

La comunicación **MÉDICO-PACIENTE,** la eterna relación inacabada

MARIANO CASADO BLANCO



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

La comunicación
MÉDICO-PACIENTE,
la eterna relación inacabada

MARIANO CASADO BLANCO



Edita

FUNCOMBEA

*(Fundación Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz)*

© Mariano Casado Blanco

Imprime

Zeta impresión. Badajoz

Depósito legal

BA-116-2021

ISBN

978-84-09-28554-9

Queda prohibida, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de su propiedad intelectual.

Obra galardonada con el Accésit

XVI PREMIOS CIENTÍFICOS de la FUNDACIÓN A.M.A.

“Comunicación y Salud”

Índice

Prólogo	9
1. Introducción	13
2. La relación médico-paciente como relación humana.....	19
3. Información/comunicación	31
4. La comunicación como acto humano	37
5. Elementos a tener presente en la comunicación médico-paciente	41
6. Obstáculos en la comunicación médico-paciente	49
7. La comunicación como acto médico	53
8. Relación médico-paciente	59
9. Importancia de la comunicación en el ámbito de la salud.....	73
10. La relación médico-paciente en el actual ámbito de la salud.....	83
11. Importancia de la comunicación en la relación médico-paciente	93
12. Aspectos relacionados con la comunicación médico-paciente	103
13. La responsabilidad ética del médico en la relación con el paciente.....	113
14. La buena comunicación del médico como reflejo de esperanza para el paciente	123
15. Formación en comunicación en el campo médico.....	129
16. Relación médico-paciente frente a las nuevas tecnologías de la información	137
17. Conclusiones.....	141
18. Bibliografía.....	145

Prólogo

Junto al Vademecum

Hacía falta. No me ando con rodeos. Un libro como el que tienes en las manos, era y es necesario. Para analizar, para profundizar, para descubrir, para poner en perspectiva un aspecto trascendental en la sociedad actual. Para cualquier aspecto desde la posición de médico, y me atrevería a decir que también como paciente, para que nos entiendan mejor, esta publicación que hemos emprendido con mucha ilusión, se hacía indispensable. Riguroso, ameno, didáctico, ambicioso, esperanzador, moderno. Adjetivos que se quedan cortos para abarcar toda la propuesta que nos presenta un médico en materia de comunicación. Un médico, permíteme la licencia, que precisamente no requiere mucho de la comunicación con sus pacientes. Aunque también, por supuesto.

Han sido muchas las jornadas y conferencias que a lo largo de estos años hemos realizado en el Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz donde el centro del análisis ha estado precisamente en la relación del médico y el paciente, y su evolución en el tiempo. Y dentro de esta relación, la comunicación juega un papel clave para la mejora de la atención sanitaria. En más de una ocasión hemos expuesto como colectivo que un hecho tan simple como una comunicación fluida entre ambos es piedra angular en cualquier sistema de salud. Hasta tal punto que hemos pedido, y seguimos reclamando, tiempo suficiente para comunicarnos con nuestros pacientes. Unos pacientes que no son meras tarjetas, ni un historial cualquiera que consultamos en un momento determinado. Son seres humanos que sufren con su dolencia, con su preocupación, con su angustia. Sentimientos que comparten con nosotros, los médicos, como salvadores de una situación que nos apremian a que solucionemos. Por ello, la comunicación es determinante para cumplir nuestros objetivos con todas las garantías.

La Medicina es humanismo. Otro elemento que mi compañero Mariano Casado trata con soltura y acierto en esta publicación. Y como humanismo que es, la comunicación entre seres humanos es una herramienta básica para situar ese concepto de humanismo en la profesión médica en su máxima expresión. Los humanos se comunican. De igual a igual. El emisor habla, el receptor recibe el mensaje, lo procesa y entiende, y vuelve a trasladar un mensaje al emisor para concluir el proceso de comunicación con el lenguaje como soporte. Así de simple y al tiempo así de complejo. Simpleza en la capacidad que tenemos de hablar o escuchar. Complejidad en la cantidad de ocasiones que ni entendemos el mensaje, ni somos capaces de trasladarlo con eficacia, ni en las múltiples veces que el receptor no consigue, o no quiere, devolver un mensaje para cerrar el círculo completo de la comunicación.

He mencionado este proceso como de igual a igual. Sí, sin duda. De persona a persona. Porque de lo contrario, no sería comunicación. Ni hablaríamos de humanismo. Pero en la sociedad actual, habría que profundizar en esta relación entre el médico y el paciente, como de forma exitosa hace el Dr. Mariano Casado en este estudio. Hemos dejado atrás los tiempos en los que el médico recetaba y el paciente callaba y obedecía. No era una comunicación real, más allá de si "le duele esta parte a usted" o "si se tomó la pastilla que le receté el otro día", con la afirmación o negación del paciente, que se limitaba a responder. El médico hablaba y el paciente escuchaba, a menos que fuera cuestionado. La sociedad actual requiere y necesita otra relación entre ambos en la que interactúan en un mismo plano, pero con papeles diferentes. Cada uno el que le corresponde. El médico sabe de Medicina y el paciente, con más información y formación que en otras épocas, interpreta estos conocimientos que son trasladados en la comunicación entre ambos para su propio beneficio. En todo este proceso, tanto si el médico no adopta el rol adecuado como si el paciente no se adapta a la situación, el proceso de comunicación habrá fracasado. Seamos claros. Si el médico le habla al paciente con un lenguaje tan técnico que éste no consigue entender de qué le hablan, la comunicación no se produce. Si el paciente no quiere entender el mensaje porque ya ha leído en Google qué le pasa, la comunicación no se produce. Y como hemos dicho antes, sin comunicación no hay Medicina.

Quiero repetir aquí la reflexión del Dr. José M^a de Portugal: "no podrá ser plenamente buen médico el que por sus insuficientes o defectuosas condiciones personales no pueda establecer una buena relación con el paciente".

Otro aspecto de este libro en el que me gustaría detenerme es en el apartado deontológico. Como debe ser, Mariano Casado con dilatada trayectoria y profundos conocimientos en este campo, aborda esta materia aplicada a la relación médico y paciente. Como en cualquier elemento a la hora de ejercer nuestra profesión médica, la deontología juega aquí también un papel fundamental como guía para todas

nuestras actuaciones. Un aspecto que es analizado aquí con profusión para establecer las bases y el escenario en el que debemos movernos los médicos.

Si alguien me pregunta si estamos ante un libro destinado a los médicos, respondería que, con toda certeza, sí. Si alguien me cuestiona si es un libro exclusivamente para médicos, le respondería con seguridad que no. Es útil y necesario para ejercer con eficacia nuestra profesión, pero al mismo tiempo es básico para que el paciente tenga constancia de su papel en la Medicina actual. Si alguien me pregunta si este libro sería de utilidad en los despachos de los gestores de los sistemas sanitarios, me atrevería a decir que sí. Porque ante los enormes gastos en aparatos de última tecnología, ante los cuadrantes de personal de hospitales y centros de salud, ante los presupuestos en medicamentos y material sanitario, una buena calidad asistencial requiere de una relación médico y paciente fluida, estable y enriquecedora, aspecto básico que deberían tener presente estableciendo los tiempos necesarios para consolidarla. Porque sin comunicación no hay humanismo. Y sin humanismo, no hay Medicina.

Esa comunicación es la que genera confianza y confianza que crean el acuerdo tácito del secreto profesional.

Estimado Dr. Casado, en efecto, hacía falta tu libro. Eres conocedor de la materia por tu amplia experiencia como presidente de la Comisión de Deontología de nuestro icomBA y durante años como vocal de la Comisión Central del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Estimado lector, es necesario leerlo.

Dr. Pedro Hidalgo Fernández

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz

Introducción

Quizás que por cuestión de la edad, o tal vez por cierto defecto profesional, vengo observando con cierta frecuencia que personas y por supuesto profesionales, sensatos y formados, dan pasos en la vida diaria que realmente asombran e incluso sorprenden; y así he comprobado una y otra vez, cómo personas con un conocimiento por encima de lo genérico en referencia a lo que es y representa la naturaleza humana, al menos en lo teórico, exhiben comportamientos que resultan en verdad incomprensibles e impropios; e igualmente he observado, con similar frecuencia, cómo las personas más técnicas y preparadas emplean medios poco adecuados para los asuntos más sencillos de la vida y, además es fácil comprobar cómo el trato e incluso la corrección que debieran procurar, no resulta la más atenta ni la que les corresponde, en relación a su situación e incluso rango social.

Pero hay más, pues también observo como personas que, aun teniendo un relevante y consecuente privilegio, en virtud de sus grandes cualidades, descuidan las pequeñas formalidades sociales, como las reglas de la modestia, de la educación y sobre todo de la prudencia, y aun así tratan de justificarse en esas carencias, compensándolas con presuntuosos logros, bien sean a nivel profesional, personal o social.

Sirva esta pequeña reflexión para adentrarnos gradualmente en este estudio, que comenzaremos indicando algo que puede resultar hasta una obviedad, y es que todos los seres humanos somos sujetos sociales por naturaleza, e igualmente esta sociabilidad, o si se prefiere esta distinción "de social", es algo consustancial al propio ser humano, o al menos así lo es de forma conceptual. Esto, ayuda a que cada ser humano se pueda auto desarrollar, aunque para ello le sea preciso establecer o mantener una relación con los demás, la cual solamente resulta posible llevarla a cabo y

hacerla efectiva mediante el denominado proceso de “la comunicación interpersonal”, término acuñado por, el psicólogo y sociólogo, Herbert Blumer¹, quien señalaba que para entender cómo se configura la sociedad resulta indispensable analizar la relación de los miembros que la componen y cómo confieren significado a cada uno de los elementos que forman parte de dicha interacción y que la hacen posible. (Blumer H, 1982). Esta teoría resulta insuficiente y por ello se complementa, de manera muy significativa, con la de Rafael Echeverría², cuando en su reciente libro “Ontología del lenguaje” (Echeverría R. 2017), hace referencia a elementos, como el “escuchar” y la “inquietud”, como parte fundamental para generar la resignificación, cuestión importante que permite hacer transformaciones en el ámbito de lo social, y donde se defiende que todo fenómeno social es originalmente un fenómeno lingüístico.

Por ello, hablar de comunicación³ social es hacer referencia a un elemento que resulta básico en las relaciones humanas, de tal manera que, cualquier acto humano⁴, siempre lleva incluido una determinada y variable comunicación, mediante la que se realiza la transmisión de mensajes o de información, de todo tipo, a otras personas.

Llevando todo lo anterior al ámbito de la Medicina y, más concretamente al acto médico⁵, resulta que la comunicación es una cuestión, que es y debe resultar, especialmente cuidadosa, además de ser obligatoria y a la vez exigente, incluso por mostrarse como un elemento esencial y necesario para poder impulsar la relación y la colaboración entre el médico y el paciente, logrando con ello añadir claridad a la información que el médico facilita al paciente, en referencia a sus problemas tanto clínicos como asistenciales, y con ello tratar de mejorar tanto la eficiencia de la

- 1 Herbert Blumer (1900-1987) fue un sociólogo y psicólogo estadounidense que, en el ámbito de la ciencia de la comunicación, formuló la teoría base de la corriente del conductismo social -también llamado interaccionismo simbólico-, basado en las ideas de su maestro George H. Mead y con la influencia del sociólogo Charles Ellwood, de quien también aprendió.
- 2 Rafael Echeverría es un sociólogo y filósofo chileno, creador del término ontología del lenguaje, que se refiere a la naturaleza del ser humano como ser intrínsecamente lingüístico. Es además un prestigioso experto en coaching, socio fundador de la empresa *Newfield Consulting*.
- 3 Una de las acepciones que da la RAE, es la de transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.
- 4 Se denominan actos humanos a todas las acciones que realiza una persona en forma voluntaria y en los que interviene la voluntad (capacidad de decidir sobre la realización del acto), la razón (realización del acto basándose en la inteligencia) y la conciencia (conocimiento responsable y personal sobre el acto). los actos humanos son la manifestación de los valores y virtudes de la persona, por lo tanto, si la persona posee valores positivos sus actos serán considerados positivos y si la persona posee valores negativos (antivalores o desvalores) sus actos serán juzgados como negativos. (<https://eripau24.wixsite.com/unasimpleaprendiz/post/definici%C3%B3n-de-acto-humano-y-acto-del-hombre>)
- 5 Acto en que el médico actúa como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar, etc.

entrevista como el establecimiento de un mejor manejo ante una determinada situación asistencial, siempre y cuando este sea aceptado por el paciente, lo que ocasiona, sin duda, una mayor satisfacción, tanto para el paciente como para el propio médico.

Pedro Cófreces indica que, si bien la relación médico-paciente es tan antigua como la Medicina misma⁶, no fue hasta finales de la década de los años 70, del pasado siglo XX, cuando fue abordada de un modo sistemático y formal, (Cófreces P., et al., 2014), incluso algunos autores (Alfonso Mendoza F., 2017) le confieren tanta importancia que llegan a certificar que, excepto la relación amorosa y la relación madre-niño, tal vez ninguna otra relación entre seres humanos haya suscitado tanto interés a lo largo de la historia, como la propia relación médico-paciente.

El texto que se presenta, no se centraliza específicamente en el análisis de la relación médico-paciente, sino que pretende hacer referencia, de manera más particular, a la comunicación que debe existir entre médico y paciente y que consecutivamente tiene su reflejo en el amplio campo de la Salud.

En referencia a la relación innegable existente entre comunicación y salud, se puede señalar, de manera objetiva, que esta es una cuestión aún más reciente si cabe, ya que su impulso tuvo su inicio en la década de los años 90, coincidiendo con el cambio de enfoque experimentado en aquellos momentos, y considerando que la relación entre el médico y el paciente, debiera estar centrada específicamente en el propio paciente. Esto no fue más que el reflejo de determinados movimientos sociales de aquella época, que defendían tanto los derechos como la específica y ansiada autonomía del ser humano.

Es tal la importancia y consideración que se le comenzó a conceder a la comunicación entre el médico y el paciente, que se estableció el criterio general en cuanto a que el éxito que se puede alcanzar en el acto médico está relacionado directamente con el manejo de los aspectos comunicativos, que el médico maneja o puede llegar a desarrollar y que consecuentemente puede establecer con el paciente, al igual que aquellos que el paciente pueda formar, a su vez, con el médico.

Previa a la comunicación con el paciente, resulta imprescindible que el médico facilite una buena información y, para que esta se haya podido normativizar y alcanzar cotas de efectividad, ha sido preciso redactar determinadas normas legales y leyes⁷,

6 El origen de la medicina se remonta prácticamente a la propia aparición del ser humano.

7 La Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria, reglamentaba cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 trataba de forma insuficiente, como el derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado, la documentación sanitaria, la historia clínica y demás información clínica.

aunque sinceramente para el tema que se expone, se ha ido demostrando su insuficiencia, pues no permiten garantizar que la exclusiva información dada al paciente, por parte del médico, pueda ser o resultar la que precisa este, sobre todo cuando presenta determinados y en ocasiones importantes problemas de salud.

De ahí que, resulte indudable que para que la comunicación entre el médico y el paciente sea práctica y efectiva, se haga preciso, por un lado, tener “a mano” determinados conocimientos reguladores, así como materiales de apoyo que posibiliten esta acción, y por otro que el médico desempeñe y practique una particular disposición, tanto a nivel personal como en el ámbito profesional.

De este modo el estilo de comunicación que desarrolle y ponga en práctica el médico será el que determine el propio carácter de herramienta terapéutica o defensiva en cuanto a la toma de decisiones que se han de compartir entre el médico y el paciente (Costa Alcaraz AM, 2011). En este sentido, se ha demostrado que una buena comunicación médico-paciente mejora los resultados en salud. (Stewart MA, 1995).

La realidad es que cuando se establece el contacto entre el médico y el paciente, se plantean diferentes perspectivas, que surgen de la propia relación, y que en ocasiones comporta verdaderas dificultades de comunicación entre ambos, e incluso el conflicto de valores y de jerarquías que no son compartidos, lo que conlleva de manera casi irremediable a la aparición de determinados conflictos.

Aún más, cuando el paciente no se considera valorado o incluso no se siente suficientemente atendido en su problema de salud, la propia identidad de la relación entre el médico y el paciente traza importantes deficiencias, dificultades e incluso se transforma en nuevas fuentes generadoras de conflictos. Así, determinados métodos, en los que el médico desatiende e incluso ignora al paciente, implican lastimar y romper tanto la interacción positiva con uno mismo (autoestima) como con el médico (confianza), dando así lugar a una dinámica de disputa (defensa-ataque), entre ambos.

Pero con todo ello, existe una realidad, y es que nadie puede poner en duda, que los pacientes, en ocasiones, denuncian o demandan a los médicos y, generalmente suelen ser pacientes que se han sentido lejanos, ignorados o desatendidos, y por ello resulta, en cierta manera, hasta comprensible que pidan responsabilidades profesionales y sobre todo cuando de esta relación se ha originado un mal resultado clínico. Por el contrario, este escenario será excepcional si la relación entre ambos es empática (Hickson GB. et al., 2002), con pacientes que se sienten escuchados y considerados, lo que hace que se impliquen en autocuidados de su salud e incluso lleguen a aceptar mejor los resultados, aun cuando estos no sean concordantes con sus expectativas (Stewart MA, 1995).

En Medicina, además existe un latente peligro o riesgo y es que, si la comunicación entre médico y paciente no se hace como corresponde, puede acabar confundiendo a los pacientes como meros objetos o como simples cosas. Como bien indica Costa Alcaraz (Costa Alcaraz AM., 2012) en el ámbito de la salud, un profesional trata como cosas a las personas que le consultan, cuando las atiende mostrándose como un mero observador de un cuerpo, el cual se encuentra enfermo, pero sin tener en cuenta cómo se siente, qué ideas tiene de lo que les pasa, desconociendo los apoyos psicosociales con los que cuenta, o incluso qué expectativas mantiene respecto a la recuperación de su salud.

Esta falta de esmero con respecto a los elementos personales, relacionados con emociones, expectativas, necesidades y creencias, hace imposible que el médico llegue a comprender al paciente que tiene delante. Por ello, resulta evidente que, cuando el médico muestra esa actitud, el paciente experimenta cierto malestar e inseguridad, con el consecutivo quebranto de la relación clínica, lo que puede tener consecuencias importantes, como ya se han advertido.

