

Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural

Three dimensions of the physician-patient communication: biomedical, emotional and cultural identity

Alicia Hamui-Sutton¹, María Guadalupe Grijalva², Alfredo Paulo-Maya, Pedro Dorantes-Barrios², Eunice Sandoval-Ramírez¹, Sahira Eunice García-Téllez¹, Verónica Daniela Durán-Pérez¹, Isaías Hernández-Torres²



RESUMEN

La relación entre el paciente y el médico es un vínculo social extraordinario, donde interactúan códigos de significados que confieren sentido a la experiencia en el plano cognitivo, afectivo, actitudinal y conductual, influidos por el contexto cultural. La propuesta teórico-metodológica que aquí se presenta, pretende sustentar conceptualmente la enseñanza de las habilidades de comunicación que forman parte importante de la relación médico-paciente, utilizando un modelo pedagógico tridimensional: biomédico, emocional e identidad cultural. La primera resalta la influencia directa de la comunicación sobre la fluidez en el interrogatorio para integrar diagnósticos certeros, la consolidación del apego al tratamiento, el manejo de información y asesoramiento para la atención terapéutica y preventiva. Desde otro enfoque, la segunda analiza el involucramiento emocional de los participantes durante la relación, así como el desarrollo de la respuesta empática y la inteligencia emocional. La última encausa la comunicación partiendo de la comprensión de la historia de vida del paciente, a través de las narrativas del padecer que dan el encuadre social, cultural y antropológico, además de permitir conocer la trayectoria y proyecto de vida antes y después de la enfermedad. A partir de este modelo teórico, se desarrollarán estrategias pedagógicas y se diseñará material didáctico para la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación médico-paciente.

Palabras clave: comunicación médico paciente, educación médica, habilidades de comunicación, modelo biomédico, emociones e identidad cultural.

ABSTRACT

The relationship between patient and physician is an extraordinary encounter in human society, where codes and meanings interact to signify the experience in a cognitive, affective and attitudinal level, while influenced by the cultural and social context. The theoretical-methodological proposal presented here aims to conceptually sustain the teaching of communication skills using a three-dimensional pedagogical model: biomedical, emotional and cultural identity. The first emphasizes the direct influence of communication on fluency in the interrogation to integrate accurate diagnosis, compliance with treatment, as well as management of information and counseling for therapeutic and preventive care. From another viewpoint, the second level analyzes the emotional involvement of the participants in the relationship, also the development of empathic response and emotional intelligence by the physician. The last dimension assume the communication process from the understanding of the patient's life history through the narratives of suffering, in the frame of the social, cultural and anthropological context that provides information about the background and hopes before and after the disease. From this theoretical model, we will develop pedagogical strategies and educational materials for the teaching and learning of patient physician communication.

Keywords: patient physician communication, medical education, communication skills, biomedical model, emotions and cultural identity.

¹ Coordinación de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. México.

² Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. México.

³ Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F. México.

Correspondencia: Dra. Alicia Hamui Sutton. Coordinación de Investigación Educativa División de Estudios de Posgrado. Circuito de Posgrados, Ciudad Universitaria, Coyoacán, México, D.F. C.P. 04510. Correo electrónico: lizhamui@gmail.com.

Folio: 303/2014 Artículo recibido: 10/12/2014, reenviado: 08/01/2014, aceptado: 13/01/2015

INTRODUCCIÓN

En la vida cotidiana las personas interactúan en redes sociales a través de las cuales circulan códigos de significados compartidos. En ese entramado de signos y símbolos, los individuos le confieren sentido a su experiencia en el plano cognitivo, afectivo y actitudinal. Enfermar y padecer son vivencias universales que se relacionan con la condición biológica del organismo y adquieren relevancia a través de la cultura donde se representan en coordenadas temporales y espaciales situadas. Ante la irrupción de la enfermedad, los individuos y sus allegados buscan ayuda diagnóstica y terapéutica para solucionar su estado somático alterado. No existe un solo modelo de atención a la salud, cada horizonte sociocultural ha desarrollado estrategias curativas y preventivas con mayor o menor efectividad, no obstante, en casi todos hay un personaje reconocido que porta conocimientos sobre cómo lidiar con el dolor, resolver trastornos agudos, o paliar los síntomas del deterioro corporal.

En la relación médico-paciente, entran en juego muchos elementos que se condensan en el encuentro, las trayectorias de vida, el contexto institucional de los servicios de salud, las relaciones de parentesco, así como el entorno material y discursivo del momento histórico específico. Uno de los componentes más relevantes de la relación es la comunicación, verbal y no verbal, pues a través de ella se expresan las partes involucradas para transmitir conocimientos, relatos, sentimientos y sensaciones.

