

La comunicación humana y su relación con la queja médica

Human communication and its relationship with the medical complaint

Enrique Camarena-Robles¹, Francisco Hernández-Torres¹, Germán Fajardo Dolci²

RESUMEN

La queja médica es un concepto que puede analizarse desde varias dimensiones. Dependiendo de cómo se la quiera abordar, su análisis definirá el tipo de clasificación; dichas clasificaciones son las que se encuentran en los diversos textos publicados en los que se aborda el tema. Por ejemplo, sería el caso (bidimensional) de saber si soluciona o no un problema médico (subjetiva y objetivamente), en qué momento del acto médico emerge la queja y si hay o no satisfacción en la forma de recibir el trato por parte de los profesionales de la salud. En este último rubro es donde destaca y está inmersa la multitudada relación médico-paciente. Curiosamente, al citar esta relación como causa de la queja en las clasificaciones publicadas, aquella no aparece en los primeros lugares; y no porque carezca de importancia, sino por la forma en que se organiza la semántica o ángulo de análisis fenomenológico, de la propia clasificación de la queja. La relación médico-paciente en sí posee una infinidad de variables, muchas de ellas inscritas en fenómenos como la personalidad del médico o la personalidad del paciente, o la psicopatología del médico o la del paciente. Como quiera que sea su dimensión y por ende, la forma de conceptuarse, la comunicación entre estos dos actores tiene una importancia y trascendencia que debe ser analizada y comprendida a cabalidad. En

este artículo se revisa la teoría de la comunicación y su relación con la queja médica.

Palabras Clave: queja, lenguaje, comunicación verbal y no verbal, metacomunicación, queja médica.

ABSTRACT

The medical complaint is a broad concept that can be analyzed from several dimensions. Depending on the chosen approach, the analysis will define the type of classification, and these are the ones found in various published texts on the matter. For example it would be the case (two-dimensional) to know it does or does not solve a medical problem (subjective and objective), at what time of the medical act the complaint arises and whether there is satisfaction or not with the way patients are being treated by health professionals. The latter category is where the commonly used term of doctor-patient relationship is involved. Interestingly, when quoting this relationship as grounds for the complaint in published rankings, this does not appear in the first place; not because it is not important, but because of the semantic organization or angle of the phenomenological analysis of the very own classification of the complaint. The doctor-patient relationship has an infinite number of variables

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Folio: 143/11

Artículo recibido: 19 de agosto de 2011

Artículo aceptado: 20 de octubre de 2011

Correspondencia: Dr. Enrique Camarena Robles, Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México, D. F. Correo electrónico: ffernandez@conamed.gob.mx.

on its own, many of them embedded in phenomena such as the doctor's or patient's personality, or else the doctor's or the patient's psychopathology. At any dimension, and therefore in any form of conceptualization, communication between these two actors has an importance and significance that must be analyzed

and understood fully. This article makes a brief review of communication theory and its relationship with the medical complaint.

Key words: complaint, language, verbal communication, nonverbal communication, metacommunication, medical complaint.

INTRODUCCIÓN

Uno de los análisis realizados para tener un panorama general de las características y naturaleza de la información de las quejas que se presentan en la CONAMED, abordó el fenómeno bajo tres perspectivas: los motivos principales de las quejas, la fase de atención médica en donde se ubica la queja, y el tipo de servicio de salud al que pertenecen los pacientes que presentan las quejas. La variable "motivo de queja" se refiere a la razón por la cual se quejan los usuarios^{1,2} y no a la incidencia de problemas médicos encontrados en los análisis técnicos de las quejas³. En aquella investigación de 2003, se incluyeron únicamente aquellos asuntos de la Comisión que se referían a quejas radicadas; es decir que se dejaron de lado las asesorías, los casos solucionados por vía de gestiones inmediatas y los dictámenes periciales. De ese reporte, nos referiremos al primer rubro: el motivo de la queja, en donde los problemas de comunicación ocuparon el séptimo lugar en este estudio, y sólo abarcaron el 2.6% del motivo global de las quejas recibidas en CONAMED (por debajo de: impericia, incidentes, complicaciones, procedimientos innecesarios, insatisfacción del paciente y maltrato). A pesar de no destacar como un problema primordial en el reporte citado, la comunicación aparece como un asunto que bien podría estar inmerso al menos en dos de los motivos de queja referidos: insatisfacción y maltrato. En las siguientes líneas se hará un breve análisis de los aspectos teóricos de la comunicación humana, y de cómo su distorsión, desviación u omisión pueden influir en la queja médica.