La relación médico-paciente como relación humana

Es de sobras conocido como el médico para llegar a ser un buen profesional, precisa aparte de conocer y dominar las reglas de su “técnica”, que le permiten hacer juicios clínicos, el estar en posesión y dominio de específicos conocimientos y habilidades, que le facultan para poder generar reflexiones tanto de carácter ético, como para tomar decisiones con amparo legal.

Para ello, resulta indispensable que el médico deba formarse e informarse, sobre aquellos aspectos que están directamente relacionados con la profesión, y sobre todo teniendo muy presente que el ejercicio de su pericia no consiste exclusivamente en la prestación de asistencia médica de carácter técnico, sino que debe atender y preservar algo tan esencial como es el saber comunicar, cuestión que se puede y se debe ver reflejada, de forma muy objetiva y directa, en la relación que debe tener con el paciente.

Para abordar, de manera efectiva, estas cuestiones médicas tan importantes, como son la relación médico-paciente, la comunicación, la información o la salud, y aunque sobresalen como cuestiones palpablemente complejas, sí que resulta necesario y obligado el abordarlas de manera conjunta desde el campo del *humanismo médico*, y el de las “ciencias médico-sociales”; o lo que es lo mismo, desde la reflexión y con las aportaciones que facilitan disciplinas como, la medicina legal, la antropología médica (cultural y filosófica), la ética médica, la comunicación médica, el derecho sanitario, la economía de la salud, la educación médica, la literatura médica y el arte médico en general, la historia de la medicina, la psicología médica, así como la sociología de la salud.

En un sencillo, pero a la vez amplio sentido, el *humanismo*⁸, es entendido como una forma de vida, que valora, que tiene en cuenta y que hace énfasis en todo aquello referente y específicamente humano, y que conlleva a que el objetivo sea que al hombre -en el más amplio sentido de la palabra- haya que observarlo, entenderlo y tratarlo, para lograr así el verdadero sentido que tiene la palabra "*humanismo*"⁹.

El jesuita francés, Pierre Teilhard de Chardin¹⁰, uno de los más grandes pensadores del siglo XX, decía en su ensayo *El fenómeno humano*¹¹ que: "*El hombre no es sólo centro de perspectiva del Universo sino también centro de construcción. Por conveniencia, tanto como por necesidad, es hacia él donde hay que orientar finalmente toda ciencia. Si realmente ver es ser más, miremos al hombre y viviremos más intensamente*", lo que nos viene a ratificar que es necesario conocer la naturaleza del hombre, para poder llegar a entenderlo y a comprenderlo.

Muy relacionado con este pensamiento, no se puede descuidar, tal y como indicó Aristóteles, muchos siglos antes, que la ética está cimentada sobre el hombre, y la Medicina, al fin de cuentas es, en esencia, la ciencia del hombre, y derivado de esto surge el propio *humanismo médico*.¹²

A este respecto, si se acepta que la *Ética Médica*¹³ es fundamentalmente una *Ética Humanista*¹⁴, y basada en la ciencia del hombre, solamente es posible admitir, que mientras más científico sea el actuar profesional del médico, más ético resultará.

8 El humanismo fue un movimiento filosófico, intelectual y cultural europeo surgido en el siglo XIV que se basó en la integración de ciertos valores considerados universales e inalienables del ser humano. Esta corriente de pensamiento surgió en oposición al pensamiento teológico, en el que Dios era el garante y el centro de la vida.

<https://concepto.de/humanismo/#ixzz6j7w4WCRG> [consultado el 15 de septiembre de 2016]

9 El humanismo se originó en el siglo XV en Italia con la influencia de autores del siglo XIV como Francesco Petrarca y Giovanni Boccaccio quienes defendieron las ideas y la cultura grecorromana. Fuente: <https://concepto.de/humanismo/#ixzz6j7wtVbln>. [consultado el 15 de septiembre de 2016]

10 Pierre Teilhard de Chardin (1881-1955). fue un religioso jesuita, paleontólogo y filósofo francés, fue capaz de unificar tres profesiones que vivió con intensidad: la de geólogo, la de filósofo y la de místico.

11 *El fenómeno humano (Le phénomène humain)*. Pierre Teilhard de Chardin Editions du Seuil, París, 1955. Taurus Ediciones, S. A., Madrid. 1965.

12 El acto médico es un ejercicio de humanismo que se basa en una insustituible relación de confianza mutua entre el médico y su paciente, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser individualmente consideradas y atendidas.

13 La ética médica es un sistema de principios morales que se aplican a la práctica de la medicina clínica y la investigación científica. Entre los principios que rigen la ética en medicina encontramos los de honestidad, cuidado, integridad, no discriminación y confidencialidad. Gracias a la ética médica, el paciente tiene la seguridad de que su información personal será privada, o que se respetarán sus deseos de atención mientras esté incapacitado. <https://clinic-cloud.com/blog/etica-medica-definicion-principios/> [consultado el 14 de septiembre de 2016]

Realmente, es un tema complejo, y cuanto más se penetra en su complejidad, más incertidumbre nos llega a producir, aunque eso no impida que de forma básica este sea un tema primario, en cuanto a la concepción de la propia Medicina, e incluso me atrevería a indicar que la profesión médica no hubiera sido posible fundamentarla ni siquiera ejercerla, sin tener en cuenta estos preceptos, ya que son los que ayudan y permiten establecer la verdadera dimensión o relación humana, que debe cultivar el médico hacia el paciente.

Adentrándonos un poco más, el *humanismo médico*, tiene una especial y fundamental simbología en la relación del médico con el paciente, pues ahí es donde se concentran y honran las conexiones respetuosas que facilitan y permiten al médico ayudar, de forma generosa y efectiva, a la persona que confía en él, y permitir así el alivio o incluso el poder preparar la curación de una determinada enfermedad. De manera que la conducta de aquel médico que se aleja de la Ética Médica, y de su compromiso profesional, hace que descuide el componente espiritual y afectivo del paciente, pasando a tratarlo simplemente como un objeto, como una cosa¹⁵ o como un mero sujeto de experimentación.

Con ello, resulta indiscutible que entre humanismo y ética existe una estrecha relación, y como indica el profesor Gonzalo Herranz¹⁶; *“no hay nada en la relación médico-paciente, ni en la estructura de la profesión que no esté tocado de ética, en Medicina nada es indiferente”*¹⁷.

Centrándonos en la relación médico-paciente, esta es un trato muy exquisito, en cuanto a matices, a la vez que compleja y sobre todo reglada por el especial sentido de humanidad y quizás por ello, el médico que ejerce su saber científico con carácter ético, lo debe hacer siempre respetando los valores y principios, tanto suyos como

14 Los principios clave de la ética del humanismo, tomado del Manifiesto Humanista (2000), nos señalan que la dignidad y autonomía del individuo es el valor central. Y se compromete a maximizar la libertad de elección: libertad de pensamiento y conciencia, el libre pensamiento y la libre investigación, y el derecho de los individuos a seguir sus propios estilos de vida hasta donde sean capaces y hasta tanto que ello no dañe o perjudique a otros.

15 La cosificación de la persona consiste, obviamente, en convertir a las personas en cosas; y esa conversión se puede dar en un doble plano: el metafísico y el ético. Es decir, podemos cosificar a la persona cuando al intentar explicar lo que esta es, acabamos por convertirla en una mera cosa; y también puede ocurrir lo mismo al no comportarnos con respecto a ella conforme a la dignidad que merece.

16 Gonzalo Herranz Rodríguez, médico, catedrático emérito de la Facultad de Medicina de las Universidades de Navarra y Oviedo. Reconocido experto en Ética Médica, Deontología Médica, Ética de la Investigación y Bioética.

17 <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/la-etica-de-los-cuidados-paliativos>. [consultado el 15 de septiembre de 2016]

del paciente, y que están estrechamente relacionados con la intimidad, la individualidad y la confianza, sin olvidarse que todo esto se debe llevar a cabo sin obligar, sin mentir, y preservando el respeto a la vida, a la verdad y a los valores trascendentales que posee todo ser humano.

Manejando conceptos como; hacer el bien, ser bondadoso, comprensivo, protector y afectivo; resulta que a quien se le tiene o se le considera que sabe sanar, debe igualmente saber estimular y fomentar estos conceptos, para poder generar confianza, esperanza y seguridad, en quien la solicita o en quien la necesita. Pero, a lo largo de la historia, también han existido quienes han empleado esos mismos conocimientos asociándolos a la desconfianza y a la manipulación emocional, infundiendo alarma o abusando del más necesitado, en definitiva, comerciando con la salud. (García-Viveros, 1990).

Ya decía D. Gregorio Marañón¹⁸ que, *“el humanismo se manifiesta en la comprensión, la generosidad y la tolerancia, que caracteriza en todo tiempo a los hombres impulsores de la civilización. Hay que clamar para ensalzar al humanismo, pedir y desear que la juventud sea humanista, o al menos una parte de ella, que bastaría para que se salve el mundo”* (Marañón G., 1962).

Por ello, el médico no puede ni debe ignorar que antes que médico es un ser humano, y que tiene ante sí a un paciente, que del mismo modo es otro ser humano, y por tanto la relación y la comunicación entre ambos debe llevarse a cabo, y quedar establecida, siempre en un plano y en un contexto marcado, de manera rigurosa, por el humanismo y por la ética. Todo esto, es algo tan importante que cuando se formaliza de esta manera, el paciente aprecia y establece la capacidad humana de la que es poseedor el médico.

Pero esto, que sobre el papel no tendría que generar excesiva dificultad, resulta que en la práctica sí lo es, y como muestra el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial¹⁹, en su 3ª edición del año 2015²⁰, *es algo objetivo y perceptible como la atención médica moderna ha planteado dilemas éticos multifacéticos y muy complejos y a veces el médico no está instruido ni experimentado para saber manejar esto, de una manera adecuada y proporcionada.*

18 Gregorio Marañón y Posadillo. (1887-1960) Médico y ensayista español.

19 El Código Internacional de Ética Médica es un documento que establece las bases para el comportamiento de profesionales de medicina en todo el mundo. Fue la Asociación Médica Mundial el organismo que propugnó esta serie de normas, originadas en el año 1949 y enmendadas en distintos congresos en los años 1968 y 1983.

20 https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf. [consultado el 15 de septiembre de 2016]

Y, ese mismo texto, hace referencia a otra cuestión, que está muy relacionada, y es que los médicos saben lo que simboliza el poder de participar en la comunicación médico-paciente, que además se entiende que es algo único, pues permite y facilita el intercambio de conocimientos, tanto científicos, asistenciales como de atención, todo ello en un contexto donde deben primar de manera continua cuestiones tan esenciales para la ética, como son la esperanza y la confianza.

Ahora bien, al mismo tiempo resulta objetivo algo que no es posible relegar, como es la evolución de la sociedad actual de manera especialmente substancial, no sé si el rumbo elegido lo es para bien o para mal, pero en lo que respecta al médico, como profesional, ciertamente no se le considera como un ser especialmente fabuloso o venerable, ni como algo superior. Actualmente y como consecuencia de diversas circunstancias, que no es momento de referir, pero muy relacionadas con la mayor facilidad de acceso que se tiene a la información y que posee el paciente, así como el desarrollo de los derechos que le asisten, unido en cierta manera y en concretas situaciones a un cierto quebranto de la imagen del médico, hacen que el equilibrio de la comunicación médico-paciente se pueda ver afectada en variados sentidos.

Quizás esto no sea más que un reflejo de la cultura global actual, pues como indican Oriol y Pardell, a medida que los desarrollos tecnológicos y los trazos esenciales del ideario postmoderno se han ido anclando más y más profundamente, tanto la sociedad en su conjunto como el individuo en particular se han ido moldeando de acuerdo con ellos y han ocurrido trascendentales cambios en el panorama social y en el perfil caracterológico del hombre de hoy. (Oriol Bosch A. y col., 2003)

Actualmente se hacen muchas referencias con respecto a la deshumanización de la Medicina²¹, tesis que implica la pérdida de la imagen humanista, a la que se hacía referencia anteriormente y, que ciertamente ha identificado y caracterizado a los médicos durante cientos y cientos de años, para pasar a ser considerados como unos "expertos" muy preparados técnicamente, metidos en el modelo racional científicista y que en ocasiones parecen estar desviados de la propia sensibilidad humana. De ahí que me atreva a afirmar que la consecuencia de todo esto, es que "estamos formando médicos muy preparados técnicamente, pero poco humanos"²², que son com-

21 La deshumanización es la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor y por ello cuando el concepto se asume en el ejercicio de la medicina puede entenderse como la consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana. Pueden considerarse como grupos sociales deshumanizados los que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales.

22 Mariano Casado Blanco. <https://www.hoy.es/badajoz/201704/12/estamos-formando-medicos-preparados-20170412002414-v.html>. [consultado el 17 de septiembre de 2016]

petentes clínicamente y que ciertamente resuelven infinidad de problemas clínicos, aunque percibiendo parcialmente, en otras numerosas ocasiones, lo que significa la relación médico-paciente, y donde no se llevan a cabo el amplio abanico de las habilidades de comunicación que, se han de generar cuando se establece un vínculo con el paciente o la continuación de la relación con el paciente durante un largo del tiempo. Por ello hay una gran confusión, o mejor un gran error, ya que se reduce todo o prácticamente todo a la consideración de que la comunicación efectiva médico-paciente se centra específicamente, o casi de forma exclusiva, en la resolución del problema clínico.

Repasando estas cuestiones, en los años 70 del pasado siglo, las competencias clínicas básicas de un médico incluían simplemente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos (*problem-solving skills*)²³ y, en todo este entramado de ciencias y de preparaciones, las habilidades de tipo comunicacional quedaban fuera de esta lista, o si se prefiere ausentes. Además, existía el amplio criterio, por parte de una importante mayoría de médicos, que consideraban que la comunicación es una habilidad innata y propia del médico, la cual no se podía ni se debía aprender y, por lo tanto, no precisaba una enseñanza específica. Era tan arraigado este criterio que los primeros intentos por introducir la enseñanza de la comunicación en los planes docentes de las facultades de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos. (Pendleton D. et al., 1989).

Desde aquel entonces, el tema ha cambiado mucho afortunadamente, aunque el camino ha sido muy dispar en cuanto a marcar o establecer las directrices en cuanto a la formación de los futuros egresados médicos. A este respecto, se puede indicar que en el año 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) dio un giro respecto a lo que se venía enseñando hasta aquel momento, publicando un informe especial sobre comunicación médico-paciente, en el cual se concluía que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes²⁴. A partir de aquel entonces, todos los informes elaborados por el propio Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos, exigen que las facultades de medicina, para poder ser acreditadas oficialmente, debe incluir en sus planes docentes enseñanzas sobre habilidades comunicacionales de una manera formal y además supedita a evaluación tanto en sus

23 Habilidades para resolver problemas.

24 Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Washington DC: Association of American Medical Colleges;1999.

programas de pregrado como de posgrado²⁵. De esta manera en Estados Unidos actualmente, la enseñanza de habilidades en comunicación efectiva, es considerada como una de las competencias básicas en la educación médica²⁶.

Y, ¿qué ha sucedido en España?, pues algo muy distinto, ya que esta dimensión comunicacional de la profesión médica no se ha llegado a implantar por las universidades, como una verdadera área integral del currículo (C. Cleries, y cols., 2006) y en no pocas circunstancias el desarrollo de esta docencia se ha focalizado a un nivel de posgrado (Ruiz-Moral R., 2003), y no siempre de una forma unitaria y coordinada.

Pero a pesar de estas y otras puntuales cuestiones, que se expondrán a continuación, la Medicina siempre ha sido, y creo que así lo sigue siendo, una profesión marcada por el respeto y por el prestigio, ya que nadie puede negar la evidencia, en referencia a su contribución al bienestar y al avance de la sociedad y en definitiva a eso tan amplio que conocemos como Salud. A pesar de todo y con independencia de los cambios, referidos anteriormente y que se pueden ver reflejados en la posición actual del médico, la Medicina sigue siendo una profesión muy bien considerada²⁷, sobre todo por aquellos que necesitan de sus servicios, que en definitiva somos o podemos ser todos, lo que viene a corroborar el famoso dicho de que "solo te acuerdas de Santa Bárbara cuando truena"²⁸. Pero es que, al mismo tiempo, también sigue siendo atractiva para gran cantidad de estudiantes que desean formarse en este campo²⁹, que además y generalmente se da la coincidencia de que suelen ser los alumnos más aplicados, decididos y entregados, lo cual debiera incluirse de manera obligada para facilitar la formación en el período pregrado.

25 AAMC Liaison Committee on Medical Education Functions and Structure of a Medical School Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. Disponible en: <http://www.lcme.org/functions2008jun.pdf> [consultado el 14 de septiembre de 2016]

26 AAMC Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core Competencies for Collaborative Practice. Washington DC: Association of American Medical Colleges; 2011.

27 Los españoles tienen un nivel de confianza del 88 por ciento en los médicos. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/los-espanoles-confian-mas-en-los-agricultores-que-en-los-medicos-7608>. [consultado el 16 de septiembre de 2016]

28 Recrimina a quienes se olvidan de quien, una vez conseguido un beneficio, se olvida de quien lo ha hecho posible. [cvc.cervantes.es > lengua > refranero > ficha](http://cvc.cervantes.es/lengua/refranero/ficha). [consultado el 16 de septiembre de 2016]

29 Medicina es la titulación más valorada por los estudiantes para encontrar trabajo. Así se desprende de la Encuesta de Inserción Laboral de Titulados Universitarios que publica por primera vez el Instituto Nacional de Estadística (INE). El estudio fue recogido en septiembre de 2014 en base a la opinión de los licenciados durante el curso 2009-2010. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/medicina-es-la-carrera-mejor-valorada-por-sus-propios-estudiantes-8069>. [consultado el 16 de septiembre de 2016]

Desde la posición del paciente, y como mostraba Jovell³⁰, (Jovell A., 2003) es cierto que los pacientes esperan mucho de sus médicos y de la Medicina. Y estas elevadas expectativas, hacen que la Medicina sea una profesión especial y distinta, aunque con una gran responsabilidad asociada.

Además, hay otro hecho palpitable, de mucha importancia, y en cierta manera reprochable, y es que los medios de comunicación desarrollan y extienden estas expectativas, al recordar con frecuencia las sorprendentes posibilidades que poseen en general la ciencia, y particularmente la Medicina.