La relación entre quien padece y quien tiene el potencial de ayudarlo a superar la enfermedad, aunque no siempre lo logre, constituye un vínculo especial. Se trata de una relación simultáneamente asimétrica y simétrica, asimétrica porque una de las partes tiene conocimientos de los que el otro adolece, pues pasó por un proceso de formación profesional para comprender, interpretar y diagnosticar, así como para practicar estrategias terapéuticas capaces de aliviar al paciente. Las relaciones de poder se pueden expresar de muchas maneras como el paternalismo, el autoritarismo, el utilitarismo, o en contextos más democráticos a través de la negociación y la responsabilidad compartida. Pero en el fondo, más allá de los saberes y usos del poder de aquellos involucrados en el encuentro, se trata de seres humanos capaces de relacionarse profundamente, simétricamente, con el objetivo de luchar contra la enfermedad.

Como explica Rossi¹, la relación paciente médico, de la cual la comunicación forma parte, se fundamenta en un contrato social extraordinario: dos extraños se encuentran en un entorno confidencial

y privado, la consulta médica, y establecen un vínculo intenso y trascendental con un propósito terapéutico. Para lograr este objetivo, es necesario que el médico ponga a disposición del paciente sus conocimientos y habilidades, y que el paciente esté dispuesto a informar al médico y seguir sus instrucciones para colaborar con el tratamiento. Las palabras y el comportamiento que se transmiten en esta comunicación verbal y no verbal juegan un papel importante en el trabajo del médico. Las características de la comunicación, que parecen simples a primera vista, naturales y relacionadas con el sentido común, son estrategias realmente complejas que requieren ser aprendidas metodológicamente y practicadas para convertirse en operativas.

En el encuentro cara a cara entre el médico y el paciente, el primero requiere habilidades interpersonales basadas en principios bioéticos (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia) y profesionales que subyacen en el acto médico como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo. La mirada médica² en el ámbito biomédico, va acompañada de códigos emocionales, morales y sociales que en conjunto imprimen un carácter peculiar a lo que ahí se co-constituye. La comunicación efectiva requiere que ambas partes comprendan y a su vez se sientan comprendidas, por lo tanto, exige el entendimiento del mensaje y la modulación verbal y no verbal adecuada que propicie la relación. Este resultado se consigue cuando el contenido informativo, emocional y relacional del mensaje intercambiado está en armonía. Mantener la calidad de la comunicación efectiva no es el resultado de la casualidad, el aprendizaje de la comunicación médico-paciente -en el ámbito terapéutico, preventivo y de asesoramiento- comienza en la escuela de medicina y se prolonga en la formación continua de los médicos.

Modelo tridimensional de la comunicación médico-paciente

La propuesta teórico-metodológica que aquí se presenta, pretende sustentar conceptualmente la enseñanza de las habilidades de comunicación en la formación profesional del médico. Se parte de la idea de que el médico requiere entrenamiento y práctica para lograr un vínculo auténtico con su paciente, lo que resulta un desafío importante al considerar que cada consulta y cada encuentro clínico, es singular. No hay recetas aplicables en todas las situaciones, pues se trata de problemas personales entramados en relaciones humanas complejas con características peculiares, a las que habría que

responder caso por caso. No obstante, sí existen expectativas, actitudes, cargas emocionales y formas de expresión que pueden ser reconocidas y manejadas, al desarrollar habilidades aprendidas y ensayadas, para fomentar una mejor comunicación.

El modelo considera tres dimensiones (o niveles) que se presentan simultáneamente en el transcurso del acto médico: la biomédica, la emocional y la referida a la identidad cultural. La práctica eficaz de la medicina requiere una capacitación rigurosa en la dimensión biomédica, bajo este enfoque es conveniente una práctica con las mejores evidencias médicas disponibles. Sin embargo, la experiencia nos muestra que este paradigma es insuficiente ante las exigencias y complejidad de la medicina moderna. La atención centrada en el modelo biomédico desatiende las necesidades emocionales y sociales de los pacientes que acuden a los sistemas de salud.

La práctica de la medicina moderna si bien se ha vuelto más eficaz por su elevada especialización y tecnificación en sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, también se caracteriza por una gran deshumanización de los profesionales responsables del cuidado de la salud del paciente. El médico establece barreras para evitar involucrarse afectivamente con el paciente y poco a poco se convierte en una persona rígida, fría y sin emociones, lo que tiene consecuencias en la manera en que se comunica con el paciente. Ante este panorama, es conveniente replantearnos la educación médica con la finalidad de retomar una práctica clínica que, además de eficaz en la resolución de los problemas de salud, también satisfaga las necesidades afectivas y sociales de los pacientes y sus familias que buscan ayuda en la recuperación de su salud.

Dimensión biomédica

El trabajo del médico puede ser ineficaz si no está enmarcado en una relación real con el paciente, donde la comunicación juega un papel central. Este último tiene requerimientos específicos: el de ser informado sobre su condición de salud y el plan de tratamiento, quiere saber primero lo que está pasando y por qué y espera un consejo de su médico. El encuentro tiene como objetivo abrir nuevas perspectivas para facilitar cambios de comportamiento y minimizar riesgos para la salud del paciente. El consejo dirigido a la prevención resulta central en la promoción de la salud. El trabajo de información y asesoramiento, tanto en lo que se refiere a las medidas terapéuticas como preventivas, es una parte integral del acto médico.