Generalidades sobre la Teoría de la Comunicación en relación con algunos aspectos de la queja médica

La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite información de una entidad a otra. Los procesos de comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de los mismos, y tienen reglas semióticas en común (símbolos y signos con significados específicos y habituales dentro de una cultura, etnia o grupo social).

Por convención, se puede definir a la comunicación

humana como un intercambio de pensamientos, sentimientos, razones, o cualquier otro tipo de información mediante signos o señas corporales, el habla, la escritura u otro tipo de medio físico registrable u observable. Una forma más sencilla de clasificarla, es en términos de una expresión verbal y otra no verbal. Todas las formas de comunicación requieren de un *emisor*, un *mensaje* y un *receptor*, pero este último no siempre estará consciente del intento comunicativo por parte del emisor, para que el acto de comunicación se realice. En dicho proceso, el emisor incluye información en un paquete y lo canaliza hacia el receptor a través de un medio. Una vez recibido el mensaje, el receptor lo decodifica y puede proporcionar una respuesta, aunque ésta no siempre resulta perceptible o evidente a los ojos del observador. En ocasiones puede emitirse a través del lenguaje hablado algo que se quiere comunicar, pero la actitud corporal y gestos faciales (comunicación no verbal) no es congruente con lo que alguien emite verbalmente. Es aquí cuando entramos al tema de las quejas que los usuarios de servicios médicos pueden presentar en contra de los prestadores de servicios de salud, que pueden derivarse de lo que Watzlawick y colaboradores⁴ llaman "pautas de comunicación patológica". Ellos afirman que los esquemas de descalificación recurrente en familias con relaciones patológicas, implican la transmisión de mensajes con una descalificación que invalida. Un ejemplo sería cuando el padre o la madre invalidan cualquier mensaje del hijo, por muy sincero o legítimo que sea. La recurrencia de estos mensajes, orillan a la persona hipersensible a que su conducta sea controlada por otro u otros. La descalificación, además de causar el enojo en el familiar por percibirla como rechazo a su afirmación, provoca sentimientos de control.

Aunque lo antes expuesto se refiere a las familias, esta forma de relación patológica se puede replicar en la relación médico-paciente, ya que el médico por su posición de autoridad, simboliza la figura del padre.⁵ El médico tratante puede, con una simple actitud corporal (no verbal), desaprobando la afirmación o la conducta verbalizada por un paciente, sin que el primero perciba esto como una desautorización. Un ejemplo sería el

caso de un paciente que le transmite a su médico sus estilos de prácticas sexuales (quizá poco comunes, pero no por esto amorales) ante lo cual el médico en posición de escucha atenta (“atención flotante”) expresa un gesto que el emisor interpreta como de desaprobación franca, lo cual incomoda al paciente porque lo hace sentirse juzgado o criticado. Otro ejemplo sería cuando un médico explora a su paciente en el área precordial; el primero refleja en su rostro una expresión de asombro que lleva al paciente a una situación de angustia y miedo, ya que esa expresión puede significar una señal de peligro, máxime cuando se explora este órgano vital y todavía no hay un diagnóstico presuncional. En ambos ejemplos, la actitud del médico puede derivar en una queja por parte del paciente; el primero, por sentirse juzgado sin fundamentos, y el segundo, por haberle despertado un sentimiento de alarma dada la actitud de sorpresa y angustia que el médico le ha transmitido. Más adelante entraremos en detalle en este tema al revisar algunos aspectos teóricos de la comunicación.