Con independencia de todo lo anterior, lo verdaderamente cierto es que la profesión médica se asienta sobre importantes y sólidos fundamentos humanistas y éticos, sin dejar de lado que la *relación médico-paciente* tiene asimismo una importante fuente legal, la cual la conceptualiza básicamente como una "relación jurídica"³¹, de la que se derivan tanto los aludidos derechos como las obligaciones, algunos de ellos de carácter esencial, y que aplican al médico la demanda de explícitos elementos como; la correcta prestación asistencial, el deber de informar, la obligación de obtener el consentimiento, la elaboración de la historia clínica del paciente, así como el proteger derechos tan esenciales como; la intimidad y la confidencialidad o el deber de guardar o en su caso revelar el secreto profesional, cuando así deba ser.

30 Albert J. Jovell Fernández, (1962-2013). Hijo de médico rural, fue licenciado y doctor en medicina y cirugía y en sociología y ciencias políticas, disciplinas que estudió en las Universidades de Barcelona, Autónoma de Barcelona y Harvard. Especializado en medicina preventiva y salud pública, fue Director General de la Fundació Josep Laporte y profesor asociado de la Facultad de Medicina de la UAB. Asimismo, fue presidente del Foro Español de Pacientes y director del Proyecto UAB-Universidad de los pacientes. También fue miembro del Consejo Directivo del Foro Europeo de Pacientes, del Consejo de la Profesión Médica de Catalunya y del Comité de Bioética de Catalunya. Fue autor de los libros Liderazgo afectivo, Análisis de regresión logística y La confianza, y recibió diferentes premios por sus artículos periodísticos y por su trayectoria profesional, como son los premios a la Excelencia Profesional en Humanidades Médicas, Reflexiones, Víctor Grífols, Compromiso Público de la Sociedad Española del Dolor y a la Trayectoria Personal de Farmaindustria. Albert Jovell, se distinguió en sus últimos años por su labor de apoyo a los colectivos de pacientes con el fin de lograr que adquieran una fuerza similar a la que ostentan en otros países europeos. Afirmaba que *"los médicos enfermos tenemos mucho que aportar a la relación médico-paciente porque hemos vivido en los dos lados"*. En muchas ocasiones explicó que *"Lo que intento es hacer una llamada de atención, explicar que los médicos también enferman"*. Esto tiene un lado positivo y otro negativo: *"La parte negativa es que sabes mucho más sobre la enfermedad, pero por otra parte puedes contribuir desde el otro lado a ver qué es lo que se puede mejorar"*. En su opinión, había detalles en los que el facultativo no suele reparar y que, sin embargo, pueden constituir detalles importantes en la calidad de vida de los pacientes.

31 La relación entre el médico y el paciente es compleja, abarca diferentes facetas, se desarrolla en múltiples modalidades. Ello obliga a considerarla en diversos planos, como son el humano, el profesional, el jurídico, el de la confianza y la fe del paciente frente al médico, entre otros.

https://www.researchgate.net/publication/28221744_La_relacion_juridica_del_medico_con_el_paciente
[consultado el 16 de septiembre de 2016]

En todo este entramado que estamos refiriendo, las apariencias pueden engañar, de manera que “no es oro todo lo que reluce”³², como alguien diría, sino que resulta preocupante el saber cómo hay médicos que a pesar de hacer bien su trabajo, siendo idóneos en sus tareas científicas y en sus deberes éticos, y con ello ajustando su actividad a la *lex artis*, hay pacientes que no consiguen estar satisfechos con ellos ni con su actuación.

Y es esa, digamos escasa proporción de pacientes, la que llega incluso a demandar o denunciar al médico ante las instituciones judiciales o extrajudiciales, para determinar el nivel de responsabilidad. Existen muchas referencias en las que se pueden considerar al paciente bien como usuario, bien como sujeto de o del derecho, e incluso como sujeto general, regido por valores morales liberales, los que hacen plantear una exigencia al médico en cuanto a proporcionar el bienestar propuesto y en ocasiones parcialmente conseguido. Vemos a un paciente enarbolando y llevando, por delante de sí, el derecho que tiene, el que se ha ganado, y el que le ha otorgado el contexto social, y consecuentemente si algo no funciona bien o como él considera que debiera funcionar, alguien tiene que responder por ello. Ese paciente “universal”, no es ciertamente amigo ni enemigo sino, como antes hemos mencionado, un usuario, el cual se muestra potencialmente satisfecho o insatisfecho respecto al uso del sistema sanitario en su conjunto y que por tanto puede quejarse o protestar, ante diferentes instancias, de las que dispone para poder hacerlo.

Pero está el “otro” sujeto, el sujeto amigo del amigo y que, siguiendo a Cicerón³³, “es el que desea el bien del otro”. De este modo, entra en acción el sujeto que es sensible y capaz de percibir el dolor, tanto físico como psíquico, el que es capaz de consolar, el que sabe acompañar, en definitiva, el que escucha de una forma activa ese rasgo penoso que presenta el otro, y ahí es donde aparece y donde se ajusta la figura del médico.

Hecha esta pequeña reflexión que hace Gómez Esteban, (Gómez Esteban, 2002) nos podríamos plantear, por tanto, ¿a qué se puede achacar esta situación y porqué se llega a expresas situaciones, digamos que incómodas? A este respecto, muchos apuntan, y creo que soy de los que orientan su opinión en el mismo sentido, que ahí quizás sea donde encontramos que el deseable intercambio o transmisión de infor-

32 <https://cvc.cervantes.es/lengua/refranero/ficha.aspx?Par=59168&Lng=0> Significado: Recomienda desconfiar de las apariencias, pues no todo lo que parece bueno lo es realmente. [consultado el 16 de septiembre de 2016]

33 Marco Tulio Cicerón (106 a.C. - 43 a.C.) Orador, político y filósofo latino. El apodo “Cicerón” parece que deriva de ‘cicer’, garbanzo; según unos por dedicarse su familia (la familia Tulia de Arpino) al cultivo del garbanzo; según otros por tener un antepasado con una verruga en la nariz como un garbanzo.

mación no sea o no se realice de manera adecuada o bien no discorra de forma correcta, por parte del médico, y que por ello impide, al paciente, obtener su satisfacción plena, en definitiva, sucede porque simplemente porque no existe la verdadera comunicación entre ambos sujetos: médico y paciente o paciente y médico.

Para fundamentar todo lo anterior, hay que tener muy presente que los médicos entienden la Medicina tanto como ciencia, como una aptitud o si se quiere como una habilidad. Así, y como ejemplo cuando se estudia en el período pregrado materias como la anatomía o la fisiología, les llega a entusiasmar el contenido de las mismas, pues les permite alcanzar el conocimiento acerca tanto de la estructura como del funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas, lo cual hay que reconocer que ciertamente resulta apasionante.

Quizás por esos conocimientos adquiridos en esa etapa, sea por lo que posteriormente cada uno se inclina por una específica especialidad médica, tratando de profundizar sobre los procesos que aquejan, tanto anatómica como fisiológicamente, a esas diferentes partes, que le apasionaron durante aquella etapa formativa tan importante, tratando de llegar a tener un dominio perfecto y amplio de todos los procesos patológicos que puedan originarse al paciente, y con ello facilitando el poder llevar a cabo acertados juicios clínicos y en definitiva desarrollando la ciencia de una forma eficaz.

Pero aun así algo parece que sigue malográndose. Como ya se ha indicado anteriormente, la realidad es que no es posible ejercer esta profesión desligando la ciencia de la parte del humanismo, ni el humanismo de la ciencia.

Para alcanzar estos objetivos, debe prevalecer el compromiso en torno a cuestiones como la preocupación y la ocupación del paciente y sobre el paciente, para así poder hacer cosas simples pero muy importantes, como el poder y saber consolarlos o atenderlos y en muchas ocasiones poder curarlos.

De este modo cuando se complementan ambas, y se unifican ciencia y humanismo, es cuando se puede decir que se ejerce íntegramente la profesión de médico, o lo que algunos han definido como el *"ser médicos"*³⁴.

En el panorama de un sistema sanitario cada vez más globalizado, el médico se enfrenta al reto de ofrecer una atención sanitaria cada vez más segura y donde la

34 "Ser médico supone contar con la habilidad singular de mantener un delicado equilibrio entre el conocimiento científico, en el que se basa la medicina, y el arte de la observación, la confianza en la intuición y la experiencia personal, cada vez que se enfrenta un paciente en un contexto caracterizado por la incertidumbre. Esencialmente "ser médico es escuchar y ayudar al otro que sufre." Dr. Guillermo Jaime Etcheverry. <http://revistahmvm.org/que-es-ser-medico/> [consultado el 16 de septiembre de 2016]

comunicación efectiva entre los propios médicos y de éstos, a su vez, con los pacientes, se imponen como una herramienta clave. (Aranaz JM. y col., 2010)

Ciertamente que, en este aspecto, el médico juega con cierta ventaja, pues parte de la existencia de una triple asimetría –de información, de conocimiento y de experiencia– con respecto al paciente, la cual entorpece la evaluación objetiva de los médicos por parte de los pacientes. Por contra, de lo que sí están en condiciones de valorar los pacientes, son los aspectos relativos a la forma de relación que mantienen con el médico y este con el paciente.

En definitiva, se puede señalar que el ejercicio de la Medicina no debe, ni puede limitarse sólo al vínculo médico-enfermedad, ya que a este binomio se añaden otros elementos igualmente fundamentales, tales como sentimientos, principios y vivencias del paciente y del propio médico. De este modo y para que la relación resulte más efectiva se debe establecer un mayor compromiso, que se base en una relación de confianza de persona a persona, con todo lo que esto involucra y lleva consigo.

Mucho se habla acerca de que esta interrelación está o pudiera estar en crisis, pero no como un fenómeno aislado, sino incluido en la transformación o evolución de la estructura o tejido social en general, al que se hacía referencia anteriormente.

La relación médico-paciente, como piedra angular de la práctica médica y de la ética médica, hay que circunscribirla dentro del ámbito de las comunicaciones y más concretamente en las relaciones humanas, que en definitiva son las que crean y estructuran, a su vez, las relaciones sociales.

Si nos detenemos un momento en este enunciado, es posible comprobar que la relación básica que existe entre estas dos palabras -comunicación y sociedad- es que fundamentalmente en la sociedad, por su particular naturaleza, existe una necesidad de comunicarse. Si esta comunicación no existiera, es evidente que lo más probable es que la sociedad tampoco existiría, ya que por definición esta interacción entre sí, resulta y es un elemento irremplazable.

Todo lo anterior y algunas otras cuestiones que a lo largo de este texto se exponen, son las bases que dan paso a analizar uno de los conflictos que inciden en esta relación, y que no es otra que la *Comunicación*, que se establece o se debe establecer entre el médico y el paciente, y que genéricamente nace cuando la salud de este se ve perturbada.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta la década de los años 70, del pasado siglo, cuando comenzó a ser abordada de manera sistemática y formal. Y haciendo referencia a la investigación en comunicación y salud esta es aún más reciente, con su desarrollo en los años 80 y más específicamente en la década del 90 (Bellón Saameño, y col., 2001).

La profundización de su estudio coincide con el enfoque de considerar relevante la relación centrada en el paciente, que tuvo su inicio en aquellos años, y que directamente se correlacionó con los movimientos sociales que defendían los derechos y la autonomía del paciente (Laine, et al., 1996).

Con el desarrollo de la sociedad actual se han puesto al alcance de cualquier persona el elemento de la información, que ciertamente y hasta hace poco era un coto reservado para el entendido y conocedor, lo que ponía de relieve la insignificancia y la trivialidad de cuestiones tan relevantes como; la trayectoria vital de la persona, la relación entre las personas, el compromiso humano, el elitismo de algunos e incluso la autoridad de esos mismos. Uno de los ámbitos en los que quizás más se pone de manifiesto todo esto, sea en el de las profesiones, las cuales, desde su formulación ideológica allá por el siglo XIX y su plena implantación social en ese mismo siglo y en el siguiente, se fueron caracterizando, precisamente, por hacer e incluso por llevar muy a gala, sin ser merecedores de admiración, algunas de las características que se han referido anteriormente.

Información/Comunicación

A buen seguro que a estos prestigiosos Premios Científicos, convocados por la Fundación A.M.A., sobre *“Comunicación y Salud”*, concurren Trabajos con un profundo y espléndido contenido científico e investigador, tanto descriptivos como analíticos, y por ello les puedo asegurar que me he pensado mucho el presentarme, con este sencillo y básico Trabajo, que en principio trata sobre un tema del cual se ha escrito mucho, que igualmente es sobradamente considerado, e incluso hasta podríamos decir que algo manido, pero en palabras de Gómez Esteban *“sigue siendo una empresa abierta”*. (Gómez Esteban, 2002), o como yo mismo he calificado de *“eterna relación inacabada”*.

Pero después de muchas dudas e indecisiones y plantearme que el tema de la comunicación entre los pacientes y los médicos no es algo a lo que se le haya dado un papel relevante en el entorno médico, y apreciando que, frente a las habilidades para interactuar con el paciente, priman en muchas ocasiones, las competencias técnicas de los médicos, es lo que me impulsó tomar la decisión y, a llevar a cabo la redacción, de estos diecisiete capítulos, articulados de forma independiente, que permiten su lectura de manera particular.

Ciertamente que, en los últimos años se aprecia un cierto cambio, sobre todo teniendo presente, por un lado, que el paciente ha evolucionado y actualmente demanda más información y, por otro lado, se evidencia un mayor interés por parte de los médicos por formarse en cuestiones relacionadas con la aptitud de aprender habilidades en la comunicación, para que estas les permitan conectar, en muchas ocasiones, mejor con los pacientes.

De todo esto, me surgieron tres preguntas, y sus respuestas o quizás mejor el no poder o no saber dar respuesta, o al menos que resultaran un poco claras, fueron las que me hicieron decidirme a redactarlo, tratando de analizar desde una perspectiva racional y, en cierta manera, crítica el significado que tiene o puede llegar a tener la "relación médico-paciente".

Las tres preguntas eran muy simples; la primera hacía referencia a si *¿si hay algo más directo que la relación médico-paciente para poder hablar de comunicación y de salud?*, la segunda, quizás aún más genérica, hacía alusión acerca de si *¿los médicos, establecen una buena comunicación con sus pacientes?* y la tercera planteaba *¿si lo médicos sabemos dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente?*

Como autoexamen, los animo a que se plateen estas mismas preguntas y traten de dar respuesta a las mismas, y ojalá esté equivocado, pero a buen seguro que las tres, tienen una respuesta negativa o cuanto menos, nada convincentes. Muchas referencias se hacen respecto a que *"los médicos informan correctamente, pero no se comunican bien con sus pacientes"*, por lo que éstos no les llegan a comprender, y además en muchas ocasiones la información que se facilita les provocan dudas, originando una cierta desazón y debiendo acudir por ello a la búsqueda de otras fuentes o vías de información, ya tecnológicas, ya bibliográficas o incluso publicitarias, que en definitiva les permitan obtener la información que desean, o si se quiere una información más entendible, que le pueda dar, en cierta manera, respuestas a sus dudas.

Claramente que la relación médico-paciente es el encuentro entre dos personas: médico y paciente, la cual está basada en una relación de reciprocidad y orientada a lograr o a tratar de alcanzar la recuperación de la salud alterada, tras la aparición de algún proceso de tipo patológico. Desde este escenario, el médico ofrece sus conocimientos profesionales y el paciente le cede tanto su cuerpo como su mente en solicitud de ayuda y de la debida atención. Con ello, una cuestión resulta primordial y es la colaboración que debe existir entre ambos -médico y paciente- para así tratar de poner los medios que permitan alcanzar el esperado entendimiento, como un elemento fundamental, a la vez que se reconoce el poder garantizar los derechos y el cumplimiento de las obligaciones que se derivan de esa relación médico-paciente.

Pero esto no resulta sencillo ya que, todo lo interconectado con esta especial relación, plantea graves y profundos desafíos de carácter no solamente legales, sino los que más nos interesan en esta exposición, los desafíos éticos, donde se hace totalmente necesario reflexionar, y en los que entran en juego cuestiones igualmente complejas, como son la libertad, la intimidad o incluso la codiciada justicia.

El paciente, que tradicionalmente era considerado destinatario de las decisiones diagnósticas o terapéuticas que asumía el médico, y que lo hacía habitualmente de una manera unilateral, se ha ido transformando, como se indicaba anteriormente, de manera progresiva y creciente, hasta convertirse y ser considerado como un agente de derechos muy cualificado y con una amplia capacidad de decisión, en lo referente a su proceso asistencial, de tal suerte que ha pasado de ser un mero espectador, a ser corresponsable de las decisiones, que se han de tomar a lo largo de todo su proceso clínico.

¿Y qué ha sucedido con el médico?, pues que paralelamente, se ha tenido que ir transformando igualmente y convirtiéndose en el verdadero guía o asesor del paciente y para el paciente, ofreciéndole tanto sus conocimientos como sus propuestas, y procurando imponer sus propias decisiones, las cuales deben ser aplicadas y tomadas de manera conjunta con el paciente.

Pero para que todo esto se haga posible, es preciso tener muy presente, algo que ya se ha referido anteriormente; cuestiones tales como la existencia de "*compromiso*" y de "*responsabilidad*", dos razones que me parecen esenciales en esta relación, pues en definitiva son las que marcan y determinan el quehacer del médico o mejor el buen quehacer del médico.

Cuando un paciente acude a la consulta médica, en primer lugar, precisa y hasta demanda que se le dé y, se le facilite información por parte del médico, y que además esta se haga de una manera tanto clara como veraz, para que de esta manera pueda saber y conocer lo que le sucede y cuales han de ser los pasos a seguir, con el exclusivo objetivo de alcanzar su posible recuperación. De esta manera, se quiera o no, el paciente se hace protagonista y, además principal de su propio proceso, asumiendo de manera responsable tanto su situación clínica como los cuidados a los que ha de entregarse.