Desde el punto de vista del médico, la importancia de la comunicación con el paciente, reside en su influencia directa sobre el cuidado de la salud, pues incide fuertemente en la calidad de la información que obtiene para elaborar un diagnóstico correcto. Además del proceso diagnóstico, la función esencial del médico es el manejo terapéutico. El apego al tratamiento, depende, entre otros aspectos, de la capacidad comunicativa del médico y de la confianza que logre construir.³

Desde 1977 Engel, postuló la necesidad de un modelo médico holista, que él llamó biopsicosocial, en contraparte al modelo biomédico dominante.⁴ Este propuso dos vertientes: un patrón de causación diferente del clásico de causa-efecto, y un cambio de enfoque hacia el paciente que pasó de ser simple objeto de estudio a sujeto del acto clínico. Engel creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social, el desarrollo del enfoque biopsicosocial en su vertiente de práctica clínica, ha dado lugar al llamado modelo centrado en el paciente, que recomienda averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerlo partícipe, en un plano de igualdad, al tomar decisiones.

A partir del supuesto del modelo biomédico, diversos países se han preocupado por desarrollar lineamientos que sirvan de guía para realizar acciones educativas en torno a la comunicación médico paciente. De esta manera, uno de los primeros trabajos fue el Consenso de Toronto, el cual buscó identificar las características de una buena comunicación médico paciente.⁵

Las preguntas y prioridades no resueltas detectadas por el consenso de Toronto resultaron ser muchas, y contribuyeron a dirigir el proceso de indagación. La intención era efficientar la consulta, incrementar la satisfacción del usuario, evitar demandas, lograr el apego al tratamiento con mejores resultados en su condición de salud, así como, promover el mejor funcionamiento del sistema medible en estadísticas objetivas. No obstante, desde el Consenso de Toronto, sugirieron visos de la complejidad de los encuentros interpersonales y se evidenciaron las limitaciones de las recomendaciones pragmáticas centradas en el paradigma biomédico y utilitarista.

A partir del de Toronto, hubo otros consensos que contribuyeron a resaltar la importancia de estudiar la comunicación médico-paciente. En 1999, se reunieron en Kalamazoo, Michigan, 21 líderes de educación médica con el objetivo de delimitar un conjunto coherente de elementos esenciales de la comunicación médico-paciente para facilitar su desarrollo, implementación y evaluación, así

como para desarrollar estándares específicos en este dominio.⁶ El grupo identificó siete fases esenciales de la tarea de la comunicación: Construir la relación médico paciente, abrir la discusión, obtener información, comprender la perspectiva del paciente, compartir información, llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes, y efectuar el cierre. Este consenso conocido como Kalamazoo I, concluyó que una relación médico-paciente fuerte, terapéutica y eficaz, es condición *sine qua non* de la comunicación médico-paciente. El grupo recomendó un enfoque centrado en el paciente, una relación centrada en la atención, resaltando tanto la enfermedad como la experiencia del paciente.

Tres años más tarde, en la Conferencia Kalamazoo II, se refirieron⁷ a que los programas de acreditación de residencias y certificación de médicos evaluarían la competencia de comunicación y habilidades interpersonales.⁷ Su reporte aludía a que éstas últimas constituían dos partes bien diferenciadas de una sola competencia integrada. Las habilidades de comunicación implicaban la realización de tareas y comportamientos específicos tales como la obtención de la historia clínica, explicación del diagnóstico y pronóstico, otorgamiento de instrucciones terapéuticas específicas y asesoramiento. Los expertos reunidos para este Consenso, refirieron que los médicos avanzan de principiantes a expertos, la competencia se expande desde la realización de tareas genéricas de comunicación hasta un desempeño exitoso en situaciones específicas, complejas y exigentes.

En el año 2008, se publicó el Consenso Británico de comunicación médico-paciente, el cual proporcionó recomendaciones presuntamente aplicables en cualquier parte del mundo e incluyó competencias de difícil medición como el profesionalismo y la integridad. En esta propuesta un componente clave fue el respeto, que constituye el elemento central que direcciona no sólo a la comunicación, sino a todas las áreas de la medicina.⁸

Dos años después, apareció el Consenso de Alemania⁹ cuyos objetivos se enuncian en el Cuadro 1. Al consenso alemán le siguió el europeo publicado en 2012¹⁰ cuyos fines educativos fueron determinar objetivos de aprendizaje del currículo esencial de comunicación para todo profesional del cuidado de la salud y examinar su idoneidad en el plan de estudios del pregrado europeo.