En la comunicación humana vemos un gran cúmulo de signos y símbolos cimentados en el carácter y el temperamento, elementos clave de la personalidad y que forman parte de ella. Una comunicación “atropeçada” y con actitud imperativa puede resultar “normal” o adecuada en determinados grupos humanos, pero en otros este tipo de comunicación podría ser interpretada como una forma “grosera” o “humillante” de expresarse. La manera de comunicarse es aprendida, y por ello forma parte de la “expresión cultural” de una comunidad. En algunas familias, el “gritarse” las órdenes o instrucciones puede ser moneda de uso corriente, mientras que otras no permiten ni toleran esta forma de expresión.

El médico debe estar muy atento a estos elementos culturales, a veces no tan fáciles de entender, sobre todo en países donde se cuenta con multiplicidad de etnias y culturas, como es el caso de México, y otros países con grandes poblaciones de inmigrantes. Por otro lado, en la relación médico-paciente se da una serie de fenómenos emocionales que influyen en la forma como se emiten los códigos; así, los canales pueden ser distorsionados en el propio proceso comunicativo. Por ejemplo, si el receptor (paciente) está esperando una respuesta que considere acorde con su expectativa positiva sobre la naturaleza de su padecimiento, pero el emisor (médico) no transmite lo que espera el paciente (aunque esta comunicación esté bien fundamentada en un diagnóstico nosológico con bases científicas); este último puede distorsionar el contenido del mensaje al negarlo o rechazarlo como válido. A medida que la naturaleza del padecimiento es más grave, el nivel de negación emocional del paciente también se incrementa, lo que produce una mayor distorsión, en

el mejor de los casos, o incluso se llega a una descalificación casi total de lo que el médico transmitió o trató de transmitir. El médico deberá estar atento a estos fenómenos emocionales, para que con sensibilidad y empatía pueda y sepa distinguir la negación como un fenómeno humano, y encontrar entonces formas más gentiles y convincentes de transmitir noticias malas o impresionantes, tales como la presencia de un cáncer o una enfermedad degenerativa incurable. Es indudable que también existen espacios y tiempos para comunicar noticias desagradables o dolorosas; más adelante se profundizará en este tema.

Las condiciones de la comunicación humana y su relación con la queja médica

Dado que todo comportamiento, y en particular el que se da entre médico y paciente, posee un valor de comunicación, será necesario empezar por exponer algunos principios básicos de la Teoría de la Comunicación Humana desarrollados por Watzlawick et al., y que nos servirán para comprender con mayor amplitud el contexto relacional que se da en esta diada peculiar para que se genere una queja.

La relación clínica constituye una fuente crítica de satisfacción para los pacientes, así como una variable que distingue al grupo de médicos satisfechos e insatisfechos con su profesión. La literatura muestra que la relación y comunicación médico-paciente produce beneficios para la salud psicológica y física del paciente, y aumenta su confianza y compromiso. Así mismo, los problemas en la relación son un factor crucial en la decisión para cambiar de médico o iniciar acciones legales en contra de los facultativos.

Axiomas de la comunicación

A partir de los trabajos de Bateson⁶, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación adoptaron un enfoque sistémico, donde se afirma que toda conducta es concebida de manera relacional y representa una forma de comunicación. La comunicación posee algunas propiedades de naturaleza axiomática (propuestas por Beavin, Jackson y Watzlawick) que se enumeran a continuación y que llevan implícitas consecuencias fundamentales para el estudio de las relaciones humanas. (Estos axiomas son propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas.)

1. Es imposible NO COMUNICARSE.
2. Toda comunicación tiene un nivel de CONTENIDO y un nivel RELACIONAL.
3. La naturaleza de una relación depende de la forma de PUNTUAR o PAUTAR LAS SECUENCIAS de co-

- municación que cada participante establece.
4. Las personas utilizan tanto la comunicación DIGITAL como la ANALÓGICA.
 - a. Digital: la que se transmite por medio de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación.
 - b. Analógica: vendrá determinada por la conducta no verbal (gestos, simbologías...) y será el vehículo de la relación.
 5. Todos los intercambios comunicacionales son SIMÉTRICOS o COMPLEMENTARIOS, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

En las siguientes líneas comentaremos los dos primeros puntos con relación a la queja médica, ya que los tres restantes están inmersos en el contenido de este artículo.