¿Pero es suficiente con esta información? Objetivamente se puede decir que no, ya que en no pocas ocasiones el paciente quiere y necesita que el médico le dé no solo información, sino explicación, respuesta a sus dudas, cuestiones que le permitan sentirse cercano, considerado y desenvuelto en un entorno de consideración, para así poder saber y conocer abiertamente lo que le está sucediendo. Creo que este es, o al menos debe ser, un elemento básico, porque la consideración que debe tener el paciente de su propia enfermedad, aparte de sus sentimientos y percepciones respecto a su salud son o debieran ser muy tenidos en cuenta, como un aspecto fundamental de esta relación, y porque además es la esencia de lo que debe ser la Medicina.

Todo esto que indico, no debería resultar nada novedoso, ni original y, hasta quizás, no debiera ni siquiera tenerlo que mencionar en un texto como este, pues la

conducta del médico siempre debiera estar ordenada por las reglas éticas, que están sobradamente reguladas, de manera muy específica, en el Código de Deontología Médica³⁵.

A este respecto, es cierto y nadie lo puede negar que, la ética personal es pluralista y que cada uno somos como somos y nos comportamos como nos comportamos, pero igualmente es cierto que existe un criterio universal o reglas generales en cuanto a la conducta, compromiso y aptitud que debe mostrar el médico, en su profesión, y más concretamente con respecto al paciente, ya que no hay que olvidar que esta refleja la imagen de los médicos y de la Medicina ante la sociedad.

En cuanto a que la relación médico-paciente en un determinado proceso clínico, pueda resultar eficaz, debe cumplir una serie de requisitos imprescindibles y basados en la *confianza*, en la *seguridad*, en la *intimidad*, en el *cuidado*, en la *lealtad*, en la *compasión*, en la *libertad* y en la *competencia...*, cuestiones todas ellas que igualmente constituyen elementos esenciales del propio Código de Deontología Médica (CDM), tal y como se indica en su artículo 8.2: "*la asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente...*".

Pero aún así, ¿es suficiente con esto o por el contrario se necesita algo más? Evidentemente entiendo que no solo es cuestión de *ética* y *legalidad*, sino que es preciso considerar y por tanto agregar otro elemento más, como es el referido o relacionado con la *estética*,³⁶ es decir en alusión a todo el ornamento que hace de esta relación el que tenga una importante carga de efectos.

Está visto, tal y como ya se ha referido, que la relación que se establece entre el médico y el paciente es fundamentalmente una acción humana, pero, como toda acción humana debe tratar de ser o de aspirar a ser tanto respetable como beneficiosa y productiva.

35 Código de Deontología Médica que regula el ejercicio de los profesionales con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos

36 Lo estético coloquialmente es sinónimo de lo bello pero su origen es filosófico. Nació como concepto en la Grecia clásica pero no fue hasta el siglo XVIII que se convirtió en ciencia filosófica. Su creador fue el filósofo alemán Alexander Gottlieb Baumgarten. En 1735 utilizó por vez primera el término en su obra Reflexiones filosóficas acerca de la poesía mediante la conjunción del adjetivo griego Aisthetike (sensación, percepción) que tiene su origen en el sustantivo Aisthesis (sensación, sensibilidad) y el sufijo ica (relativo a). Ya en 1750 Aesthetica fue el título de su libro inacabado donde institucionalizó del término estética como el conocimiento de lo sensible, del sentimiento y de la percepción de lo bello. <http://www.dobooku.com/2013/05/lo-bello-lo-estetico-lo-artistico-y-la-muerte-del-arte/> [consultado el 16 de septiembre de 2016]

Y para ello, el médico debe dejar de lado sus convicciones personales y ajustarse a lo establecido tanto por parte de la ciencia médica como por las obligaciones legales y los deberes ético-deontológicos.

Volviendo a la conciencia individual, y aun siendo muy respetable, siempre debe quedar vinculada a la legalidad y, máxime en determinadas cuestiones particularmente regladas. Es, si se quiere, tanto como el paso de la moral kantiana³⁷, (cumplimiento del deber por el acto de voluntad), a la moral objetiva o eticidad, de lo que Hegel³⁸ denominó *Sittlichkeit*³⁹ (obediencia de la ley moral, en tanto fijada por las normas, leyes y costumbres de la sociedad). (García Hernández, 1999).

Dando un paso más, en este recorrido, considero que el principal dilema ético al que el médico se ha de enfrentar, es el conflicto que se origina entre su responsabilidad profesional como médico para con el paciente (tipificado en el propio juramento hipocrático), y sus obligaciones o responsabilidades para con los desiguales aspectos de la comunidad en la que se convive y para la que se trabaja. En este sentido las referencias a los fundamentos hipocráticos, resultan especialmente interesantes, y su objetivo sigue estando vigente, como se expresa en el propio Código de Deontología Médica, donde se priorizan los intereses del paciente sobre los del propio médico: *“la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”*. (artículo 5.3).

Quizás por ello, para la mayor parte de los médicos, la propuesta de la honestidad íntegra y radical hacia el paciente sigue siendo el santo y seña⁴⁰ de la relación médico-paciente, y el pilar básico donde se asienta la construcción de la confianza en el médico y en la Medicina, y donde todas las obligaciones éticas derivan de esa relación con el paciente.

37 A Kant el tema que le preocupa y del que se ocupa fundamentalmente es el tema del hombre. Kant declara en la Crítica de la razón pura: “Todos los intereses de mi razón (tanto los especulativos como los prácticos) se resumen en las tres cuestiones siguientes: 1) ¿Qué puedo saber?, 2) ¿Qué debo hacer?, 3) ¿Qué puedo esperar?”

38 Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) fue un filósofo del Idealismo alemán, el último de la Modernidad y uno de los más importantes de su época.

39 Para Hegel, Kant separó radical y absolutamente la moralidad de la legalidad, la ética del derecho, la intención moral de la realidad de las acciones humanas, rompiendo así la unidad esencial que liga la interioridad subjetiva moral con la realidad externa social y política. Kant disolvió el punto de vista de la *Sittlichkeit* (eticidad) griega, para la cual la ética y la política formaban una unidad sustancial y en la que el deber moral era inseparable de la realidad histórica y social. Si los griegos fueron para Hegel hombres éticos (*sittliche Menschen*) pero no morales (*moralische Menschen*), el hombre moderno de Kant es un hombre moral pero no ético. Garzón Díaz FA. Bioética médica y jurídica. Revista Latinoamericana de Bioética. Vol. 10, N.º. 1, 2010.

40 Signo que, identifica a una persona como miembro del mismo bando.

Pero no siempre es así, ya que en ocasiones esta relación se transforma y se presenta como algo tensa, incómoda y, hasta en determinadas circunstancias, con ciertos matices desagradables y, todo ello y a pesar de los esfuerzos que pueda efectuar el médico, no se llegan a alcanzar los efectos esperados ni deseados. Estas situaciones, cada vez más frecuentes, generan situaciones realmente adversas, a pesar de que el paciente mantiene y necesita verdadera ayuda, y que el médico procura honestamente mantener la relación y, aun así, las cosas tienden obstinadamente a crear un resultado negativo o malo.

Bien, pues de todas estas cuestiones es de lo que hay reflexionar como médico, y hacerlo de manera abierta e incluso crítica, y no solamente volver a desarrollar y referenciar la tan manida y teórica ética de la relación médico-paciente, pues conllevaría, por un lado, a un exhaustivo tratamiento de los fundamentos de la ética y, por otro lado, realizar un profundo análisis tanto de los procesos asistenciales como del ámbito de la ética aplicada. Nuestra finalidad debe ser otra, y es la de tratar de desarrollar algunas de las virtudes mínimas que debe aplicar y desarrollar el médico, para que su relación con el paciente sea, como indicaba anteriormente, buena y admirable.

Y esas virtudes hay que razonarlas de manera unitaria, ya que se muestran y son comunes, cuando la relación médico-paciente se desarrolla por los cauces "normales" como cuando aparecen algunos de esos denominados "eventos adversos".

La comunicación como acto humano

Cuando se habla de Comunicación⁴¹, se hace referencia a un tema dificultoso, el cual puede ser abordado desde perspectivas tan diversas y a la vez tan variadas; como las posiciones culturales, sociológicas, filosóficas e incluso antropológicas, aunque todas ellas trascienden como algo análogo.

Si algo hay de cierto y a la vez simple y, en lo que debemos estar totalmente de acuerdo, como punto de partida, es que la comunicación es un verdadero acto humano, por el que una persona establece contacto con otra, con el exclusivo propósito de poder transferir una explícita información.

Ontológicamente todo esto, asienta en el concepto de que el ser humano es un ser esencialmente sociable, y si es sociable es precisamente por eso, porque puede comunicarse, tal y como se indicaba al inicio de este texto. Y a través de la comunicación el hombre esquematiza, organiza, elabora, tanto su experiencia como el conocimiento humano que le llega y que tiene.

Pero hay más, ya que el ser clasificado como acto humano, lo es porque surge directamente de las facultades superiores de las que es poseedor el hombre, y que se circunscriben básicamente en la inteligencia y en la voluntad y, consecuentemente,

⁴¹ La comunicación es un proceso que consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor.

del resultado del mismo se hace plenamente responsable. Por ello, la valoración que se le confiere a la comunicación, y la importancia que tiene en la vida de cualquier persona, es primordial, pues sin la presencia del acto comunicativo la vida resultaría ciertamente que inconcebible.

Conceptualmente, y de forma genérica, el hombre por naturaleza es un ser integrado⁴², aunque pueda resultar confuso e incluso complicado el poder construir un justo contenido sobre este término, pero lo que sí resulta evidente es que el hombre requiere de la relación con sus semejantes, para así poder asegurar su existencia. En este sentido, la comunicación ocupa realmente un lugar privilegiado, tanto en la creación como en el desarrollo de las sociedades.

A este respecto Casales (Casales, J. C., 1989), plantea que al ser la comunicación uno de los aspectos significativos de cualquier tipo de actividad humana, así como condición para el desarrollo de la individualidad, expresa la necesidad objetiva de los seres humanos por relacionarse, por cooperar recíprocamente y en definitiva por perfeccionarse.

Resulta innegable la influencia que tiene la comunicación tanto en la formación como en el desarrollo de diferentes procesos psíquicos y consecuentemente de la misma personalidad⁴³; de manera que no existe comunicación que no evidencie la personalidad de un determinado individuo. Quizás de esta manera y atendiendo a esta estrecha vinculación sea más comprensible realizar el análisis del hombre como un ser social.

La comunicación humana se caracteriza, en principio, por su gran sencillez, pero alcanza una mayor dificultad cuando pasa a ser considerada como un "proceso social", término que es utilizado y definido Ricci y Zanni, (Ricci et al., 1990) con lo que alcanza un gran protagonismo dentro del contexto en el que esta comunicación tiene lugar o en el ámbito en el que se desarrolla.

Estos mismos autores muestran que además del aspecto social, la comunicación debe ser concebida como un "proceso técnico o tecnificado", ya que permite transmitir y hacer circular y revelar la información.

42 El punto de partida para establecer la integralidad de la persona humana puede vincularse desde distintas disciplinas del saber social y humano entre las que se encuentran la teología, la filosofía y la antropología e incluso desde la frontera de tales saberes. Gabriel Alexander Solórzano H. El hombre es un ser integral. Foro de Educación, n°10, 2008, pp. 347-367.

43 Por personalidad se entiende el conjunto de dinámicas psíquicas que son características de una misma persona, es decir, a su organización mental interior, que determina el modo en que dicha persona responderá ante una situación determinada.

Pero hay más y, quizás más interesante para nuestra redacción, y es que otra de las características que ha de tener la comunicación, es la de estar considerada como una “actividad compartida”, por la cual y de manera necesaria, admite poner en contacto a dos o más personas, permitiendo satisfacer ante todo un deseo primario, como es el de informar. Todo ello, sin olvidar que la comunicación responde a una segunda necesidad, cual es la de “convencer”, entrando en este sentido el aspecto de la afectividad, es decir que, al mismo tiempo, la comunicación se encuentra influenciada tanto por los sentimientos como por las emociones.

Como indica Bustamante (Bustamante, 2016), no existe cultura que no tenga, unido a ella, un plan de difusión y, por tanto, una comunicación constante entre determinados sectores sociales, por pequeños que estos sean. Del mismo modo, también resulta difícil plantear una comunicación en la que no haya o se contengan aspectos creativos o incluso que, renuncie a transmitir valores de cultura o de identidad. Es por ello, que para que la comunicación pueda resultar efectiva es inevitable hacer uso de estrategias que puedan resultar, cuanto menos, adecuadas.

Dando un paso más y desde el punto de vista didáctico, la comunicación se produce y se refleja en varios niveles personales, ya sea el *intrapersonal*, el *interpersonal*, así como el *grupal*.

El nivel *intrapersonal*⁴⁴ revela la comunicación que el hombre establece consigo mismo, por la cual manifiesta su nivel de autoconocimiento y generalmente se expresa a través de un razonamiento interior, en donde el individuo es emisor y receptor del mismo mensaje.

En este ámbito y tomando como modelo la *Teoría de las Inteligencias Múltiples*⁴⁵ de Howard Gardner⁴⁶, nos posibilita el poder conocer el amplio abanico de sentimientos que definen nuestra propia y particular manera de ser, así como el tipo de estímulos que pueden inducir a cada uno de ellos, discriminando bien entre distintos estados de ánimo, o aprovechando estos conocimientos para regular nuestra conducta hacia objetivos determinados, de manera que permita conocer los aspectos internos de nuestra mente y utilizar esta información a nuestro favor.

44 Intrapersonal hace referencia al grado en el que conocemos los aspectos internos de nuestra propia manera de pensar, sentir y actuar.

45 La Teoría de las Inteligencias Múltiples fue ideada por el psicólogo estadounidense Howard Gardner como contrapeso al paradigma de una inteligencia única. Gardner propuso que la vida humana requiere del desarrollo de varios tipos de inteligencia. Así pues, Gardner no entra en contradicción con la definición científica de la inteligencia, como la «capacidad de solucionar problemas o elaborar bienes valiosos»

46 Howard Gardner (Estados Unidos, 1943) es un psicólogo y pedagogo estadounidense que ha dedicado gran parte de su vida a la investigación. Gardner es popularmente conocido por su teoría de las inteligencias múltiples.

En referencia al nivel *interpersonal*⁴⁷, predominante en las relaciones entre personas, es formal establecer comunicación con otra persona, enriqueciéndonos de ella, y constituyendo la forma más idónea de establecer una comunicación asertiva⁴⁸, empática, personalizada y manteniendo una escucha activa, algo así como decir o considerar “una puesta en común”, teniendo siempre la voluntad recíproca, de reconocer las potencialidades del otro y su capacidad de colaborar. En definitiva, este nivel trata la relación entre dos personas que son comunicantes, y que se hace efectivo de acuerdo o conforme con sus capacidades y desarrollo personal.

A nivel *grupal*, la comunicación se promueve en un grupo, colectividad, comunidad humana y hace referencia a las relaciones entre los miembros de esta, así como las formas de comunicación y desarrollo que surgen en los diversos grupos.

Para Wilbur Schramm⁴⁹ uno de los principios básicos de la teoría general de la comunicación es que “los signos pueden tener solamente el significado que la experiencia del individuo le permita leer en ellos” (Schramm, Roberts, 1971) ya que sólo se puede interpretar un mensaje dependiendo de los signos que hayamos aprendido a atribuirles, lo cual constituye un marco referencial, en función del cual puede comunicarse un sujeto, o un grupo de ellos.

La comunicación, desde el punto de vista histórico y cultural, ya fue perfilada como categoría fundamental a partir de los trabajos basados en la teoría socio-constructivista o socio-culturalista de Vigotsky⁵⁰ (Vigotsky, 1979) y referida a las funciones psíquicas superiores. Destacaba algo que puede ser esencial y es que éstas funciones no responden a la línea de la evolución biológica, sino que son el resultado de la utilización de los elementos de la cultura, lo cual solamente se puede componer a partir del contacto entre los hombres. En este sentido destacaba igualmente la idea acerca del origen inter-psicológico de todo lo psíquico, es decir como cada función psíquica y la personalidad en general se genera como procesos inter-psicológicos que posteriormente se van interiorizando.

47 El adjetivo interpersonal hace referencia a aquello que se establece o se lleva a cabo entre, al menos, dos personas.

48 Ser asertivos significa expresar pensamientos y sentimientos de forma honesta, directa y correcta. Implica respetar los pensamientos y creencias de otras personas, a la vez que se defienden los propios. Expresar adecuadamente los sentimientos y deseos requiere de una importante habilidad personal e interpersonal.

49 Wilbur Schramm (1907-1987) fue uno de los pioneros en los estudios sobre comunicación en todo el mundo y constituye una referencia teórica para en el campo de la comunicación.

50 Lev Vygotsky (1896-1934) es un autor clave en la psicología del desarrollo y de la educación, si bien también hizo aportaciones importantes en el campo de la neuropsicología y fundó el enfoque psicológico histórico-cultural. Su teoría y su obra se enmarcan en el contexto de la revolución del proletariado que tuvo lugar en Rusia y en la que participó de forma directa.

Elementos a tener presente en la comunicación médico-paciente

Fijada la importancia de la comunicación, resulta pertinente centrar este capítulo en hacer referencia a determinadas cuestiones para permitan valorar la relación médico-paciente con un resultado verdaderamente efectivo. En este sentido, recordemos que ninguna otra profesión, como la médica, es tan protectora y benefactora para el género humano cuando en verdad cumple con su verdadero cometido, tal y como nos vuelve a indicar, el productivo, Knigge.

Y es así, porque entiendo que nadie, como el médico puede llegar a tener una influencia tan directa y tan beneficiosa sobre el bienestar de la persona, aunque para ello, sea preciso el llevar a cabo una serie de habilidades aprendidas y encaminadas a un fin muy concreto, como es el de favorecer la atención del paciente. Y, para que esta comunicación sea de este modo, es igualmente obligatorio que el médico adquiriera, algo que ya se ha referido anteriormente como son, habilidades específicas y no simplemente una indefinida y genérica noción de cómo mejorar la comunicación en general.

Aprender a comunicar o a comunicarse de una manera efectiva, es comparable tal vez a cómo aprender cualquier otro tipo de habilidad de cualquier otra profesión, y ciertamente el desarrollo de estas habilidades es lo que hace ser un reconocido profesional. A este respecto pensemos en un equipo de fútbol, donde cada miembro del mismo tiene unas habilidades muy específicas, y así un portero no tiene la función de marcar los goles, ni un delantero la de detener penaltis, es decir que se hace ne-

cesario que cada uno se centre y desarrolle sus habilidades y estrategias propias, para alcanzar el objetivo del equipo. Aunque no sé si es válida esta comparación, lo cierto es que para el médico llega a ocurrir algo similar, y dentro de la actividad médica existen habilidades específicas, entre ellas las de tipo comunicacional y, por ello es preciso concienciarse de ello a la vez que establecer caminos que permitan el poder llevarlas a cabo.