A pesar de que los médicos expertos reunidos en diversos ejercicios para llegar a consensos fueron capaces de enunciar aspectos psico-sociales que influyen en la comunicación médico paciente, no avanzaron en su desarrollo, sus recomendaciones muestran una visión prescriptiva y gene-

ralizable no reflexiva en la construcción del vínculo interpersonal. La colaboración entre disciplinas ha sido valiosa para rebasar la dimensión bio-médica del estudio de la comunicación y penetrar en aspectos psicológicos, emocionales, sociológicos y antropológicos presentes en las interacciones entre el médico y el paciente.⁷

Cuadro 1. Objetivos del Consenso de Alemania

Respeto en los encuentros con el paciente
Adaptación a la comprensión y lenguaje del paciente
Atención a los aspectos no verbales de la comunicación
Respeto a la individualidad y percepción subjetiva de los pacientes
Evaluación de las normas y valores propios
Disposición a trabajar en equipos
Interacción por medio de modelos de comunicación ya establecidos
Observación sistemáticamente del comportamiento
Establecimiento de sistemas de detección de errores médicos y análisis de diferentes estilos de liderazgo

Dimensión emocional

En la segunda dimensión de la relación médico-paciente, la emocional, se intenta analizar el papel de la intervención de las emociones en la comunicación durante el encuentro para generar empatía. Los pacientes esperan del médico, además de la resolución de su problema de salud, un soporte emocional y social, para lo cual los médicos no siempre están capacitados formalmente. En la interacción médico-paciente frecuentemente entran en juego las emociones del paciente y del médico, y como refieren Suchman y colaboradores¹¹ el médico desarrolla “la habilidad empática básica, para reconocer cuándo están presentes las emociones, aunque no sean expresadas directamente, invitando a explorarlas y reconocerlas efectivamente, de modo que el paciente se sienta comprendido”. Buckman¹² señala que la respuesta empática es una técnica que consiste en tres pasos: 1) identificar la emoción; 2) identificar la fuente de la emoción; 3) responder de manera que demuestre al paciente que uno ha establecido la conexión entre los dos pasos previos.

Las emociones están presentes en todos los seres humanos¹³; algunas son denominadas emociones primarias como el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, el disgusto y la sorpresa, las cuales van acompañadas de respuestas faciales, motoras, vocales, endocrinas y autonómicas¹⁴. Las emociones secundarias como la envidia, la vergüenza, la culpa, la calma, tienen un componente cognitivo más alto, que va asociado a las relaciones interpersonales.

Salovey y Mayer¹⁵ en 1997, desarrollaron el término de inteligencia emocional, y definieron a las emociones como un conjunto de metahabilidades que pueden ser aprendidas y se estructuran en cuatro dimensiones básicas relativas al conocimiento de las propias emociones:

1. Percepción emocional, alude a la habilidad para identificar y reconocer tanto sentimientos propios como los de aquellos que nos rodean, implica prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz.
2. Facilitación o asimilación emocional, implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas; esta habilidad se centra en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo nuestros estados afectivos ayudan a la toma de decisiones.
3. Comprensión emocional, habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, para etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos; implica una actividad tanto anticipatoria como retrospectiva para conocer las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las interacciones.
4. Regulación emocional, es la más compleja e incluye la capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre los mismos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su utilidad; incluye la habilidad para regular las emociones propias y ajenas.¹⁶

Se ha demostrado que la inteligencia emocional contribuye a aumentar la competencia social, ésta puede ser a través de la empatía (en medicina se define como la capacidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento hacia el paciente) y el control emocional, lo que incrementa la sensación de eficacia en las acciones y desarrolla la competencia emocional.

Asimismo, mientras la inteligencia emocional determina la capacidad para aprender los principios del autocontrol y similares, la competencia emocional se refiere al grado de dominio de esas habilidades.

Los sentimientos son un sistema de alarma que informa sobre el estado del individuo, sus preferencias y evaluación del entorno. Una buena percepción emocional implica saber leer sentimientos y emociones, etiquetarlos y vivenciarlos. Con un buen dominio para reconocer cómo se sienten las personas, se establece la base para posteriormente aprender a controlar sensaciones, moderar reacciones y no dejarse arrastrar por impulsos o pasiones exaltadas.

La forma de evaluar a nivel personal el grado de conciencia emocional, está unida a la capacidad para describir las emociones, expresarlas con palabras y darles etiquetas verbales adecuadas. Si se reconocen e identifican los propios sentimientos, se establece más fácilmente el contacto con los otros.

La empatía consiste en situarse en el lugar del otro y ser consciente de sus sentimientos, sus causas y sus implicaciones personales. En la relación médico-paciente la inteligencia emocional coadyuva en el establecimiento de una buena comunicación.

Dimensión de la identidad cultural

En la tercera dimensión de la relación médico paciente, se pretende establecer la comunicación a partir del conocimiento de la historia de vida del paciente. Esto se logra cuando el médico propicia el espacio para que el paciente exprese su punto de vista y reflexione sobre su trayectoria y proyecto de vida antes y después de la enfermedad.

