ofrecer porque yo puedo dedicarle de todas maneras poco tiempo al paciente, y de mala gana y de mala forma, y el otro tiempo dedicarlo a otra cosa. Y entonces sale lo mismo, voy a estar dando mala calidad aunque tenga yo el tiempo. Entonces, lo ideal es que podamos dar las dos cosas; cantidad y calidad porque si no damos las dos cosas, y solo damos cantidad, hay muchos pacientes que están demandando la atención en una institución. Entonces, tenemos que verlos a todos, hay que dar cantidad y calidad, se pueden las dos cosas.

-¿Cómo considera la atención que reciben los pacientes en este hospital?

-Bueno si yo hablo de mi servicio les voy a decir que la atención es buena, y eso se corrobora. No tenemos la protesta de ningún familiar y de ningún paciente, al contrario nos agradecen de muchas formas; verbalmente, con detalles, con muchas cosas por lo que hacemos, nos dan bendiciones diarias, nos agradecen aún cuando su enfermo haya fallecido. Eso quiere decir que le damos una buena atención, pero aquí solo somos un servicio dedicado a ver pacientes terminales, ver pacientes crónicos, y estamos bien convencidos de que lo que hacemos es lo que queremos, que lo que hacemos es bien importante.

Entonces, estamos aquí, pero hablando de todo el hospital, bueno si sabemos que hay muchas quejas porque se dice que el hospital está saturado, porque en los pisos sobre todo en medicina interna, hay muchos pacientes, hay poco personal. Y eso la gente lo resiente. Y de la comunicación la gente es de lo que más se queja, y la familia porque a lo mejor el paciente esta grave y no se puede quejar, la familia de lo que más se queja es de que el personal de salud no se comunica con ellos, no les informa, no les dedican tiempo, no los ven, no los ven a la cara y ni les hablan. Si ven al paciente, el paciente está bien tratado, pero son solo tiene que estar bien tratado sino que tiene que hacérsele sentir que aquí esta. Entonces, hay que hablar con el familiar, aclararle sus dudas porque es muy importante, y no solo ver al paciente, y que se le ponga el mejor tratamiento. Entonces, yo creo que la atención en este hospital es buena, pero todavía adolecemos de alguna deficiencia.

Médico 3

Profesión: Médico Familiar, Gerontóloga.

-¿Cómo es la comunicación que se tiene con los pacientes?

-Pues, siempre vamos a tratar de que la comunicación sea de una manera directa. Nunca tratamos de engañar a los pacientes. Los pacientes aquí saben su diagnóstico, ellos lo manejan, lo conocen, y los que no, pues tratamos de que lo que ellos nos preguntan contestarles de manera concreta, concisa, y lo que ellos quieran saber; si desean conocer su diagnóstico, eso para nosotros es muy importante.

-¿La comunicación entre los pacientes y el personal de salud es recíproca?

-Sí, lo que respecta a este programa siempre tratamos de que el paciente hable. Es lo que más nos interesa porque ya traen su diagnóstico establecido de ellos. Entonces dejamos que el paciente hable, se exprese, y que es lo que desea. En cuestión de su tratamiento si ya establecido continuamos con su tratamiento establecido, y si no creo que nosotros respetamos mucho el derecho de opinión de ellos, preguntándoles lo que quieren atendiendo sus necesidades que les ofrecemos en este programa.

-¿Cuál es el principal factor que afecta la comunicación con los enfermos?

-Este, muchos siempre se va a manejar el factor tiempo que tiene uno para ofrecerles a cada uno de los pacientes por consulta. Pero para nosotros este es un programa nuevo que brinda mucho apoyo, principalmente a este tipo de pacientes que son terminales, y este, tratamos de que exista buena comunicación de parte de ellos hacia nosotros, para que ellos sientan confianza y para preguntar lo que ellos desean saber. Y nosotros aquí les brindamos el tiempo necesario para con ellos, eso es un factor muy importante que por el tipo de programa creo que si se los damos.

-¿Qué tan importante es la comunicación en la relación médico-paciente?

-Desde que iniciamos nosotros como médicos la carrera, este, nos enseñan, creo que sí, bueno tenemos presente el saber que tenemos que tener una buena relación médico-paciente, eso nos dará mayor calidad y ayudará al paciente a tener la confianza de estar con nosotros, y nosotros a veces, como por ejemplo aquí cuando ya no tenemos más medicamentos que los curen, porque si tenemos los medicamentos para ayudarles a que su padecimiento se controle, y ellos se van a sentir bien porque les estamos brindando los medicamentos, la comunicación y la atención que ellos necesitan, eso para ellos va ser como un factor de cura.

-¿Cómo define la relación médico-paciente?

-Lo que respecta a este programa puedo decir que es muy buena nuestra relación médico-paciente porque no solo les dedicamos el tiempo que nos marca un programa como el sector salud. Sino que les brindamos el tiempo, el espacio, y lo que ellos quieran expresar, les damos el tiempo mal paciente, y es lo que brindamos en este programa.

-¿En esta relación, aún predomina el modelo hegemónico?