Etimológicamente “comunicar”, procede del término latino *communicare*, cuyo significado es el de “compartir”. Pero este compartir conlleva el tener presente una serie de elementos.

En primer lugar, hay que hacer referencia a las *funciones* que tiene la comunicación.

De ahí y de forma esquemática, se puede indicar que tres son las funciones fundamentales que se establecen en la comunicación entre el médico y el paciente:

1.- Función *informativa*: la cual incluye básicamente la fase de transmisión, de forma directa, de la información clínica, por parte del médico y, seguidamente, la recepción de la misma por parte del paciente y consecuentemente su conocimiento.

Aunque esta fase tradicionalmente representa la transmisión, por parte del propio médico, de algún dato o hecho, debe estar considerada como un proceso de carácter recíproco, y donde el propio paciente al igual que el médico, debe tener una participación expresa.

De ahí que la información que se transmite ha de ser de tipo bidireccional, donde se incluyan ideas, concepciones y datos que, en definitiva, son las que configuran esta determinada y específica información, y donde la del médico suele ser y, de hecho, así lo es, más técnica y si cabe más apropiada a las circunstancias particulares del proceso clínico que presenta el paciente. Quizás que, esta fase, le permita al paciente, poder plantearse una adaptación más real e incluso objetiva con respecto a su situación clínica.

2.- Función *afectivo-valorativa*: Si nos atenemos al origen y significado de la palabra *afectividad*, esta conlleva la expresión de afectar, disponer o incluso hacer o dar una impresión. De ahí que, el médico al dar información, debe conferirle de una carga afectiva, en la que interviene, y en gran medida, identificar las necesidades que cada paciente tiene. A este respecto, es cierto que la comunicación no siempre se representa por medio de la palabra, sino que cualquier gesto, mirada, pueden conllevar y de hecho así lo es, una carga de afectividad, pudiendo crear una verdadera capacidad de intercambio de información. En esta función no solamente se incluye al médico, sino también al propio paciente, que recibe y recoge lo que se le está informando, y quien, al recibirla y seguidamente decodificarla, le provoca seña-

les de tipo afectivas -valorativas- en su interior que, a su vez le pueden servir como expresión a su respuesta respecto a la información recibida.

3.- Función *reguladora*: destaca la interacción, el intercambio de acciones entre el médico y el paciente y la influencia que puede llegar a ejercer el médico sobre el paciente. De ahí que, el médico pueda direccionar, orientar e incluso llegar a conocer la personalidad del paciente, llegando, a través de la comunicación, a resultar efectiva, cuando se constituye como un elemento regulador de la actividad del médico, en su comunicación con el paciente.

El gran Adolph Knigge⁵¹, autor que me resulta apasionante en sus escritos, sobre todo por sus sabias reflexiones, que aportan muchas ideas valiosas, consideraba que tanto las reglas como los principios del trato que él mismo recomendaba derivan de la propia talento, imaginación y experiencia. (Knigge A., 2016)

Él decía que, tres son los enemigos intelectuales de la mala fama: la irritación, la sorpresa y la seducción. Concretando sus reflexiones y aplicándolas al médico y específicamente al proceso de comunicación, al médico se le confiere el poder conseguir la regulación del comportamiento del paciente, sobre todo porque con su información puede ejercer y de hecho ejerce influencia sobre el propio paciente, y lo hace a través de sugerencias, instrucciones, expectativas, posibilitando que la conducta que adopte el paciente pueda dirigirse y ajustarse a los propósitos del proceso clínico-asistencial, lo que únicamente se podrá alcanzar generando relaciones de dependencia del paciente hacia el médico.

En definitiva, solamente resultará una comunicación efectiva, cuando se consiga que las informaciones entre médico y paciente lleguen de forma bidireccional a ambos, de manera que el médico pueda entender lo que le transmite el paciente y que el paciente pueda entender las explicaciones y recomendaciones que le manifiesta el médico y que consecuentemente se le haya facilitado el poder plantear todas las preguntas y dudas que le hayan surgido.

51 Adolph Knigge (1752-1796) es un escritor alemán del siglo XVIII que estudió Derecho en Gotinga y, entre otras cosas, fue un decidido defensor de los derechos humanos en pleno periodo ilustrado. El Barón von Knigge descendía de un noble linaje. Nació en 1752 y falleció en Bremen en 1796. En 1777 llegó a ser chambelán en la Corte de Federico II. Su tratado acerca de las buenas costumbres y la cortesía sigue el esquema de obras anteriores. El ensayo de Lessing La educación del género humano de 1780 es una de las obras más importantes, y es anterior al libro de Knigge. En su libro Sobre egoísmo y gratitud, de 1796, Knigge establece que el sentido común debe dirigir la conducta humana y también insiste en la significación de las convenciones sociales en los comportamientos. Destaca también el valor de la utilidad lo que supone la negación del formalismo moral de Kant. Se puede decir que Knigge afirma un claro individualismo ético con inquietudes sociales. s://eldiigital.es/art/162987/knigge. http [consultado el 15 de septiembre de 2016]

En cuanto a la *forma* y al *contenido* de la comunicación, es preciso indicar que al hablar el médico debe hacerlo de forma clara, vocalizando todo lo que sea posible y dirigiéndose al paciente de manera directa.

Pero, en este ámbito, se debe resaltar que, esta fase se puede llevar a cabo no solamente mediante la expresión de la palabra, por parte del médico, sino también es preciso que se manifieste una actitud, un gesto, una postura corporal o incluso una mirada, que pueda facilitar el establecimiento de la indicada comunicación.

En referencia a las diferentes formas, es evidente que, estas quedan determinadas preferentemente por las funciones sociales que ejercen y tienen tanto el médico como el paciente, sobre todo teniendo en cuenta, sus respectivas posiciones en el sistema de las relaciones sociales y en gran medida por su pertenencia a grupos diferentes; de manera que se quiera o no estas quedan subordinadas a determinados factores, los cuales se encuentran en estrecha relación con su realización o con el intercambio, así como por las propias tradiciones, normas morales, jurídicas e institucionales e incluso por el servicio social que esta comunicación del médico conlleva.

Estrechamente unidos a la palabra, aparecen los elementos paralingüísticos⁵². En este sentido cuestiones tan básicas como el volumen e incluso la modulación de la voz, deben adaptarse a cada situación, procurando que estos no logren producir el rechazo o incluso la sensación de potencial agresividad, ni que sean tan apagados que no se llegue a comprender bien y que con ello se pudiera poner de manifiesto un cierto temor o incluso inseguridad, por parte del médico.

Con respecto a la cadencia del habla del médico, este ha de procurarse que sea constante y tratando, en todo momento, de no ser ni muy rápido ni muy lento, espaciando adecuadamente las paradas para que el paciente pueda seguir el curso de la conversación.

En definitiva, el médico debe ser capaz de adaptar su lenguaje a la singularidad de cada paciente, y realizar las oportunas comprobaciones acerca de que la información que le ha facilitado ha sido comprendida por el paciente.

Respecto a la conveniencia de utilizar otro tipo de medios, como pueden ser, la entrega de información escrita para el propio paciente o la utilización de medios materiales didácticos, carteles, uso de gráficos o dibujos o incluso el recomendar alguna página web de información general o asociaciones de pacientes, aunque pueden ser de gran utilidad, igualmente hay que ser prudente, pues pueden crear algún tipo de

52 Paralingüísticos hace referencia a la parte de la comunicación humana que trasciende al uso del lenguaje verbal. La paralingüística está dada por indicios, señales y aspectos que sirven para contextualizar o que insinúan interpretaciones de la información.

rechazo por impacto de la propia enfermedad a diferentes niveles, e incluso puede ocurrir que el paciente no se encuentre en disposición ni presente actitudes para recibir dicha información.

La relación recíproca entre ambos con respecto al objeto del diálogo, sólo puede ser efectiva a los efectos de la solución de problemas cuando la situación se estructura como un proceso cooperativo, en la que la actitud favorable al propósito de alcanzar un objetivo común posibilita una relación positiva de ambos, a la vez que es una condición para que la contradicción en el plano del objeto de la conversación pueda ser resuelta de manera conjunta. Estas estrategias comunicativas, tienen de base una posición cooperativa y que orientan el acto de comunicarse hacia la expresión y entendimiento mutuos para la búsqueda de soluciones conjuntas, de lo que dio lugar al establecimiento de la comunicación y sin duda alguna, mediante las mismas se logra un avance en el proceso comunicativo, tanto subjetivo como objetivo, que es experimentado por ambos participantes.

Cuando un médico se dirige al paciente a través del lenguaje buscando un entendimiento mutuo y una comunicación efectiva, se presupone que lo que dice:

- a. Responde a la realidad; es decir que es auténtica.
- b. Que lo que dice el médico se ajusta a unas normas sociales y profesionales establecidas y están justificadas, es decir, que lo que dicen está reconocido.
- c. Que al hablar lo hace con sinceridad y veracidad, sin pretender engañar o tergiversar.
- d. Que lo que dice es comprensible, inteligible y perceptible para el paciente.

Aunque el proceso de comunicación, es el que permite que tanto el médico como el paciente se relacionen y se vinculen. Centrándonos particularmente en el rol que desarrolla el médico, hay que considerar necesario y casi obligado el prestar especial atención a cómo se deben desarrollar determinadas habilidades que permitan potenciar la capacidad humana del médico.

Para ello y respecto al contenido, es preciso tener presente, cuáles son las condiciones y el entorno en que se desarrolla dicho proceso de información, para que de esta manera se puedan facilitar y propiciar su efectividad. En primer lugar, resulta esencial que el médico cree un cierto, *clima psicológico* que resulte propicio, el cual debe estar definido por la seguridad, la confianza, la positividad y la empatía, entre otros elementos.

Al hacer referencia a la creación de este característico ambiente, es indispensable ponerse frente el paciente, tratando de entenderlo y mostrando dicha comprensión, situándose en su lugar, aceptándolo, reflejando sinceridad, permitiéndole una total

expresión, y sin que medien ofensas ni, por supuesto, actitudes de provocación ni de irritación. En esencia, se trata de respetar al paciente y al mismo tiempo considerar el derecho que tiene a expresar sus propios sentimientos.

En referencia al uso de ciertas tecnologías, como pudiera ser la telemedicina u otras formas de comunicación (teléfono, mails...), nadie puede poner en duda su gran utilidad, como de hecho se viene comprobando desde hace años, particularmente para determinados tipos de actos clínicos, lo que sin duda proporciona una optimización de la propia relación médico-paciente e incluso favorece la comunicación, en determinados lugares y en específicas situaciones donde el acceso pudiera estar limitado, por diferentes circunstancias. Pero, aun así, estas nuevas técnicas de información no deben limitar la relación personal que se produce en una consulta médica de tipo presencial.

En definitiva, no se puede olvidar que para que se logre establecer un verdadero diálogo, es indispensable que se le permita y se le facilite, al paciente, el que pueda aportar datos, referencias, circunstancias..., para así poder deducir cuáles son sus preferencias y sus necesidades.

Y junto a todo esto, resultan igualmente imprescindible, otros elementos esenciales para esta comunicación interpersonal, como son *la capacidad y la habilidad de escucha*, los cuales deben estar y quedar adecuadamente definidos por parte del médico, para que el proceso comunicativo sea beneficioso y productivo.

En este sentido la comunicación que se debe establecer no puede ser igual, cuando se trata de una situación clínica aguda, la cual genera o puede generar un marcado nivel de estrés, y que consecuentemente requerirá un tipo específico de información, frente al paciente de tipo crónico, el cual dada su evolución quizá puede tener una mayor información e incluso tenga un mayor grado de adaptación a su situación clínica. Por ello, no es posible hablar de un solo tipo de información, sino que se hace inevitable el realizar una selección de aquella información que resulte más relevante para el paciente y sin llegar a traspasar esa información.

Es por ello, que el médico debe estar implicado en cuanto al *saber escuchar*, lo cual es una habilidad que alcanza o determina notables ventajas y beneficios, como pueden ser, el aumento en la comprensión o un aumento de la eficacia, así como una reducción de la pérdida de tiempo, entre otras cuestiones, recordando que la verdadera comunicación no se inicia hablando, sino escuchando.

Aunque, respecto a la escucha, no es lo mismo escuchar que saber escuchar, lo que supone no solamente oír a otra persona, sino que representa mucho más. Por un lado, se necesita que exista una empatía entre el médico y el paciente, así como

un cierto conocimiento previo entre ambos, aparte de que el contenido de la conversación resulte de interés o de utilidad para ambos.

También, es clave tener en cuenta que, cuando se quiere escuchar a alguien, hay que estar abiertos a que lo que se dice e, independientemente de que pueda gustar o no, debiendo por ello estar presente los sentimientos del paciente en la conversación y más cuando se trata de un tema referido al quebranto de la salud.

De esta manera resultará innegable que, al tener mayor cuidado y conciencia sobre el proceso de escucha, el paciente se vuelva más confiado, logrando promover buenas relaciones, al tiempo que le permite reconocer el verdadero propósito que subyace en los mensajes que le envía el médico.

En referencia a la *asertividad*⁵³, entendida tanto como la capacidad que tiene el médico para respetar al paciente como el hacerse respetar por el paciente, es otra de las habilidades fundamentales a tener en cuenta en la comunicación que ha de llevar a cabo el médico. Esta, simplemente se basa en el respeto mutuo, logrando así la consecución de una comunicación efectiva, por la que puede establecer una buena relación con el paciente.

Llegados a este punto, es preciso insistir que en la comunicación lo importante no es únicamente lo que dice el médico, sino, también o más, cómo lo dice, debiendo facilitar mensajes claros y a la vez cuidadosos.

Por eso, cuando se dice que el médico debe aprender a ser asertivo, se hace referencia a la necesidad que tiene de desarrollar este tipo de habilidades que, en definitiva, le permiten llegar a ser y actuar de forma directa, honesta y expresiva, en las comunicaciones con el paciente; aparte de hacerse sentir una persona verdaderamente valiosa.

Y en todo este repaso, no se puede obviar el elemento de la *naturalidad*, algo que definiendo y además mucho, y que sin duda es una técnica de gran positividad y valor, debido a que permite causar impresiones o hacer sobresalir algo, de forma que sea tomado por el paciente como algo verdadero o auténtico. Es interesante recordar que siempre que cuando el médico quiere o pretender comunicar el paciente, está desarrollando un proceso de selección de aquellas ideas o datos que desea transmitir al paciente, pero a la vez lleva a cabo un proceso de elección, es decir determina y define cual es el orden en el que estas ideas o datos van a ser facilitadas o expuestas al paciente.

53 La asertividad es una forma de comunicación que consiste en defender tus derechos, expresar tus opiniones y realizar sugerencias de forma honesta, sin caer en la agresividad o la pasividad, respetando a los demás pero sobre todo respetando tus propias necesidades.

Obstáculos en la comunicación medico-paciente

Todo lo indicado anteriormente, y que en principio podría resultar alcanzable, no siempre ocurre de esta manera y la comunicación, del médico al paciente, no siempre resulta efectiva en cuanto a sus objetivos. Y esto es así porque surgen una serie de barreras u obstáculos, que no solo limitan esta relación, sino que, en muchos casos, determinan el carácter y curso de la misma, ya que para que esta relación sea provechosa es preciso que las personas se encuentren mínimamente motivadas o informadas.

Considero sobradamente establecido que para que prevalezca la relación médico-paciente, se hace preciso la existencia de la información efectiva y templada, es decir de la comunicación, tal y como se refleja en el artículo 15.1 del Código de Deontología Médica: *“El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente”*.

Pero progresando un poco más, en este tema, varios autores coinciden en clasificar la presencia de obstáculos en esta comunicación y, para ello consideran dos grandes grupos o niveles: los primeros, los de tipo *sociológico*, que tienen su base en fundamentos sociales eminentemente objetivos, y derivados de la clara pertenencia del médico y del paciente a grupos diferentes tanto sociales como profesionales, lo que conlleva a presentar conceptos, ya de tipo filosóficos, ideológicos, religiosos e

incluso culturales, muy distintos y, que provocan la irregularidad de un significado único acerca de la condiciones en referencia a la comunicación.

Los segundos, son del nivel *psicológico*, y surgen como consecuencia de las particularidades psicológicas tanto del propio médico como del paciente, entre las que se pueden incluir el propio carácter y el temperamento de cada uno, los intereses, e incluso el dominio de las apropiadas habilidades comunicativas que manifiesten, o incluso pudieran estar originadas por los detalles anímicos que se han ido desarrollando entre ambos y que pueden haber generado situaciones muy variadas, como hostilidad, desconfianza e incluso rivalidad, y en las que pudieran haber influido no sólo por las características personales de cada uno, sino también por determinados factores circunstanciales, que pueden conllevar a presentar situaciones contradictorias, según la propia situación de cada momento.

Por otra parte, otros autores los clasifican siguiendo diferente formulación, e incluyendo factores: *materiales, cognoscitivos y socio-psicológicos*.

En un primer lugar, los de tipo *material*, que se hacen presentes cuando la comunicación evidencia carencias objetivas en correspondencia a los recursos de comunicación y que resultan determinantes en la propia transmisión de los mensajes. Si por algo se pueden caracterizar este tipo de obstáculos, es porque son fácilmente detectables y por tanto la eliminación de estos, no debieran ser una contrariedad irresoluble.

Sí que es fundamental, que esta comunicación se lleve a cabo en un contexto privado, evitando así elementos que puedan poner en peligro o no consigan garantizar tanto la garantía de la intimidad, como la confidencialidad e incluso el trato digno, que el paciente se merece. De manera que el llevar a cabo la comunicación con el paciente en lugares como los pasillos o salas de espera, debería estar totalmente censurado o incluso prohibido. Por el contrario, este acto se debe realizar en un entorno tranquilo y cuidado, y donde el tiempo, ha de resultar esencial.