Las narrativas del padecer son recursos valiosos para la comprensión de la afectación biológica, psicológica y sociocultural de los trastornos corporales en tramas sociales concretas donde se expresan los significados tanto del sujeto como del mundo en el que habita. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre, el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otro lado, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones. Crear una narrativa o escucharla, son procesos activos y constructivos que dependen de recursos personales y culturales. Los relatos pueden constituirse en medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento del otro al propiciar contextos para la comprensión que no se ha experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia, pone en movimiento una búsqueda de significados entre posibles considerados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia

del mundo en que es narrada. Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio marco al considerar lo que sucede en los relatos particulares.¹⁷

Cuando el enfoque biomédico entra en contacto con las ciencias sociales, se produce un diálogo entre disciplinas que lleva a un saber compartido entre profesionales. Desde la perspectiva sociológica y antropológica, la enfermedad adquiere connotaciones interpretativas que ponen en juego las creencias y los valores de una sociedad.¹ La enfermedad es entendida como un proceso de cognición esencial de quien la padece, que refleja la fragilidad de la vida por el sufrimiento, o el dolor como experiencia universal. Esta experiencia se ubica en un contexto social y cultural específico. El encuentro entre el médico y el paciente en el contexto clínico constituye un espacio social normado por un conjunto de reglas y valores que acotan y potencian la práctica médica.

En el análisis de las narrativas y los discursos durante el encuentro entre el médico y el paciente se ubican temas, contenidos, ideas, conceptos, emociones, incertidumbres, relaciones de confianza e intimidad, así como contextos sociales en los que tiene sentido su experiencia, es decir se genera un microsistema en el cual la comunicación porta significados culturales, palabras, gestos, ideas, afectos, conocimientos técnicos, actitudes profesionales y tonalidades verbales. La posibilidad de relación en la consulta sucede a través de la empatía, el respeto, la sinceridad y la solidaridad, y se expresa en las distintas fases del intercambio: preparación, establecimiento de la agenda, interrogatorio médico, exploración física, construcción de la relación, intercambio de información, planificación, conclusión y separación.

La antropología clínica explora los significados asociados al padecer y aborda los problemas existenciales a través de la narrativización del sufrimiento para reconstituir el contexto social de las personas. Al recapitular las trayectorias biográficas se incorpora la enfermedad en la vida cotidiana del individuo en el contexto de sus relaciones sociales, las narrativas de la enfermedad están estructuradas en términos culturales y reflejan distintas maneras de vivir la experiencia.

Los relatos de las enfermedades están estructurados en formatos dramáticos en los que los actores se empeñan en encontrar la cura y buscan resolver su problema estableciendo relaciones sociales con médicos, curanderos, terapeutas, familiares, amigos.¹⁸ Los episodios narrados, así como el relato en su conjunto, incorporan lugares, tiempos, personajes y situaciones que denotan valores, creencias y prácticas concretas. Las explicaciones de las enferme-

dades se relacionan con entornos culturales donde adquieren significados, por ejemplo, a partir de momentos relevantes en sus biografías (sustos, conflictos, miedos, acontecimientos inesperados, traumas, traiciones, etcétera).

Las historias que involucran la búsqueda de atención, los intentos fallidos para curarse, el costo económico, el desgaste familiar son elementos comunes en las enfermedades crónicas, y las narraciones adquieren estructuras complejas, con altas y bajas.¹⁷ Las relaciones con los médicos se vuelven frecuentes y en ocasiones surgen conflictos por las expectativas, los sentimientos involucrados, la confusión, ya que las historias clínicas, no necesariamente coinciden con la historia psicológica y social de la enfermedad y a su vez con la experiencia.

Parte de la tarea del médico es comprender el relato y con él construir una nueva narrativa para contarle su historia al paciente incorporando su visión de la salud (prevención – diagnóstico – tratamiento). Lo que se busca es provocar respuestas experienciales significativas, así como el entendimiento de la vida en su contexto con la enfermedad, manteniéndose en la cultura del paciente. Al contar la historia, el médico considera los valores del paciente, no los propios, de tal manera que el relato se vuelva congruente con la cultura en la que la enfermedad adquiere significado, de otra manera el médico proyecta su propia interpretación en la experiencia del padecer de los pacientes.

Narrar la enfermedad permite al paciente interpretar su enfermedad con relación a las características culturales de su localidad y en su trayectoria biográfica. La negociación de acciones para enfrentar la incertidumbre del padecer y justificar las decisiones tomadas, inscriben a la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos en las consideraciones morales de quien padece. La estructuración narrativa del trabajo clínico, confiere al médico la capacidad de reconstruir la historia de la experiencia del padecer y el camino terapéutico para el paciente. La narración actúa como mediadora en la relación médico-paciente, desde ahí, el médico evalúa su propio trabajo al moldear una mejor relación con su paciente.