La imposibilidad de no comunicar

No hay nada que sea lo contrario de conducta. La “no-conducta” no existe; es una entelequia útil para establecer comparaciones teóricas. En una situación de interacción real, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, constituye una comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre idéntico valor de mensajes: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, entonces, también comunican.

Ahora, entremos al tema de la comunicación médico-paciente y de los incidentes o vicisitudes a las que está sujeta esta dualidad. Si nos apegamos a aquellos postulados teóricos, diríamos que la expectativa del paciente cuando acude a consulta, abarca una constelación de posibilidades que va desde la aclaración de un grupo de dudas alrededor de su padecimiento (que mitigará su elevada incertidumbre y por ende, angustia), hasta la búsqueda de palabras de consuelo que mitigarán el sufrimiento que experimenta alrededor de su padecimiento. Sin importar que exista o no un diagnóstico específico, la actitud de escucha atenta, empatía franca (sentir lo mismo que el paciente; una forma simplista de definirlo es “ponerse en los zapatos del otro”) hacia las emociones, y la comprensión de sus problemas por parte del médico tratante, son elementos centrales que deben existir en esta relación. El hecho de ver a los ojos al paciente, en un clima de silencio y armonía, que permita desahogar sus emociones y sentimientos, que giren alrededor de una posible enfermedad, es algo que por sí solo resulta terapéutico.

Es así que ese primer axioma define con toda claridad cuando no se cumplen estos principios, y explica uno de los motivos centrales de queja de los pacien-

tes. Expresiones como “ni siquiera me puso atención”, “se mostraba indiferente a lo que yo le transmitía”, “ni siquiera me veía a los ojos”, son ejemplos claros de la falta de cumplimiento de este primer axioma. Esta falta de conexión entre el médico y el paciente, despierta una serie de sentimientos negativos que obstaculizan el inicio de un buen vínculo entre los dos actores.

El rechazo es quizás uno de los sentimientos más dolorosos que experimenta un ser humano. Por tanto, una actitud desatenta puede ser interpretada como rechazo, y contaminar la relación que se debe establecer entre el médico que escucha y el paciente que debe ser escuchado. De acuerdo a lo antes descrito, antes de que el médico exprese abiertamente su sentir o pensamiento, su actitud ya está comunicando algo.

Toda comunicación tiene un nivel de CONTENIDO y un nivel RELACIONAL

La queja médica se puede originar tanto por razones del contenido como del estado en el que se suscita la relación, en este caso, entre el paciente y el médico. No es raro que los usuarios de servicios de salud se quejen de no haber comprendido la explicación del médico. Quizá la explicación puede estar bastante bien fundamentada en principios científicos; sin embargo, el médico no detecta el nivel de información y educación del paciente, o no percibe la cultura o la subcultura a la que pertenece. En el Hospital Val de Bron, en la ciudad de Barcelona, el Jefe del Servicio de Psiquiatría (Dr. Miguel Casas) refería con cierta preocupación, las grandes dificultades para comunicarse con los pacientes provenientes de países islámicos y de los países del área subsahariana. Esta dificultad en la comunicación les impedía recibir una atención adecuada de sus necesidades en materia de salud. Este es un claro ejemplo de cómo las diferencias culturales, aun usando el mismo idioma, pueden constituir un verdadero obstáculo para establecer una relación terapéutica eficiente, por problemas de expresión e interpretación.

¿Cuándo y dónde debemos decir la verdad?

La pregunta parece simple, parecería que bajo cualquier circunstancia, el médico tiene la obligación de decir la verdad a su paciente, por más catastrófica y de mal pronóstico que resultare. Sin embargo, hay varias formas de decir la verdad, hay momentos adecuados e inadecuados; hay diferentes sensibilidades de los pacientes, hay lugares apropiados e inapropiados. La fuerza “psicológica” (o fuerza “yoica”, en términos psicoanalíticos) de los pacientes depende de variables tales como: experiencias previas, carácter, temperamento, nivel de información, nivel de idealización de la

capacidad resolutoria de la Medicina y de sus médicos, entre otras a considerar.