-No, este, no, en este programa es una de las relaciones que tenemos muy presente; el que sepamos qué es lo que el paciente quiere, a que viene con nosotros, que le duele, que le atañe. Para que nosotros le podamos ayudar. Yo en lo personal trate de que el paciente hable todo lo que él quiera, y ya en el momento en el que tengo que intervenir lo hago, pero siempre dejo que el paciente exprese todo lo que necesita, que saque todo lo emocional, que es muy importante por el tipo de paciente que manejamos.

-¿Por qué la mayoría del personal de salud no sabe comunicar una mala noticia?

-Porque desafortunadamente durante el trayecto de toda la carrera no nos enseñaron a manejar esos aspectos, este, de cómo dar un mala noticia, eh, y muchos tienen esa, este, hasta cierto punto tienen miedo a enfrentar ese tipo de noticias que sabemos que en algún momento nos van a tocar. Pero a algunos les da más miedo que otros. Nosotros hemos tenido que tomar algún tipo de adiestramiento sobre este tipo de situaciones para poderla enfrentar como es. A lo mejor aquí utilizamos lo que es el ciclo de la enfermedad. Y el diagnóstico malo se los decimos de una manera más suave en cuanto a su enfermedad, pero si tenemos adiestramiento para esto.

-¿Cómo se prepara a los médicos en lo académico para poder establecer una comunicación con el enfermo?

-Eh, desde que inicia uno la carrera nos enseñan un apartado sobre la relación médico-paciente, eh, el cual muchos no van a ser muy buenos para tener esta relación. Pero creo que la preparación la va dando la experiencia que cada uno va adquiriendo en el transcurso de nuestra carrera profesional. Y pues, es de suma importancia para que haya esa relación médico-paciente, más cuando uno los debe de entender, se hace una, eh, necesita uno ponerse en el lugar de los pacientes para saber qué es lo que están sintiendo

-¿El uso de la tecnología en la práctica médica, beneficia o afecta el trabajo clínico?

-Pues, es una herramienta que es básica para llegar a un diagnóstico correcto del paciente, pero no es lo fundamental, es más importante la clínica que es la que nunca se debe de perder, y tenemos que estar en práctica todos los días.

-¿La utilización de tecnología en la medicina deshumaniza al médico?

-No tendría porque, sino al contrario si es para dar una buena noticia en el diagnóstico del paciente, pues es bueno, pero si es una mala, hay que saber manejar eso, y cada uno saber cómo decirlo, pero al contrario es de suma ayuda pero la tecnología no es lo más importante.

-¿El acceso a los servicios de salud, se ha vuelto asunto mercantil o sigue siendo un derecho que por ley tienen algunos derechohabientes?

-Bueno, en lo que respecta al sector salud es fundamental, ese es un derecho de los pacientes, ellos cuentan o contamos a nivel institucional con varios métodos tecnológicos para llegar a un diagnóstico certero, y del cual todo paciente tiene derecho y obligación a saber sobre su padecimiento y su diagnóstico.

-¿De qué forma, la falta de recursos económicos y humanos repercuten en la atención ofrecida a los pacientes?

-Eh, como había comentado en una pregunta anterior lo económico, pues aquí si lo requiere el paciente no se escatiman en realizarle todos los estudios necesarios pertinentes, y lo que si repercute en las relaciones humanas, aquí si va haber mucho deterioro. En muchos trabajadores de la salud, eh, no tienen esa sensibilidad de manejarse para con los pacientes. Bueno, a veces uno dice que desafortunadamente no han pasado por una mala experiencia como los pacientes, y lo que está viviendo, lo que está sintiendo, pues, ellos nunca saben lo que significa, y por eso ellos a veces pierden esa humanidad. Pero creo que todavía existimos varios que comprendemos su sufrimiento y los ayudamos a superarlo.

-¿En las instituciones de salud, que es más importante, la calidad en la atención al paciente, o la cantidad de enfermos atendidos?

-Pues, hablando en específico de nuestro servicio, creo que nosotros hemos ofrecido mucha calidad en la atención, no vemos en cantidad, y en los hospitales siempre lo más importante son los números, pero aquí, no este, no interesa un paciente que no nos requiere tanto, pero si existe un paciente que esta grave y que necesita que lo ayudemos, y que necesita más de nuestra atención, nos avocamos más a él. Y por lo tanto en el programa se ofrece la atención con calidad y humanidad. Así lo hemos clasificado, es fuera de lo normal, cuando en otro lado como lo es urgencias, medicina interna, creo que

este programa es otra cosa que está ayudando a mucha gente. Sobre todo a este tipo de pacientes terminales.

-¿Cómo considera la atención que reciben los pacientes en este hospital?

-En particular creo yo que nuestro programa es maravilloso, así lo puedo catalogar porque estamos brindando lo que muchos pacientes necesitan. Dicen que nunca nos educaron durante toda nuestra formación profesional para ayudar al paciente terminal, al paciente moribundo. Y aquí hemos visto que este tipo de pacientes también necesitan de un médico, y en eso nosotros nos hemos preparado para ayudarles. Y bueno, cabe mencionar que aquí no llegan los médicos casi, casi al azar, nosotros tenemos cierto perfil y por eso estamos en este programa. Y ya en cuanto al hospital en sí, pues, siempre va existir la comunicación y atención buena y mala.