El proceso de enfermar, buscar atención y someterse a un proceso terapéutico, se vincula con la condición humana del sufrimiento. El modelo explicativo de la enfermedad propuesto por Kleinman, tiene la finalidad de describir las percepciones que los diferentes actores del proceso salud-enfermedad, -pacientes, familias y prestadores de servicios de salud-, generan sobre un proceso específico de enfermedad.¹⁹ El autor distingue 3 conceptos: el del trastorno biológico (*disease*) que desde el punto de vista técnico y

biomédico implica cambios anatómicos y fisiológicos, el de enfermedad (*sickness*) que alude al rol de estar enfermo visto desde el contexto social y el de padecimiento (*illness*) que se refiere a los síntomas, el dolor y el sufrimiento, y trata de responder a las preguntas que se formula el paciente sobre su condición de salud. El médico se mueve en estos tres niveles para descifrar lo biológico la experiencia personal y lo social. En este sentido, el denominado modelo explicativo toma en cuenta el flujo cultural de las experiencias de vida, que constituyen las justificaciones para la acción práctica.

Las historias tienen un “tiempo narrativo” y una estructura que subyace al relato.²⁰ En el caso de los médicos, el tiempo narrativo se relaciona con la descripción clínica de la enfermedad, en el caso del paciente con la trayectoria pasada y futura de su biografía, que tiene características dramáticas. Para que la narrativa del paciente sea efectiva tiene que ser apropiada por el médico que no sólo la comprende sino la interpreta y la recompone. Descubrir y anticipar la estructura de los significados de los eventos que se desenvuelven en el tiempo, son componentes centrales del arte de narrar, seguir una historia y lograr la comunicación para establecer una relación auténtica. Requiere la habilidad de extraer una configuración de la sucesión, es decir, involucrarse en una síntesis a través de la cual el todo, -el relato, el tema, el texto real y potencial-, se va desarrollando gradualmente.

La respuesta del médico tiene lugar en un proceso (la enfermedad) que aún no concluye, a la mitad de la historia que cambia a medida que se desenvuelve. Los pacientes ven el futuro con ansiedad y con esperanza y tienen lecturas provisionales del pasado y del presente. No obstante, su interpretación está profundamente enraizada en formas culturales para dar cuenta de su experiencia.¹⁸ La narración posiciona al sufrimiento en el contexto de la cultura local, las narrativas del padecer están abiertas al cambio y con ellas a la esperanza de la curación, la “subjuntivización” permite que las alternativas aparezcan y la esperanza no se esfume. En la estructura de las historias de búsqueda de sanación, a través de médicos u otros terapeutas, se presupone la representación del futuro como potencial de cambio y curación.

El paciente no sólo es un narrador, es también un “lector” de su propia historia que se co-construye con el médico. El relato se interpreta y re-interpreta en cada encuentro a medida que se desenvuelve la trama de la vida y está atravesado por emociones, esperanzas y expectativas. En el encuentro médico-paciente, se intenta darle sentido a lo incomprensible, y el médico con sus conocimientos

y los tratamientos adecuados, es portador de recursos que juegan en la imaginación y la esperanza de quienes padecen. En la relación médico-paciente, la responsabilidad compartida permite moldear la realidad y darle sentido al futuro en el contexto de los significados culturales de quien sufre. En el nivel de la identidad personal y colectiva del paciente, el médico, a través de la empatía y la comprensión del entorno de vida del paciente puede co-construir la historia del padecer y atender así no sólo la enfermedad, sino lograr el bienestar holístico de otros.

Notas sobre la pedagogía de la comunicación médico-paciente

En el ámbito biomédico, los estudiosos de la educación médica que expresaron sus puntos de vista en los consensos antes referidos, parten del supuesto de que existe una relación entre la comunicación clínica efectiva, la satisfacción del paciente, y la adherencia terapéutica, así como con el alivio de la sintomatología con ciertos resultados fisiológicos.¹⁰ En el Consenso Europeo de 2012,¹⁰ las recomendaciones para el currículo se plantean bajo tres categorías principales: aspectos claves de comunicación enfocados a la construcción de la relación e intercambio de información con pacientes, habilidades observables y técnicas de comunicación, y tareas especiales de comunicación enfocadas a situaciones desafiantes, así como la comunicación de equipo.

Por su parte, la educación emocional se entiende como “un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial de la formación integral de la persona”.²² Los objetivos generales de la educación emocional son: adquirir conocimiento de las mismas, identificarlas de los demás, desarrollar la habilidad para regularlas, prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas y generar las positivas, favorecer la automotivación y adoptar una actitud propositiva ante la vida, entre otras.

La educación emocional sigue una metodología eminentemente práctica (dinámica de grupos, autorreflexión, razón dialógica, juegos, etc.) con objeto de favorecer el desarrollo de competencias emocionales. Consiste en conocer las emociones propias y de los demás, lo que supone la comprensión de: la diferencia entre pensamientos, acciones y emociones, las causas y consecuencias de las emociones, la evaluación de la intensidad de las mismas, así como reconocer y utilizar el lenguaje de las emociones, tanto en la comunicación verbal como no verbal.