Preparación personal y lugar físico: Para comunicar determinadas noticias se requiere tiempo. Es relativamente común que los pacientes quieran saber la verdad al instante (fenómeno lógico, sobre todo tras haber pasado por un lapso largo de incertidumbre), y quizás ellos esperen la comunicación a través del teléfono o del correo electrónico. El médico debe ser bastante asertivo y aclarar que estos medios no son los más adecuados, ya que una respuesta puede detonar una nueva infinidad de preguntas. El lugar donde se transmite la información debe ofrecer privacidad e intimidad, hecho en el que las instituciones deben poner el acento, a fin de propiciar las condiciones óptimas para una comunicación adecuada.

Exploración de la información que maneja el paciente: La paciencia del médico para comprender las fantasías, prejuicios, hipótesis e intuiciones, entre otros fenómenos del pensamiento humano, cuando se habla de una enfermedad delicada y de consecuencias graves, debe ser entendida y aceptada por el facultativo. Las descalificaciones tajantes y peyorativas hacia los pensamientos del paciente pueden lastimar sus sentimientos, y desde luego, desencadenar una queja por la atención médica obtenida. El paciente trae consigo una hipótesis más, regularmente fundamentada, alrededor de su enfermedad y vale la pena identificar su origen (lectura de un libro, opinión de un personaje con influencia sobre el paciente, pensamiento mágico de una cultura específica, como muchas de las que hay en América Latina). Inclusive algunas creencias mágicas, por muy absurdas que parezcan, deberán escucharse con paciencia, y lograr con argumentos sólidos y respeto, comunicar al paciente la verdadera naturaleza del problema. En muchos casos, estas hipótesis traen consigo a nivel del pensamiento inconsciente, procesos defensivos de negación, miedo y angustia; por eso el paciente se aferra a sus creencias, pues le resultan más confortables y menos catastróficas.⁷

Los niveles de contenido y de relación en la comunicación

Toda comunicación poseerá un contenido (aquello que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos.) A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación a la otra persona. Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento.

El "nivel de contenido" de un mensaje transmite "INFORMACIÓN". El "nivel de relación" se refiere a cómo la comunicación sirve para "definir" el tipo de relación

que se intenta establecer con el interlocutor.

En la comunicación humana observamos que esa misma relación existe entre los aspectos de "contenido" y de "relación": el primero transmite los "datos" de la comunicación, y el segundo, "cómo" debe entenderse dicha comunicación.

Toda comunicación implica un compromiso para el que la recibe, pudiendo rechazar, aceptar o descalificar la comunicación. Una actitud de prepotencia o de descalificación hacia el médico por parte del paciente, ya sea con actitudes corporales o expresiones faciales negativas, pueden generar el enojo o desconcierto del médico, lo que contribuye a generar tensión entre ambos. Este hecho por sí mismo contamina una buena comunicación, y desde luego que podrá derivar en una queja, aunque esta haya sido "disparada" por la actitud de desconfianza y descalificación del propio paciente. Como se podrá ver en este ejemplo, el paciente también puede contribuir a la génesis de una queja, que desde luego deberá ser analizada y manejada, si entendemos de dónde viene la actitud descalificadora del paciente. Una explicación hacia la actitud negativa descrita arriba, podría ser el caso de un paciente que desde etapas tempranas de su vida fue "maltratado" por los médicos y guarda rencor y resentimiento hacia todo lo que represente la imagen del médico, sin importarle ya de quién se trate.⁸

Cuanto más espontánea y sana es una relación, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación humana. Las relaciones "enfermas" se caracterizan por una lucha constante acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se vuelve cada vez menos importante.