Cuestiones tan sencillas, como la correcta iluminación, la ausencia de ruidos y de interrupciones, el evitar obstáculos como la mesa de la consulta o incluso el ordenador, e incluso el control acerca de la presencia de personas ajenas a la actuación, son otros de los elementos a tener muy presentes, y que sin duda alguna interfieren en la propia conversación y consecuentemente en la relación.

Parece oportuno hacer una pequeña reseña al obstáculo que plantea el que el médico esté consultando continuamente la pantalla del ordenador durante el proceso de información al paciente. Esto genera la sensación de que el paciente no se siente ni escuchado ni atendido, en gran medida porque el médico presta más atención a la pantalla del ordenador, a veces para consultar datos referentes a la historia

clínica, determinados valores de una analítica o el resultado de pruebas ..., aunque ciertamente le impiden mantener la atención visual y de escucha que necesita en esos momentos el paciente.

Los de tipo *cognoscitivos* son sin lugar a dudas son complejos y hacen referencia al nivel de conocimientos que tiene el paciente, en relación a lo que se le está informando.

En este ámbito, la barrera intelectual que supone la utilización de un lenguaje extremadamente técnico o especializado por parte del médico, y aunque quiera informar mucho, dificulta tanto el seguimiento como la comprensión de las explicaciones e incluso advertencias dadas, por el médico, al paciente, muchas veces reflejo de una supuesta profesionalidad que más bien se traduce en un afianzamiento mayor del estatus del médico, generalmente conlleva un mayor distanciamiento entre ambos.

Extremos que se dificultan aún más, cuando los pacientes presentan algún tipo de alteración en los órganos emisores o problemas en las funciones del lenguaje y el habla, (disartria, disfasia, afasia, disfonías, tartamudeo, o incluso trastornos fonológicos). Al igual que aquellos que muestran un cierto grado de discapacidad intelectual y/o del desarrollo.

Y finalmente, los factores *socio-psicológicos*, que son los más difíciles de superar y que están determinados esencialmente por el patrón referencial del sujeto; y en donde algunas ideas o bien no resultan válidas o se oponen directa o indirectamente a lo que tiene aceptado el paciente, como receptor de la información, por lo que el resultado final es impedir el establecimiento de cualquier nivel de tipo comunicativo.

Tengamos en cuenta que una vez establecido el diagnóstico de una determinada enfermedad pueden surgir, y de hecho aparecen, diferencias individuales entre la expresión y significado que le da el médico y la forma de cómo es percibida e incluso el alcance que le otorga el paciente, de tal manera que el contenido personal que cada uno le atribuye a la enfermedad, influye en la respuesta emocional, tanto del propio paciente, como la del médico y, consecutivamente en los diferentes modos de afrontamiento.

Rogers⁵⁴ sugiere que el mayor obstáculo que se contrapone a una buena intercomunicación entre las personas, es la tendencia natural que tenemos para juzgar, evaluar, aprobar o desaprobamos, las opiniones de otras personas.

54 Carl Rogers (1902-1987) fue un psicólogo de la corriente humanista, conocido por su método de psicoterapia centrada en el cliente. Gran parte de su mérito está en haber desarrollado una corriente terapéutica que hizo un contraste positivo con las teorías predominantes de la época: el conductismo y el psicoanálisis.

Una tercera clasificación, y sin duda la que está más ampliamente difundida, en referencia a la *comunicación*, es aquella que establece la existencia de tres prototipos de barreras:

1.- Barreras *físicas*: Basadas en desviaciones de la comunicación, que se presentan en el ambiente en donde se lleva a cabo la comunicación. Por ejemplo, una típica barrera física, que puede provocar una falta de atención, es la que se puede ocasionar como consecuencia de algún tipo de sonido, que dificulta de manera significativa la transmisión del mensaje, o incluso aquellas que se interponen entre el médico y el paciente, como pueden ser la distancia, las paredes, e incluso objetos que lleguen dificulten el contacto visual entre ambos.

2.- Barreras *semánticas*: Las cuales pueden surgir de determinadas restricciones en cuanto a las señales que maneja el médico para llevar a cabo la comunicación con el paciente, y donde se puede dar la circunstancia que, de esta amplia variedad de transmisiones, el paciente puede elegir la desacertada, produciéndose de esta manera una nociva comunicación.

3.- Barreras *personales*: Donde las desviaciones de comunicación surgen de las propias emociones humanas, de los valores y de los malos hábitos de escucha. A este respecto, hay que reconocer cómo determinados sentimientos personales del médico, pueden provocar una limitación en su comunicación con el paciente.

Concretamente, hay que tener presente que existen médicos con un evidente carácter independiente, que tienen tendencia a hablar solo de sí mismos, de manera que les resulta imposible llegar ni a conocer ni a comprender al paciente, y en ocasiones ni siquiera le deja que se exprese o que opine. Incluso hay otros médicos, por el contrario, permanecen tan callados, casi aislados que, llegan a mantenerse al margen de la comunicación con el paciente.

En cuanto a, si es oportuno o no, la utilización de la ocurrencia o incluso de la *ironía*, en la relación médico-paciente, en principio hay que indicar que no parece acertado, ya que puede conllevar a que el paciente pueda sentirse desvalorizado con lo que él quiere o incluso acobardado en lo que pretende transmitir al médico, lo que genera inmediatamente cierto malestar y genera una verdadera barrera de tipo comunicativo.

Igualmente, determinadas actitudes que manifiesta el médico y que pudieran denotar superioridad, como aquellas conductas cargadas de excesiva mímica e incluso señales de tipo extra verbal, impiden que el paciente se pueda sentir en igualdad de colaboración y que le puedan generar beneficio.

En referencia a las *prisas*, o incluso a la *falta de atención*, o de *consideración*, que en ocasiones se evidencian, hacen que el paciente ofrezca un escaso interés, para lo que le dice el médico, restándole importancia e interés a lo que le transmite.

La comunicación como acto médico

Todo lo que anteriormente se ha expuesto hay que configurarlo dentro del concepto Acto Médico⁵⁵, en el amplio sentido del término, tal y como queda establecido en el propio Código de Deontología Médica⁵⁶, donde no solamente se hace referencia a los actos que el médico realiza de forma directa sobre el paciente, sino que se incluyen aquellos otros calificados como indirectos, y que aunque ciertamente no son del mismo tipo que los anteriores, sí que tienen una importante trascendencia en el paciente, y entre estos, se deben incluir todos los actos de comunicación, que realiza el médico hacia el paciente.

Quizás que una de las expresiones más representativas de lo que a continuación se desarrolla, aparece recogido en la plegaria de Maimónides⁵⁷, subrayando el *ethos*

55 Acto en que el médico actúa como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar, etc. Su significado habitual se suele circunscribir a las actuaciones dirigidas al diagnóstico y al tratamiento de un paciente individual. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/acto-medico>. [consultado el 15 de septiembre de 2016]

56 Artículo 7.1.- Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

57 Maimónides fue un filósofo y médico cordobés del siglo XII, Maimónides es conocido en la literatura judaica, en la que ha ejercido una incalculable influencia, por «Rambam», acrónimo de Rabí Moisés ben Maimón. Su juventud transcurrió de ciudad en ciudad, acosado por la persecución religiosa desatada por los almohades.

hipocrático marcado por la generosidad, la beneficencia y por la exigencia de la comunicación interhumana en el desarrollo de la práctica médica, sin olvidar, como él mismo indicaba, que un paciente ante todo es un ser humano y no un simple caso.

Por ello y antes de adentrarnos en este tema hay que recordar que cualquier actividad humana y social implica comunicación, aunque también es cierto que “no siempre informar es comunicar”, ni viceversa, ya que son cuestiones que plantean la existencia de una gran diferencia entre ambas.

Aunque ya se ha referido en el capítulo anterior, si parece oportuno, en este momento, recordar a Moreno cuando manifiesta que la comunicación consiste en: *“intercambiar ideas, un acontecimiento, una vivencia. Preguntar para saber lo que se desea conocer y conseguirlo por medio de una respuesta. Dar una orden para inducir a una persona para que actúe o deje de actuar, invitar a obrar de tal o cual manera. Manifestar sentimientos, indignación, sorpresa, satisfacción, etc.”* (Moreno, 1993)

Por una parte, la acción de *informar* sólo se limita a eso, es decir a informar⁵⁸, o lo que es lo mismo a contar alguna cosa o dar a conocer algo a alguien, sin que haga exigible ningún tipo de compensación. En cambio, cuando se hace referencia a la acción *comunicar*, resulta y es algo muy diferente, pues aquí juega un papel muy importante el denominado *feed-back*⁵⁹ o también llamado *“retroalimentación”*, al que se hacía referencia anteriormente. Por medio de esta, se espera una determinada respuesta, sea del tipo que sea, bien oral o física, por parte del receptor, al recibir dicha información, logrando así el establecimiento de la comunicación. (Atkinson JW., 1957)

Específicamente, en el ámbito médico, la Declaración titulada, *“Cómo dar bien las malas noticias”* elaborada por la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial⁶⁰ y aprobada por unanimidad, el 25 de septiembre de 2010, por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial, comenzaba indicando que; la *comunicación* es una herramienta terapéutica esencial de la *relación médico-paciente*, que contribuye al respeto de la autonomía y promueve su participación en el propio cuidado.

A este respecto, ya el Código de Deontología Médica, en su art. 15.1, recuerda que *“el médico informará al paciente de una forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal*

58 Enterar o dar noticia de algo, según la RAE

59 *Feedback* es una palabra del inglés que significa retroalimentación; podemos utilizarla como sinónimo de respuesta o reacción, o, desde un punto de vista más técnico, para referirnos a un método de control de sistemas.

60 https://www.cgcom.es/noticias/2010/09/10_09_28_mala_noticias. [consultado el 18 de septiembre de 2016]

pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente”.

De esta manera, estamos en situación de poder afirmar que la comunicación es un *acto médico* propiamente dicho, y que se ve reflejado en la relación médico-paciente. Bien es cierto que se trata de una forma especial de relación entre personas; en la que una de ellas, -el paciente-, acude movida por presentar una alteración en su salud, a otra, -el médico-, quien tiene capacidad de orientar e incluso de poner remedio o incluso sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el paciente presente.

A través de esta comunicación se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y, si es posible, rehabilitar al paciente.

Fundamentar filosóficamente un acto como este, puede resultar oportuno en la medida que deseamos que la actuación del médico debe ser llevada a cabo de forma ética, de manera que podamos transformar la información en verdadero juicio, al dar mayor soporte al análisis y solución de un dilema profesional médico.

Ahora bien, las diferentes perspectivas que se tienen sobre la ética hacen que cada vez resulte más difícil este consenso, sobre todo para la aplicación de alguna forma definitiva que administre y oriente las actitudes médicas, ante diferentes retos, que se plantean en la práctica y que no perdamos su eminente carácter social.

Por ello, el médico no puede ser desconocedor del desarrollo psicosocial del paciente, en el momento de intentar comprender su rol y circunstancias en la evaluación del alcance del referido dilema. Por ello, conocer las formas éticas le permiten al médico identificar su papel tan importante que tiene en cuestiones como son la salud, la enfermedad y la muerte.

Por tanto, (Vera Carrasco, 2013) el *acto médico* hace referencia a lo que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión, frente al paciente (Ética Médica Individual) como frente a la sociedad (Ética Médica Social). Hace alusión a los actos profesionales, ya que los que lleve a cabo en función de su vida privada, es decir no profesional, entrarán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier otra persona, con independencia de su profesión.

El profesor Laín Entralgo (Laín Entralgo, 1984) establecía las cuatro características principales que distinguen al *acto médico*: la *profesionalidad*, pues solamente el profesional de la medicina es quien puede efectuar un acto médico. La *ejecución típica*, es decir, ajustada a la denominada “*Lex Artis ad Hoc*”, sujeta a las normas de excelencia de ese momento. El tener el *objetivo* de la curación o rehabilitación del enfermo y la *licitud*, es decir su concordancia con las normas legales.

Pero, el comunicar y dar noticias médicas, al paciente es tarea, cuanto menos que complicada en muchas ocasiones, por lo que se precisa de ciertas habilidades de comunicación. Además, no hay que informar exclusivamente porque exista una obligación legal, que también, sino porque debe ser así y porque constituye un compromiso profesional, ético y humano de todo médico.

Basado en esta obligación, cada médico debe desarrollar el acto de la información y de la comunicación con estilo proporcionado, pues no es posible determinar o establecer reglas fijas, ya que no existen fórmulas ni protocolos inflexibles para ello.

A pesar de esto y, teniendo en cuenta las características descritas, se pueden establecer unas pautas o reglas, de carácter general, a tener muy en cuenta, para que el referido proceso de comunicación con el paciente se ajuste a lo reglado legalmente y a lo establecido éticamente.

En primer lugar, es necesario considerar, que siempre se debe procurar que la información que se dé al paciente, se caracterice por el equilibrio entre la veracidad y la delicadeza, utilizando para ello mensajes claros, puntuales, y siempre con el oportuno tacto y respecto.

Además, la comunicación se ha de llevar a cabo en un ambiente adecuado, sin que existan interrupciones, y donde el paciente pueda expresar sus impresiones. Para ello es preciso mantener un contacto visual tranquilo, directo, serio y con actitud próxima, que permita crear intimidad y transmitir seguridad.

Otra cuestión básica es comprobar cuánta información puede o quiere tener el paciente, sobre su enfermedad, es decir lo que anteriormente se ha referido como, conocer sus propias necesidades, de ahí que sea formal conocer lo que desea saber e incluso respetar el posible deseo de no conocer, o incluso no reconocer, la verdad o determinadas cuestiones pertenecientes a su proceso clínico.

Aunque es inevitable establecer pronósticos, hay que evitar que la información sea demasiado firme o precisa, siendo conveniente informar de tal manera que se pueda dejar la puerta abierta a la esperanza, incluso en las personas que tienen un pronóstico, digamos que sombrío.

Igualmente, una vez facilitada la información es muy importante estar atentos a la actitud y a las posibles reacciones psicológicas del paciente, que pueden ser muy variadas e ir desde la negación, la sorpresa, el estupor, pasando por el pánico, el miedo, el shock emocional, o incluso la ansiedad, el silencio, la soledad, la impotencia y el dolor.

Por ello, hay que plantearse el facilitar respuestas sencillas y honestas, a cuantas preguntas pueda formular el paciente, manteniéndose cercano o próximo a este y

transmitiéndole el compromiso de ayuda, tanto a él como a sus familiares, durante todo el proceso clínico.

Con la misma delicadeza, se debe actuar cuando se trata de transmitir información a los familiares del paciente, procurando implicarles en la propia información al paciente. En ocasiones, es la propia familia la que hace la petición de no informar al paciente; aunque en este caso se tiene que recordar y tener presente la obligación tanto ética como profesional del médico con el paciente y no tanto con la familia.

Relación médico-paciente

Si se entiende que la medicina ha alcanzado un desarrollo notable, por qué ¿es oportuno redactar un texto, en que se hace exposición del tema de la *relación médico-paciente*? Quizás la respuesta se pueda dar con el propio título de este Trabajo, donde se le considera como una *“relación inacabada”*.

Realmente la relación médico-paciente ha ido soportando cambios, en función de la sociedad y según las normas morales dominantes en cada época, aunque cierto es que esta relación sigue siendo el espacio fundamental donde se lleva a cabo y donde se debe plantear el acto médico, como elemento esencial del fundamento de toda praxis médica. Es cierto que, los cambios históricos han determinado que tanto fuerzas económicas, sociales, políticas, tecnológicas como culturales muy diversas, hayan modificado o tratado de modificar y en cierta medida hayan conseguido o al menos pretendido desnaturalizar, ese fundamento esencial de la medicina.

Por ello, y una vez establecidas las observaciones hechas anteriormente, en este capítulo se pretende analizar la relación médico-paciente como un tipo de relación interpersonal tan específica y particular, y en la cual se establece o al menos se debe establecer una muy inconfundible y muy notable forma de comunicación.

La característica esencial de la relación debe ser la coincidencia -entre el que busca ayuda y aquel que puede prestarla-. Este encuentro médico-paciente implica una interacción de carácter comunicativo que, sin lugar a dudas, viene a facilitar el proceso clínico, sea cual sea, además de impulsar el enriquecimiento y desarrollo comprensivo de ambos copartícipes.

Reflexionando sobre todo esto, se puede afirmar que, en esta relación no se procura sólo un traspaso de información, sino que se conlleva una recíproca y productiva interacción personal, de la que surge un trato muy exclusivo, que se traduce en un afecto de tipo caritativo por el otro; a la vez que confidencial, permitiendo así infundir en el otro lo que es más íntimo, o lo que le es propio. (Laín, 1983)

Teniendo presente el cometido, y referido a que la comunicación debe ser un proceso considerado tanto complejo como multidimensional, resulta ser una cuestión que puede llegar a tener una gran pluralidad, en cuanto a los significados y donde en ocasiones el médico se puede encontrar en una verdadera encrucijada.

De esta manera, al decir que es un “proceso”, se hace referencia a que no se trata de un simple trabajo estático, sino más bien de desarrollo y de cambio, lo cual comprende una serie de fases sucesivas y, en estrecha unión con el fenómeno genérico de la relación.

Al mismo tiempo, al calificarlo como “multidimensional”, hace referencia a que está en relación con los variados ámbitos, ya referenciados e implicados en la relación, como son el contenido, el lenguaje o la propia información que se puede o se debe transmitir.

Antes de ampliar los diversos esquemas de relación médico-paciente, es oportuno indicar que esta relación, tiene un carácter *comunicacional*, la cual presenta una sucesión de particularidades:

a.- la *relación médico-paciente*, es un continuo en cuanto a formas de conductas o de sistema de signos, que se suscitan desde el primer momento en que se establece la relación y que se ponen de manifiesto precisamente por la emisión de determinados signos, tanto por parte del médico como del paciente, que no son más que mensaje. Cuando se indica que ambas partes expresan o emiten mensajes, se está reconociendo que esta relación, tiene un espacio circular, donde el receptor, ya sea el médico o el paciente, se transforman en una fuente de emisión de señales para la otra parte, quedando así convertida en una relación, que utilizando términos matemáticos es, claramente de tipo biunívoca⁶¹.