La motivación está íntimamente relacionada con la emoción y abre un camino hacia la actividad productiva por propia voluntad y la autonomía personal. Por su parte, las habilidades socio-emocionales constituyen un conjunto de competencias que facilitan las relaciones interpersonales. Las relaciones sociales están entretejidas de emociones, la escucha y la capacidad de empatía abren la puerta a actitudes prosociales.²²

La educación emocional se aplica en diversas situaciones: comunicación efectiva y afectiva, resolución de conflictos, toma de decisiones y prevención inespecífica. En esta última se trata de desarrollar la autoestima, con expectativas realistas sobre uno mismo, desarrollar la capacidad de fluir y adoptar una actitud positiva ante la vida. Todo ello de cara a posibilitar un mayor bienestar subjetivo, que redundará en un mayor bienestar social.²² Este tipo de enseñanza emocional es básica para los médicos cuyas habilidades de comunicación con sus pacientes pueden hacer la diferencia en las modalidades de relación que se establecen durante la consulta o en situaciones clínicas. En la dimensión relativa a la identidad cultural, la pregunta de ¿cómo se enseña la comunicación médico-paciente? parte de la premisa de que cada encuentro es singular y aborda problemáticas médicas específicas (consultas geriátricas, oncológicas, de adicciones, de enfermedades crónicas, etc.) que se inscriben en trayectorias biográficas e historias clínicas individuales.

A la cuestión de ¿cómo se construye la relación médico-paciente?, la antropología clínica se enfoca en los elementos que configuran el vínculo social: representaciones, narrativas, normas, valores, leyes, alianzas, interacciones, uso del lenguaje verbal y corporal. Los métodos cualitativos de las ciencias sociales, son herramientas útiles para acercarse a la dimensión narrativa del padecer. El lenguaje permite la comunicación óptima, pues es el vehículo no sólo del saber traducido en narrativas, sino de lo emocional.

En este sentido, "...la práctica es siempre, y al mismo tiempo, una elección y una decisión entre diferentes posibilidades".¹ De ahí la dificultad de dar "recetas" para enseñar la comunicación médico-paciente, más bien habría que transmitir una forma de pensar y hacer, una cultura de la reflexión de la práctica médica y de la adaptación a las circunstancias, proporcionar claves de interpretación para articular lo que sabe el médico con el sufrimiento de quien padece. El análisis de videos puede ser un recurso útil para identificar las dimen-

siones del intercambio, biomédico, emocional, social, ético y sistémico, para explorar la medicación entre la cultura del médico y la del paciente en un diálogo constructivo que devenga en un proceso terapéutico que propicie el bienestar del paciente. El video como herramienta educativa propicia un ejercicio para reflexionar sobre los temas, contenidos, aspectos preventivos y terapéuticos, acompañamiento, consejos, manejo emocional y mensajes principales que se intercambian en la consulta. El análisis de videos como ejercicio pedagógico no busca convertirse en una competencia técnica sino en una actividad reflexiva que ayude a humanizar a los estudiantes de medicina.

CONCLUSIONES

En este artículo se presenta un modelo de comunicación médico-paciente que busca ampliar la visión biomédica a otras disciplinas para analizar las complejas interacciones que suceden en dicho encuentro. Con este marco teórico, se pretende desarrollar un texto didáctico para la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación médico-paciente. En la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, se lleva a cabo un proyecto de investigación titulado "Enseñanza de la comunicación médico-paciente" registrado en la División de Investigación con número 096/214, cuyo objetivo es diseñar estrategias pedagógicas para el estudio de las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente. Para ello, por medio del análisis de videograbaciones se pretende identificar los elementos que intervienen en la interacción y caracterizar distintos tipos de encuentro, aunque cada relación sea singular.

Al considerar las dimensiones biomédica, emocional y de la identidad cultural como base epistemológica y metodológica para la enseñanza de la comunicación médico-paciente, los autores elaboramos un cuadro donde se plantean preguntas guía para orientar la tarea pedagógica, los propósitos educativos en cada dimensión, y las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) esperadas en cada nivel de análisis (Cuadro 2). Este trabajo presenta un modelo teórico que puede ser útil como punto de partida para el estudio de la comunicación médico-paciente y que pretende ser operacionalizado en instrumentos para el análisis de videograbaciones de médicos en consulta, para enseñar la competencia de la comunicación en el área de la salud.

Cuadro 2. Modelo pedagógico para la enseñanza de la comunicación médico paciente en tres dimensiones: biomédica, emocional e identidad cultural.