Por ejemplo: Un matrimonio en terapia de pareja relató el siguiente episodio. El esposo, mientras se encontraba solo en el hogar, recibió una llamada de larga distancia de un amigo, quien le manifestó que se encontraba en esa ciudad durante unos cuantos días. El esposo invitó al amigo a pasar esos días en su casa, sabiendo que ello agradaría a su esposa y que, por lo tanto, ella habría hecho lo mismo. Sin embargo, cuando la esposa regresó se entabló una discusión violenta respecto a la invitación del marido. Cuando el problema se examinó en terapia, ambos cónyuges estuvieron de acuerdo en que esa invitación era la cosa más adecuada y natural. Estaban sorprendidos al comprobar que, por un lado, estaban de acuerdo y, sin embargo, "de algún modo" también estaban en desacuerdo respecto al mismo asunto. En realidad, hay dos problemas en esta disputa. Uno se refiere al contenido de las conductas adecuadas en una situación específica: la invitación; otro concierne a la relación entre los comunicantes (al planteamiento de quién tenía derecho a tomar la ini-

ciativa sin consultar al otro) y no podía resolverse tan fácilmente, pues presuponía la capacidad del marido y de la esposa para hablar acerca de su relación conyugal.⁸ En su intento de resolver el problema, esta pareja cometió un error muy común en materia de comunicación: Estaban en desacuerdo en el nivel relacional, pero trataban de resolverlo en el nivel del contenido, donde el desacuerdo no existía, cosa que los conducía a “falsos desacuerdos”.

Además del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con los demás, a los fines de su autopercepción y conciencia. La persona es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante periodos prolongados en los que sólo se comunica consigo misma. Como afirma el filósofo Martín Buber:⁹

[...] una sociedad puede considerarse humana en la medida en que sus miembros se confirman entre sí [...] La base de la vida del hombre con el hombre es doble, y es una sola: el deseo de todo hombre de ser confirmado por los hombres como lo que es, e incluso como lo que puede llegar a ser y la capacidad innata del hombre para confirmar a sus semejantes de esta manera. [...] la humanidad real sólo existe cuando esa capacidad se desarrolla”.

Se comprende, a raíz de estas reflexiones, lo importante que puede ser la confirmación de un médico hacia lo que el paciente cree que es. Ya sabemos lo que puede significar para un paciente un “regaño” o sermón por parte del médico, lo que puede llevar al primero a una regresión temporal quizá muy desagradable, lo que hace sentir al paciente como un “niño regañado” cuando él ya se siente “adulto” y en consecuencia, lo suficientemente maduro como para no recibir una reconvencción de sus conductas.⁷

A propósito, James¹⁰ opina que el peor castigo que podría imponersele a alguien sería “soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente inadvertido para sus miembros”. Tal situación llevaría a la persona a una “pérdida de la mismidad”, que es un sinónimo del término “alienación”.

El médico debe cerciorarse de que lo comunicado quedó claro para el paciente, o que éste al menos decodificó con la suficiente amplitud las instrucciones o explicaciones como para que éstas influyan favorablemente en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad. Desde luego, la responsabilidad es mutua, es decir que el paciente también debe hacer un esfuerzo por comprender lo que el médico le quiso decir. Pero los pacientes en ocasiones carecen de la suficiente cultura, no sólo médica, sino de capacidad de comprensión verbal, simplemente por falta de educación básica formal; de modo que la comunicación relacional está desequilibrada y esto significa que debe ser tomada en cuenta en el trabajo cotidiano con los pacientes. En otros ca-

sos, los pacientes tienen limitaciones intelectuales innatas y aquí el médico tiene la obligación de auxiliarse de un tercero (tutor o responsable) para poder explicarle la trascendencia del acto médico que involucra el tratamiento correspondiente.

Como se podrá dilucidar, importa definir la relación entre los comunicantes, lo que implica una información sobre la comunicación, es decir, una “metacomunicación”, la cual servirá para esclarecer la relación cuando la comunicación haya sido confusa o ambivalente.