Esto genera dos consecuencias muy evidentes que se ponen de manifiesto en la propia relación médico-paciente:

La primera es que en esta relación de ningún modo cabe la incomunicación ni exclusión. Y esto es una auténtica realidad, pues aunque la comunicación entre el mé-

61 la relación biunívoca se establece cuando para cada elemento del primer conjunto que se corresponde con solo un elemento del segundo conjunto, tal elemento del segundo conjunto se corresponde con solo aquel elemento del primer conjunto.

dico y paciente pueda ser del tipo que sea; buena, mala, pobre,..., indudablemente esta comunicación siempre existe, aun cuando en ocasiones el paciente manifieste no querer hablar o incluso rechace la presencia del médico o cuando las explicaciones del médico, pudieran contrariar al paciente.

Y, en segundo lugar, aunque existan estos silencios, mutismos e incluso ocultaciones entre el médico y el paciente, estos también deben ser considerados como evidentes signos de comunicación y, por lo tanto, son y deben ser interpretables, desde muy diferentes puntos de vista y con diferentes interpretaciones.

b.- la *relación médico-paciente*, generalmente es de tipo verbal, y no queda sujeta exclusivamente al mensaje en sí mismo, ya sean con signos o por medio de conductas, que pueda pronunciar bien el médico o el paciente, sino que en gran medida depende del *contenido* de los mismos. Quizás por ello, sea tan importante tener presente el contenido, y que según sea éste, puede condicionar tanto la reacción como la conducta, que expresa el que recibe dicho contenido.

c.- la *relación médico-paciente*, de forma complementaria parece ajustada no solamente al mensaje y su contenido, sino también por su *forma de transmisión*, lo que transcribe diversas circunstancias, tanto positivas como contrapuestas.

Haciendo un poco de historia, es fácil comprobar cómo la relación médico-paciente ha ido evolucionando, cambiando e incluso moldeándose, hasta llegar a lo que conocemos hoy. Y en esta evolución es posible apreciar cómo igualmente se ha ido procurando explorar una sucesión de valores que han ido posibilitando la comunicación entre el médico y el paciente y al mismo tiempo generar el respeto entre ambos, creando así un ambiente propicio y encaminado a satisfacer tanto la obligación como el deber del médico.

Aun así, para poder llegar al contexto descrito, no ha sido tarea sencilla, e incluso se podría plantear si actualmente se ha alcanzado el objetivo, o por el contrario se ha convertido en una cuestión meramente administrativa, la cual no llega a cumplir los verdaderos objetivos que debe tener la relación médico-paciente.

A fin de ilustrar un poco más este aspecto, interesa hacer referencia a tres figuras y a tres consejos, referente a la evolución de la relación médico-paciente.

La primera, es la de Aulus Aurelius Cornelius Celsus⁶², que como figura muy importante de la medicina romana, establecía una serie de consejos en referencia a

62 Aulus Aurelius Cornelius Celsus (25 aC-50 dC). Consejero de los emperadores Tiberio y Calígula. Su mérito mayor es que recopiló y consignó los conocimientos médicos de la época en su tratado "De Re Medicina" libro que duró perdido hasta el año 1443 cuando fue descubierto por Tomás Perentocelli de Sarazanne, quién posteriormente se convirtió en el Papa Nicolás V y su libro fue el primer manuscrito médico que

cómo debía ser esta particular relación, e indicaba que: *“un médico experimentado lo primero que hace es sentarse y con continencia cariñosa le pregunta al paciente cómo se siente y si éste expresa algún temor, lo calma conversando de un modo entretenido y sólo después toca al paciente”*.

Esta visión, acontecía de manera paralela y vinculada a la cultura romana, en la cual sobresalía una moral de oposición desde la perspectiva de la ética, para abarcar una marcada integridad jurídica. Recordemos que el ideal del ciudadano romano era el *“vir bonus”*, es decir el conocido como “hombre honrado” o como “hombre bueno”, donde se incluían todas las situaciones de su vida, comenzando por los dioses y continuando por la patria, la familia, los clientes y la servidumbre, y todo ello cubierto por una serie de preceptos jurídicos. Por todas partes se podía ver una constante invocación a las normas, que se traducía en una reprensión, tanto en la vida privada como en la vida oficial. Era tal este principio, que hasta un notable de Pompeya había hecho pintar en la pared de su casa la siguiente inscripción: *“Muéstrate amable y contén tus expresiones ofensivas cuanto sea posible, o, de lo contrario, que tus pasos te hagan regresar a tu casa, desvía tus ojos compasivos y tus ademanes lascivos de la mujer del prójimo y que el pudor se dibuje en tu rostro”*.

La segunda referencia es la medicina hipocrática, cuya designación hace referencia a su creador, Hipócrates de Cos⁶³. Antes de él, los sacerdotes eran los únicos intermediarios que intervenían en la curación de los padecimientos que sufría el hombre, y que se llevaba a cabo en los grandes templos de Apolo y de Asclepios los cuales y dado su alto precio, estaban reservados casi exclusivamente a los poderosos. Fuera de estos se encontraban una infinidad de charlatanes y aprovechados, los cuales in-

fue impreso, lo que ocurrió en 1478. Aconsejaba como se debían tratar los pacientes y dio recomendaciones de cómo debía ser el comportamiento de los médicos respecto a los enfermos: *“La prudencia, en efecto, aconseja al médico no encargarse de un enfermo al que no pueda salvar y evitar así la apariencia de una muerte por homicidio, que no debe ser imputado más que al destino. Conviene luego, cuando hay graves temores aunque no se llegue a una total desesperación, poner en conocimiento de los familiares del enfermo lo grave del caso, a fin de que si el mal triunfa de los recursos de la ciencia, no se pueda acusar al médico de haber ignorado el peligro o de haber querido disimularlo..... Si (el médico) reconoce que la afección es fácil de curar, queda obligado a prestar al enfermo sus cuidados más solícitos, ya que por ligera que la enfermedad sea en sí misma, podría por negligencia del médico llegar a hacerse más peligrosa.”*

63 Hipócrates era un médico griego nacido en la isla de Cos, Grecia, el año 460 aC. Fue visto como el médico más grande de todos los tiempos y basó su práctica médica en la observación y el estudio del cuerpo humano. Tal vez la tradición más duradera en la historia de la medicina sea el “Juramento de Hipócrates”. Este juramento fue escrito como un lineamiento de ética médica y aunque las palabras exactas han cambiado con los tiempos, el contenido general es el mismo: un juramento de respeto para aquellos que impartieron su conocimiento sobre la medicina y para los pacientes, así como la promesa de tratarlos con el mejor conocimiento médico. <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>. [consultado el 19 de septiembre de 2016].

tentaban ganarse la vida a costa del sentimiento y mediante el engaño del afectado. Y no resulta difícil averiguar que, en muchas ocasiones, estos tratamientos resultaban más nocivos que la propia enfermedad, pues estos tratamientos “médicos” (sangrías, purgantes, emetizantes, testigos, etc.) seguramente producían tantas muertes y secuelas como la propia enfermedad o incluso más. Era en este ambiente de magia y hechicería donde florecía la genialidad de la razón griega, con los grandes filósofos, donde destacaban las valoraciones del hombre aplicada a sus creencias y dogmas, así como a la capacidad que pudiera tener el hombre para percibir y modificar la naturaleza, basada en el uso tanto de la inteligencia como de la experiencia.

Con la llegada de Hipócrates, se abrió una etapa, que tal y como nos refieren Lázaro y Gracia (Lázaro J. y Gracia D., 2006) fue un período donde se produjo una espectacular evolución de la medicina y de los médicos, pasando de una situación básicamente artesanal a otra de marcada promoción tanto intelectual, social como profesional, dejando atrás la referida categoría de médicos-sacerdotes (que existían de forma natural en los templos de Asclepio⁶⁴) y pasando así a las figuras de los médicos-filósofos. En consecuencia, el médico hipocrático se separaba del sacerdote, donde ya no se consideraba ni pretendía hacer uso de fuerzas sobrenaturales, y pasaba a elaborar una teoría lógica y natural respecto a la salud y a la enfermedad, basada en el conocimiento y en la razón, y consecuentemente se aplicaba en la práctica. Aun así, se mantenían rasgos típicamente sacerdotales, como sucedía con dos hechos muy significativos, como el hecho de desligarse del sometimiento al derecho ordinario y el disponer de un propio código ético, plasmado, entre otros textos, en el célebre Juramento, en el que se imponían entre otros principios; la beneficencia, la conservación de la pureza y integridad en la vida y en el arte, la obligatoriedad del secreto profesional, etc.

El perfil del sublime de médico hipocrático se especificaba como un ser humano reflexivo, estudioso, objetivo, piadoso, caritativo, virtuoso, filósofo, líder, sobrio, abnegado, minucioso, discreto, lúcido, respetuoso de la naturaleza y su divinidad y,

64 Asclepio o Asclepius, dios griego de la Medicina (Esculapio para los romanos), era hijo de Apolo y Coronis. Coronis era una mujer hermosa de Tesalia que se entregó al dios Sol Apolo y quedó embarazada. En dicho estado se casó con Ischis. Apolo sintiéndose agraviado por la infidelidad mató a Ischis, y Artemisa, hermana de Apolo, mató a Coronis. Antes de que Coronis ardiera en la pila funeraria, Apolo sacó de su vientre a Asclepio y se lo entregó al centauro Quirón, quien educó al niño y le enseñó todo lo referente a las artes curativas, especialmente lo relativo a plantas medicinales. Asclepio alcanzó tal habilidad que podía devolver la vida a los muertos. Zeus, temeroso de que el más allá quedase despoblado, lo mató con un rayo. Asclepio fue llevado a los cielos, convertido en deidad. Los miembros de la familia de Asclepio también ejercían funciones médicas, así, su mujer, Epione, calmaba el *dolor*, su hija Higea era el símbolo de la *prevención*, su hija Panacea era el símbolo del *tratamiento*, su hijo Telesforo era el símbolo de la *convalecencia* y sus hijos Macaón y Podalirio eran dioses *protectores* de los cirujanos y los médicos.

sobre todo, con un importante sentimiento de “amor al arte y amor al hombre”. En definitiva, Hipócrates estableció las cuatro cualidades fundamentales que debía practicar el médico en su relación con el paciente, las cuales se basaban en: *conocimiento, sabiduría, humanidad y honestidad*. De ahí la famosa frase indicando: “*Donde hay amor al hombre en cuanto hombre, (“philantropie”), hay también amor al arte de curar (“philotekhnie”).*”

Y la tercera versión y quizás el modelo de mayor trascendencia, fue la aportada por el profesor Laín Entralgo⁶⁵ quien, en su famoso libro “La relación médico-enfermo: historia y teoría”⁶⁶, esbozaba la relación médico-paciente, como un encuentro entre dos personas, una de ellas, el enfermo que necesita ayuda, consejo y asistencia médica para recuperar su salud, y la otra, el médico, quien con sus conocimientos, su perfil afable y su compromiso íntegro, ofrece la ayuda requerida. Con este esquema establecía, aunque de una forma genérica, lo que él denominaba el “*binomio menester-amor*”⁶⁷, aunque con una visión algo diferente al sentido que se tiene en este Trabajo, ya que Laín lo hacía no desde la óptica de la comunicación humana.

Analizando, este modelo unidireccional, se equipara de manera muy similar al clásico Modelo Paternalista⁶⁸ y, en esa concepción todo paciente debería ser considerado como un verdadero *in-firmus*, es decir como una persona carenciada o debilitada y por ello el médico debería llevar a cabo, como función principal, el remediar dicha carencia con un acto que esencialmente debe estar sustentado en condiciones

65 Pedro Laín Entralgo (1908-2001). Fue catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Su producción escrita se centró principalmente en su especialidad médica –la historia de la medicina– si bien fueron muy frecuentes sus incursiones en otros terrenos como ensayista. Su libro Descargo de conciencia (1976), en el que revisó de forma autocrítica su pasado falangista, planteaba también algunas de sus reflexiones acerca del legado de José Antonio y le situó ya en la senda de los pensadores de la Generación del 98 a los que años antes había dedicado su ensayo (La generación del 98, 1945). Tras su paso por el falangismo se defendió como un liberal, desde una óptica cristiana y europeísta que, a la vez, rescataba y reivindicaba la peculiaridad de España. En su obra España como problema (1949) renovó la preocupación de los maestros del 98 e insistió en el tema del “ser de España”. Este contó con una respuesta, también en forma de libro, por parte de Rafael Calvo Serer con su obra España sin problemas. Laín volvió a abordar este asunto en A qué llamamos España (1971).

https://www.ucm.es/pedro_lain_entralgo. [consultado el 19 de septiembre de 2016]

66 Laín Entralgo. “La relación médico-enfermo: historia y teoría”. Revista de Occidente S.A., Ediciones Castilla, S. A. - Maestro Alonso, 23. Madrid, 1964.

67 En el binomio “Menester-amor”, de Laín Entralgo, existiría un carenciado y un satisfactor de esa carencia.

68 En ella interacción médico-paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso morboso, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor.

de componentes básicamente afectivos, y en referencia a las formas en que ese encuentro se debe desarrollar, puede ser igualmente muy variable y obedecer a circunstancias tan diferentes, como las culturales, científicas o incluso técnicas, e influenciadas por cada época y por cada lugar.

El mismo Laín, establecía, tres aspectos esenciales en los que se debería establecer esta relación: 1) Saber ponerse en el lugar del otro. 2) Sentir como siente el paciente y 3) Disponerse a ayudarlo, cuando se enfrenta a dificultades. (Laín Entralgo P., 1964).

Más adelante y fundamentadas en las teorías de la *comunicación* en psicología, desarrolladas a finales de la década de 1960, surgió el denominado *Modelo Interaccional*⁶⁹. Diversos autores, fueron sus principales representantes, como Bateson G., Collins M., Watzlawick P.J., Rogers C., Ruesch K. y muchos otros que consiguieron sentar las bases de diversos modelos de comunicación orientados a hacia la comprensión de las relaciones humanas y, específicamente a aquellas que se llevan a cabo entre el médico y el paciente.

Para la defensa de estas teorías, las defendían en que el principio de la comunicación es lo que identifica básicamente al sujeto humano que vive en sociedad y, para ello hacían referencia a la existencia de las tres modalidades de relación, como son: la *intrapersonal*, la *interpersonal* y la *social*, a las cuales ya se han hecho referencias en el capítulo anterior.

Además, otra cuestión que resultaba ser de especial interés era la necesidad de justificar que la comunicación del médico con el paciente no es simplemente un acto de intercambio de información, sino que constituye un proceso en el que, tanto el médico como el paciente, se retroalimentan en un contexto complejo, ya que se encuentra subordinado a modificaciones de una forma permanente.

Con todo ello, es posible sostener que, la comunicación entre el médico y el paciente lo es de tipo multidimensional, y conformada tanto por el contenido (la información), como por las relaciones entre el médico y el paciente, así como por los sentimientos y emociones forjados en la propia relación.

69 La pieza fundamental del enfoque sistémico interaccional es que considera al ser humano como un sistema biológico complejo íntimamente unido al entorno formando el supersistema ser humano-entorno (SH-E) con el que intercambia materia, energía e información. En este supersistema tienen lugar infinidad de interacciones entre sus distintos componentes (personas, otros seres vivos, objetos, ecosistemas, etc.). Asimismo, en el contexto del sistema biológico humano, existen igualmente numerosas interacciones entre los múltiples subsistemas que lo componen (nervioso, endocrino, inmunitario, etc.). <https://www.psicologia-online.com/enfoque-sistemico-interaccional-y-siguiendo-el-modelo-funcional-de-la-mente-2772.html>. [consultado el 19 de septiembre de 2016]

De este modo, este *modelo interaccional* proponía el análisis de cuatro tipos de relaciones, y consideradas como las más trascendentes en el mundo de la Medicina: a) La del médico con el paciente, b) La del médico con el familiar o con la persona que ocupe la representación del paciente, c) La de los profesionales del equipo de salud entre sí, d) La del paciente con su familia o con la persona que ocupa un lugar significativo en su vida.

Entre los modelos interaccionales, quizás que uno de más conocidos pudiera ser el *Modelo de Leary*⁷⁰, que desarrollado en el año 1955, se presenta como un modelo de interacción humana recíproca, sobre la base de la observación empírica de los diversos acontecimientos que tenían lugar durante los tratamientos psicoterapéuticos, que el propio Leary llevaba a cabo. Es realmente un modelo de una gran simplicidad y de fácil aplicación en Medicina.

Esquemáticamente planteaba que, en una interrelación, las personas actúan sobre dos ejes: a) dominación-sometimiento, b) amor-odio. En la primera, hay que considerar que, si una persona es dominadora o explotadora, consecuentemente determina, en la otra persona, su correspondiente sumisión y entrega. Así si el médico domina, el paciente se encuentra subordinado y en una situación de dependencia. Por su parte, en el caso de amor-odio, el médico cuando asume una de estas actitudes, provoca directamente, en el paciente, otra de igual significado.

El *Modelo de King*, (King, 1981) fue desarrollado en la década de 1970, y básicamente se trata de un modelo de relación con el paciente, centrado específicamente en la *comunicación* e interacción, pero desde una perspectiva general. De ahí que analizara las interrelaciones entre los sistemas personales, interpersonales y sociales y aunque describía cada uno de dichos sistemas, los centraba preferentemente en los aspectos interpersonales.

Reivindicaba que, cuando se establece la relación médico-paciente, tanto el uno como el otro perciben aspectos del otro, y dichas percepciones constituyen el fundamento de juicios acerca del que escucha, que finalmente se exteriorizarán en forma de acciones, bien sean verbales y/o no verbales.

Fue a partir del año 1973 cuando surgió la denominada "*rebelión de los pacientes*", tal y como la definen Lázaro y Gracia. En aquella fecha, y promovido por la Asociación Americana de Hospitales⁷¹, y aprobada por la Asamblea de Representantes

70 Timothy Francis Leary (1920-1996) fue un escritor, psicólogo y entusiasta estadounidense de la investigación y uso de sustancias psicodélicas, las que rechazó como drogas y nombró tecnologías extáticas.

71 La Asociación Americana de Hospitales presenta una Declaración de Derechos del Paciente con la esperanza de que la observación de estos contribuya a una mejor atención del paciente y a una mayor satisfacción del paciente, su médico y la organización del hospital.

de la Asociación Americana de Hospitales, en fecha el 6 de febrero de 1973, se suscribió la primera *Carta de Derechos del Paciente*, la cual suponía el reconocimiento oficial del derecho del paciente a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones que se le plantearan y fueran posibles, al ser considerado como persona autónoma y libre.