	Pregunta que guía la tarea pedagógica	Propósitos	Competencias
NIVEL BIOMÉDICO	¿El médico observa, escucha, interroga, diagnostica y trata al paciente adecuadamente?	Educar a los estudiantes para que la información que obtienen, interpretan y transmiten sea comprensible para el paciente y su equipo de salud	Que el estudiante aprenda a: <ul style="list-style-type: none"> • Observar • Escuchar • Interrogar • Organizar la información • Interpretar • Explicar con claridad al paciente su diagnóstico y tratamiento • Verificar la comprensión del paciente
NIVEL EMOCIONAL	¿El médico reconoce, identifica y guía adecuadamente las emociones propias y del paciente?	Educar a los estudiantes para que reconozcan la presencia e importancia de las emociones en el acto comunicativo médico paciente en cada situación	Que el estudiante aprenda a: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer sus propias emociones • Nombrar las emociones • Manejar las expresiones emocionales (autodominio) • Reconocer emociones del paciente (empatía) • Manejar sensiblemente las emociones del otro • En caso necesario recurrir a terapia • Identificar la personalidad (tipologías)

REFERENCIAS

- Rossi I. Antropología clínica y relación médico paciente. [Presentación] Curso-taller: Maestría en Antropología médica. México; 19-21 de mayo 2014. México: UNAM; 2014.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 20ª ed. México: Siglo xxi editores, s.a. de c.v.; c2001.
- Saha S, Beach MC. The impact of patient- centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient Educ Couns.* 2011 May 19; 84(3): 386–392.
- Borrell CF. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc).* 2002 119 (5):175-9.
- Simpson M, et al. Doctor Patient Communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ.* 1991 Nov 30; 303: 1385 – 7.
- Bayer F. Conference. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad. Med.* 2001 April; 76: 390 – 393.
- Duffy et al. Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. *Acad. Med.* 2004 Jun; 79:495 – 507.
- VonFragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education.* 2008 Nov; 42: 1100–1107.
- Kiessling C, et. al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Education and Counseling.* [Internet]; 2010; 81: 259–266. [acceso 2014-dic-06] Disponible en: http://www.internationaluhbs.net/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Psychosomatik/Publicationen/Langewitz_Wolf/wl_kiessling_pec_2010.pdf.
- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Dago ER, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2013; 93 (1): 18-26.
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 1997; 277:678-82. En: Sogi C. et al. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima.* 2006; 67(1): 30-37.
- Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ.* 2002; 325: 672. En: Sogi C. et al. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima.* 2006; 67(1): 30-37.
- Levenson RW. Human emotion. A functional view. In P. Ekman R.J. Davidson. *The nature of Emotions: Fundamental Questions.* New York. 1994; 123-126.
- Panksepp JA. A critical role for "Affective Neuroscience" in resolving what is basic about emotions. *Revista de Psicología.* 1992; 99 (3): 554-560.

15. Rebollo CMA, Hornillo GI, García PR. Estudio educativo de las emociones: una aproximación sociocultural. Revista Electrónica: Teoría de la Educación.
16. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información [Internet]; 2006; 7(2) [acceso 2014-jun-14] Disponible en: <http://www.usal.es/teoriaeducacion> ISSN 1138-9737.
17. Belmonte MC. Emociones y cerebro. Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fís. Nat. (Esp) [Internet]; 2007 101 (1):59-68 [acceso 2014-jun-13] Disponible en: <http://www.rac.es/ficheros/doc/00472.pdf>.
18. Hamui SL. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco [Internet] 2011 septiembre-diciembre; 18 (52):51-70 [acceso 2014-jul-25] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304005> ISSN 1405-7778.
19. Good BJ. Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
20. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. USA: Basic Books; 1988.
21. Ricoeur P. Tiempo y narración. En Configuración del tiempo en el relato histórico. México: Siglo XXI; 2004.
22. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Dago ER, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. Patient Educ Couns. 2013; 93 (1): 18-26.
23. Bisquerra AR. Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de Investigación Educativa. 2003; 21 (1): 7-43.
24. Extremera N, Fernández BP. La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. Revista Educativa. [Internet] 2003; 332: 97-116 [acceso 2014-jul-25] Disponible en: http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF7contexto_educativo.pdf.

(P A R É N T E S I S)

Día de los Derechos Humanos:

La promoción y protección de los derechos humanos ha sido una de las mayores preocupaciones para las Naciones Unidas desde 1945, fecha en la cual los países fundadores de la Organización, acordaron impedir que los horrores de la Segunda Guerra Mundial se reproduzcan.

En 1950, la Asamblea General, considerando que el 10 de diciembre de 1948 proclamó la Declaración Universal de Derechos del Hombre como ideal común por el cual todos los pueblos y naciones deben esforzarse para lograr que la humanidad realice nuevos progresos en este campo, invitó a todos los Estados miembros y a las organizaciones interesadas a que observaran el 10 de diciembre de cada año como Día de los Derechos Humanos.

Bajo ese antecedente, el 10 de diciembre de cada año se conmemora el aniversario de la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948.

Con el transcurso del tiempo, se han desarrollado un conjunto de instrumentos y mecanismos para asegurar la primacía de los derechos humanos y para hacer frente a las violaciones de los derechos humanos dondequiera que ocurran.