La comunicación analógica coincidiría con la comunicación no verbal, entendiéndose por comunicación no verbal: los movimientos corporales, la postura, los gestos, la expresión facial, el ritmo, la cadencia de las palabras, el silencio y los indicadores comunicacionales que aparecen en el contexto. Los médicos aprenden a manejar —con base en sus conocimientos, experiencia y personalidad— ambos tipos de comunicación para transmitirle al paciente lo que desea que éste entienda o juzgue. Un gesto por sí mismo puede tranquilizar a quien lo percibe. Una sonrisa acompañada de una frase como “¡No se preocupe!” genera casi siempre en el paciente un estado de tranquilidad y armonía. No debemos perder de vista que la comunicación entre estos dos personajes es circular, y que la actitud del paciente puede establecer o apuntalar un estilo; en la mayoría de los casos, el estilo de la relación diádica se da — en teoría— entre uno que sabe más (el médico) y otro que espera recibir (del que sabe más) alguna aclaración, orientación, y desde luego, el consabido diagnóstico. Esta actitud de respeto hacia lo que el médico sabe, lo coloca en un rol y posición de seguridad y autoridad ante el paciente. Pero, ¿qué pasa cuando el paciente desconfía de la capacidad del médico, sin tener el fundamento lógico de su supuesta desconfianza, y le transmite al primero su sentir con su actitud arrogante y soberbia? Esto puede suceder en la práctica cuando el médico se enfrenta a un paciente con un trastorno narcisista de la personalidad, donde por principio, el paciente portador de esta patología psicológica descalifica el profesionalismo de su médico y demanda un trato “especial” (como sería el demandar un tratamiento urgente en horas inapropiadas y peor aun, sin esperar que el médico cobre sus legítimos honorarios). La demanda irracional del paciente puede ser la génesis de una queja sin fundamento, al tergiversar una praxis adecuada en inadecuada. Muchos psiquiatras que han trabajado durante años en el campo de la psicoterapia, conocen este tipo de patología, que se antoja de difícil manejo. Sobra decir que el médico no especialista en trastornos mentales, debe reconocer este tipo de patologías, generadoras de quejas médicas infundadas, máxime porque se estima que en la población general, la prevalencia a lo largo de la vida es del 1%, y en las

poblaciones clínicas se ubica entre el 2 y el 16% según algunos autores.¹¹ Es claro que en este trastorno psiquiátrico, la comunicación del paciente con su actitud descalificadora y arrogante, afecta toda la relación médico-paciente, en donde el sistema circular de la relación parte de la patología del paciente mismo.

Estas reflexiones nos llevan hasta uno de los axiomas básicos de la comunicación humana, el que indica que la dificultad inherente de la misma radica en ambos sentidos. Hasta ahora, se ha escrito más sobre lo que el médico transmite y cómo lo transmite, y poco sobre lo que el paciente transmite y por ende, genera en el médico tratante.¹²

Todos estos postulados teóricos nos llevan a concluir que en la relación médico-paciente, tanto la comunicación verbal (digital) como la no verbal (analógica) desempeñan un papel importante, y cualquier defecto en ellas obstaculiza la relación entre el primero y el segundo. La posibilidad de que se genere o no se genere una queja producto de esos defectos, depende de esas y otras variables que aún quedan por ser investigadas.

REFERENCIAS

1. Meljem-Moctezuma J, Hernández-Valdez Bertha L. La queja médica y los sistemas de salud. *Rev. CONAMED*. 2010 Oct-Dic; 15(4): 181-187.
2. Zepeda-Camacho U. Sistema de atención de quejas médicas, SAQMED. *Rev. CONAMED*. 2000 Ene-Mar; 14: 32-35.
3. Castañeda-Infante C. Quejas médicas: Insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México: Editores de Textos Mexicanos; 2002. 211 p.
4. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder; 1981 [1967].
5. Tena T, Hernández O. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado; 2005. pp. 152-155.
6. Bateson G, Ruesch J. Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Nueva York: Norton and Company; 1951.
7. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Méd de Chile*. 2005; 133: 693-698.
8. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A Systematic Review. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15: 25-38.
9. Buber M. ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica; 1964.
10. James W. Un universo pluralista. Filosofía de la experiencia. Buenos Aires: Editorial Cactus; 2009.
11. López-Ibor JJ, Valdés-Miyar M (dirs). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
12. Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL (eds). Massachusetts General Hospital Clinical Psychiatry. Filadelfia: Mosby Elsevier; 2008. Cap. 39.

Nota del Editor

El Dr. Rafael Gutiérrez Vega, tomó posesión del cargo como Director General de Arbitraje a partir del 1 de julio del presente año.