En este sentido interesa recordar que los derechos de los pacientes son derechos intrínsecos de la persona humana y directamente relacionados con su estado de salud o de enfermedad. Se trata del ser humano -en su condición de paciente- quien necesita el respeto de sus derechos humanos fundamentales, como: la vida, la salud, la integridad física, la dignidad, la libertad, la información, la identidad, la intimidad, la confidencialidad, el consentimiento informado, la verdad, la muerte con dignidad y otros muchos.

Estos derechos, se establecieron gradualmente a partir de las ideas del liberalismo político⁷², basadas en la teoría de la justicia de John Rawls^{73 74} y, valorándose de manera especial el principio de autonomía, el movimiento en pro de los derechos civiles, el desarrollo de la democracia participativa, el progreso, el derecho internacional de derechos humanos, la doctrina de los derechos personalísimos, el auge de la Bioética y otras razones, como los cambios sociales, políticos, culturales y económicos; de manera que todo ello confluyó en la necesidad de formular los derechos de los pacientes. Derechos que se basan en los derechos humanos fundamentales de la persona humana, como son la dignidad, la libertad y la igualdad.

72 Promueve las libertades civiles y económicas, oponiéndose al absolutismo y al conservadurismo. Constituye la corriente en la que se fundamentan tanto el Estado de derecho como la democracia representativa y la división de poderes.

73 Rawls, John (1921-2002), *El liberalismo político*, Barcelona: Crítica S.L., 1996. La política de una sociedad democrática lleva siempre la impronta de una diversidad de doctrinas religiosas, filosóficas y morales encontradas e irreconciliables." (Rawls, 1996, pág. 33) "a) Todas las personas son iguales en punto a exigir un esquema adecuado de derechos y libertades básicos iguales, esquema que es compatible con el mismo esquema para todos; y en ese esquema se garantiza su valor equitativo a las libertades políticas iguales, y sólo a esas libertades. b) Las desigualdades sociales y económicas tienen que satisfacerse en condiciones: primero, deben andar vinculadas a posiciones y cargos abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades; y segundo, deben promover el mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad." (Rawls, 1996, pág. 35)

74 Los extraordinarios logros de Rawls como académico, autor y profesor pueden atribuirse a diversos factores, tales como su inmensa capacidad de pensamiento sistemático, excelente memoria, curiosidad natural y actitud crítica frente a su propia obra, la cual le generaba una insatisfacción que se materializaba en progreso ulterior. Siempre estuvo profundamente comprometido con la vida intelectual de sus estudiantes, de sus colegas, de la universidad y de la sociedad. Adicionalmente, Rawls concentró sus energías en dos preguntas que eran de la mayor importancia para él: ¿cómo es posible que un orden institucional sea justo? y ¿de qué manera la vida humana vale la pena vivirse?

Pero, a la par que ocurría este hecho tan considerable, también tenía lugar el desarrollo de una serie de novedosas técnicas, médicas y sanitarias, orientadas y destinadas a pacientes clínicamente graves y de las cuales dependía su supervivencia y estabilidad, a veces en condiciones muy precarias. La decisión sobre cuándo y a quién aplicarlas era tan compleja como trascendental (sobre todo cuando el número de plazas disponibles era menor que el de pacientes a ocuparlas) y no es extraño que los interesados persiguiesen participar en semejante decisión. A partir de ese momento, la persona deja de ser enfermo (es decir, pasivo) para convertirse en paciente y en agente activo de su propio proceso clínico y, consecuentemente con capacidad para tomar las decisiones que le afectan directamente.

Por su parte, el *Modelo de Hollender*, (Jones, 1981) se trataba de un modelo centrado en las actitudes que tanto los médicos como los pacientes pueden llegar a adoptar en el proceso de la enfermedad. Este modelo planteaba que tanto el comportamiento del médico como el del paciente dependen de factores como; el tipo de enfermedad que padezca el paciente, del momento evolutivo de la misma o incluso de las particulares circunstancias que se estén presentando.

En este somero repaso, es igualmente apreciable hacer referencia al *Modelo de la Bioética*, como aquel que se define según los principios de esta materia. Dichos principios y siguiendo a Moreno y Morlans, tal y como refiere Clèries Costa, se concreta en: (Clèries X, 2010)

- a) Respeto por la Autonomía: a las personas se les reconoce el derecho a decidir por sí mismas, las cuales deben ser tratadas como seres autónomos y aquéllas que tengan dificultades en ejercerla tendrán que ser protegidas. Respetar la autonomía de la persona implica valorar sus opiniones y favorecer el consentimiento informado a través de una información veraz, concreta, repetida cuantas veces fuera preciso y, especialmente, personalizada. Sin embargo, se deberá respetar, asimismo, el derecho a la no información en aquellos pacientes que no quieren conocer los detalles de su trastorno y/o la evolución pronóstica.
- b) Beneficencia: que trata de buscar el bien del paciente. El médico tiene que esforzarse por reconocer al paciente de la forma que considere más adecuada en la búsqueda de su máximo bien, siempre y cuando obtenga el consentimiento del paciente. Así, por ejemplo, el médico nunca podrá imponer su propio criterio en contra de la opinión del paciente, a pesar de que esté plenamente convencido de la benignidad de la medida a tomar.
- c) No maleficencia: principio que obliga a no hacer daño intencionadamente y se basa en la máxima latina *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer el mal), evitando de esta forma causarle daños y el no exponerlo a riesgos innecesarios.

- d) Principio del doble efecto: cuando las acciones que el médico realiza o que indica, pueden tener buen y mal efecto, y consecuentemente se aceptan para que se realicen, si lo que se intenta lograr es el buen efecto.
- e) Justicia: donde todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que necesitan. Este principio realza el equilibrio que debe existir entre riesgos y beneficios terapéuticos, así como la distribución de procedimientos. E igualmente hace referencia a la equivalencia de oportunidades en el acceso a la asistencia sanitaria.

Y como finalización de este capítulo y tratando de no hacer una desproporcionada exposición de los diferentes modelos, sí que resulta de gran interés el hacerlo del denominado *Modelo asistencial*, que en el año 2006 fue propuesto por, el psicólogo clínico español, Clèries Costa. (Clèries X., 2006). En este modelo se establecen diferentes escenarios:

- *Paciente que no quiere dejar de serlo*: Se queja de su desamparo, expresa sentimientos de culpa, desconuelo, baja autoestima y contrariedad contra su propia vida, exigiendo atención inmediata y negando de manera sistemática cualquier propuesta o solución, dando respuestas como; "sí, pero...".
- *Profesional excesivamente atento*: Aquel que quiere solucionar las quejas y los descontentos del paciente, aunque no depende directamente de él, el poder solucionarlas y, aunque el paciente no está dispuesto a remediarlas, trabaja sin recibir una satisfacción, esforzándose más que el propio paciente, responsabilizándose de los casos difíciles, etc.; lo que en definitiva le lleva a sentirse mal, triste, decepcionado, impotente, cansado, rabioso, etc.
- *Profesional agresivo*: Se comporta ofensivamente en su propio interés, castiga a los demás mostrándose como triunfador, no lleva a cabo los trabajos que le corresponden, pone a los demás compañeros en situaciones difíciles, provocando ansiedad y preocupación, y además evidencia formas rencorosas.
- *Paciente vulnerable-responsable*: Tiene problemas, y por ello solicita ayuda, no induce sus adversidades como objetivo para seguir quejándose y es capaz de aportar su esfuerzo en cuanto al enfrentamiento de su problema.
- *Profesional competente*: Respeta la capacidad de los demás para resolver sus propios problemas, espera que los demás le soliciten ayuda, pregunta que es lo que quieren los consultados (no supone ni adivina), escucha empáticamente, señala los propios límites: tiempo, capacidad, disponibilidad, etc.; no da consejos, no juzga, no interpreta, a no ser que se le pida, reclama aquello que le pertenece, dice 'no' a aquello que no quiere o no puede hacer, expresa qué comportamiento causa problemas y de qué manera se

puede cambiar o solucionar y en caso de conflicto, propone pactos para mejorar la relación.

En definitiva, debe quedar patente que aunque cada relación médico-paciente es diferente, siempre debe permanecer el objetivo de la ayuda del médico hacia el paciente, que es verdaderamente lo único que debe interesar.

En este tipo de relación, al igual que en cualquier otra, se debe analizar, integrar y valorar cada información que se pueda captar y dejar de lado una serie de filtros que, en definitiva, pueden distorsionar la toma de decisiones, y que en definitiva establecen o generan una separación entre las evidencias y los juicios de valor.

Estos filtros son:

- a. la *experiencia*, y aunque estas marcan, es preciso construir el presente arrancando el pasado del futuro y devolverlo a su tiempo.
- b. la *formación*, que permite analizar la situación desde diferentes y variadas perspectivas.
- c. el *ánimo*, al ser seres racionales, las emociones y los sentimientos pueden modificar las decisiones, por lo que no se deben tomar decisiones importantes cuando se está influenciado por emociones intensas.
- d. el *cuerpo*, es preciso tomar decisiones tanto desde el punto de vista orgánico como psíquico.

La *comunicación* no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender íntegramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención, durante el proceso de enfermedad. (Hernández Torres, 2006)

De esta forma, y como bien indica Doval (Doval, 2008), la relación médico-paciente comienza con la explicación por el médico del relato del malestar del paciente. Pero para ello resulta esencial, que esta historia médica cuente con información suficiente y detallada, para que el médico pueda realizar un diagnóstico correcto y formule un plan terapéutico adecuado.

La parte inicial, de todo este proceso, es la narración del paciente, que debiera ser convincente, es decir exponiendo lo que se presupone o se entiende es el problema de salud.

La mayoría de las veces, aun cuando el paciente no sea claro, minucioso, preciso, sí que facilita detalles relevantes de su sintomatología, e incluso narra de manera entrelazada, sus propias experiencias de vida junto con su problema de salud. Ese

relato, con el que se comunica y que el médico debe conseguir interrelacionarse de manera adecuada, reconoce dos entendimientos en paralelo como son; el averiguar la enfermedad que tiene el paciente, y entender al paciente que tiene la enfermedad.

Más de un paciente al finalizar esa primera parte de la historia médica, en la que hace una revisión desde su pasado hasta su presente, insinúa en cierta manera su inseguridad, en cuanto a la forma de cómo finalizará su proceso en el futuro, y planteando de manera más o menos explícita *"... ahora espero que usted pueda ayudarme"*. En ese momento, la labor del médico ha de ser la de acometer un enfoque con perspectiva alternativa, y si es posible con modificación del resultado final del proceso patológico. Y, para que esto resulte efectivo, el trabajo ha de ser de especial dedicación.

Pero, ¿imperera una auténtica formación, por parte del médico, para que todo estos se pueda hacer efectivo? En este sentido, considero que tanto la formación pregrado como la práctica asistencial básica deben ser y, de hecho, así lo son, los escenarios donde de manera efectiva se debe producir el desarrollo, académico y técnico, adecuado para poder desempeñar la misión de investigador de síntomas y de descubridor de enfermedades. Esto es lo que tradicionalmente se ha entendido y se sigue entendiendo en la actualidad, como "ojo clínico" y como "evidencia científica", que desde mi punto de vista son dos conceptos que no son antagónicos, sino totalmente complementarios.

Respecto al "ojo clínico", este se corresponde con una terminología tradicional, pero a la vez popular, por la que se consideraba como un don del médico, para poder realizar diagnósticos rápidos y a la vez ciertos. Evidentemente que hoy en día es más oportuno y correcto hacer referencia al término de "evidencia científica", como la utilización consciente, manifiesta y reflexiva de la mejor evidencia científica de la que se dispone, y que permite el poder tomar decisiones acerca del cuidado de pacientes de una manera individual.

Pero sin poder dejar desamparada la "otra" parte de la historia, en la que se contienen elementos de diferentes contenidos afectivos, que se le crean al paciente, como adversidades, enfados o disgustos, pesares o temores, e incluso pasiones, que pueden llevar al paciente, en muchas ocasiones, a la desolación y a la desesperanza.

Es una labor, la del médico, compleja que exige una preparación, por la que puede conocer a los pacientes y añadir las iniciativas y esfuerzos que le permitan o le preparen para poder transmitir esperanza, compromiso e ilusión, al paciente.

Pero esto no debe llevarnos al engaño, esta es una labor que implica una formación durante toda la vida profesional, lo que implica aprender y desarrollar bastante

idoneidad clínica y humana, lo cual se transforma en el signo determinante que mayor confianza genera en el paciente.

Si lo que se pretende construir es confianza, pero sin tener presente las competencias referidas, el resultado que se puede producir es una pura charlatanería, y consecuentemente el médico transformado en un charlatán o en un hablador indiscreto.

Pero al mismo tiempo, la relación médico-paciente, también tiene una serie de límites, que fijan las fronteras a partir de las que el comportamiento del médico se sitúa fuera del que se considera su *rol profesional* y por ende su *responsabilidad profesional*. En estas situaciones es el propio médico quien tiene que saber establecer estos límites profesionales, tomando como base tanto el interés como las propias necesidades del paciente.

Cuando se establecen estos límites, se determina una señal de respeto tanto al paciente como al médico y como elemento esencial para que la relación y la comunicación resulte práctica. Hay que saber y conocer dónde están esos límites. Generalmente los sentimientos, como incomodidad, agobio o resentimiento, ayudan a reconocer cuando esos límites están siendo traspasados y, por el contrario, la percepción de esos sentimientos por parte del paciente puede ser una llamada de atención a que el médico esté traspasando esos límites.

Una vez percibido, fijado y resuelto el problema de límites, es preciso plantearse cómo afrontar la realidad. En la mayoría de los casos la comunicación implícita y la indirecta puede resultar más que suficiente para la vuelta a la normalidad, pero en otras ocasiones, se requieren no solo ofrecimientos sino una comunicación más directa. En estos casos el médico debe ser asertivo y señalar directamente la transgresión de los límites de una relación médico-paciente. Esto no resulta ser tarea fácil y suele constituir un verdadero reto e incluso provocar nuevos problemas entre el médico y el paciente.

Por ello la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada debe estar fundamenta en tres cuestiones básicas; la primera, en determinar si el médico practica una buena comunicación; la segunda, si concurre un elevado nivel de satisfacción de los pacientes en lo que respecta a la forma de entrevistar o preguntar y la tercera, referida a la forma de proporcionar información.

Importancia de la comunicación en el ámbito de la salud

Legados a este punto, nadie puede poner en duda la consideración de la comunicación como pieza básica en la relación médico-paciente, y cómo ha sido objeto de múltiples estudios en las últimas décadas (Balint, 1961) (Davis, 1968). Pero al mismo tiempo y como indica Díaz y Uranga (Díaz, Hernán y Uranga, 2011) la comunicación siempre ha estado presente en los procesos de salud.

Los cambios sociales, a los que se ha hecho alusión anteriormente, han materializado la importancia de esta comunicación en el ámbito de la salud, como requisito esencial y previo tanto al respeto de la autonomía del paciente (Chin, 2002), (Simón, Júdez, 2001) como a su derecho a la información, a la vez que considerado como un modelo de relación más deliberativo y participativo, entre profesionales sanitarios transformados en menos protagonistas y con pacientes más "expertos" e informados (Pedregal, Schwart, 1999), a la vez que más satisfechos (Mira, Aranz, 2000).

Nadie discute acerca de que la salud es lo más valioso que tiene el hombre (Ribera-Casado, 2013). Esta afirmación es un hecho incontestable y así lo sentimos todos, no sólo los que forman parte de la profesión médica y resto de profesiones sanitarias, sino también el conjunto de la sociedad.

El desarrollo de la comunicación, como campo de análisis e intervención en las estrategias y programas de salud, ha estado supeditado directamente con los cambios en la definición de salud que se originaron a partir de la década de los años 50, del pasado siglo XX, pasando del clásico modelo *biomédico*, que entendía la salud como

la “ausencia de enfermedad”, a un modelo de tipo *bio-psico-social*, lo que, según los mismos autores, trajo consigo una variación en cuanto a las formas de abordar la salud, inspirada por las políticas de educación para la salud y la promoción de la salud.

Fue a raíz de la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, del año 1986 celebrada en Ottawa (Canadá), cuando la comunicación comenzó a hacerse un lugar en los procesos de salud. (Organización Mundial de la Salud.1986).

Entre otras conclusiones, en aquella Reunión se elaboró la denominada “*Carta de Ottawa*”⁷⁵, en la cual se incluyeron cinco estrategias para llevar a cabo, de forma eficiente, las políticas de promoción de la salud, y donde básicamente se incluían: la creación de una política pública saludable; la creación de entornos en apoyo de la salud; el desarrollo de habilidades personales; la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud; y el fortalecimiento de la acción comunitaria⁷⁶.

En éste mismo sentido, unos años después, la profesora Alcalay R. (Alcalay,1999) hacía una llamada de atención acerca de la evidente importancia que tiene la Comunicación en el ámbito de la Salud.

Así, en el año 2010, la Organización Mundial de la Salud, publicaba el Documento “*Healthy People 2010*”, cuya traducción podría ser sinónima de “*Gente Sana 2010*” (Healthy People 2010), e indicaba que la Comunicación en Salud incluye tanto el estudio como el uso de estrategias de comunicación, encaminadas a informar e influir en decisiones individuales y comunitarias que puedan mejorar la salud (Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, 2004). E igualmente reconocía que esta co-

75 Esta conferencia celebrada durante los días 17-21 de noviembre de 1986 fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>. [consultado el 18 de septiembre de 2016]

76 La presente CAHTA fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Dosecientos delegados de 38 países se reunieron en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986 para intercambiar experiencias y conocimientos dirigidos a la promoción de la salud. La Conferencia favoreció un diálogo abierto entre profanos y profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de los organismos gubernamentales, comunitarios y asociaciones benéficas: como entre políticos, administradores y técnicos sanitarios. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo hacia el objetivo común de Salud para todos en el año 2000.

municación debiera estar considerada como un elemento primordial, favorecedor tanto de la salud pública como de la salud personal.

Con ello es evidente que la búsqueda de un determinado objetivo, implica por un lado el garantizar el proceso continuo en la toma de decisiones y por otro que la claridad en la comunicación conlleva, de forma tanto mediata como inmediata, un estilo de conducta que resulta eficaz y precisa.

Reflexionando sobre todo esto, se puede observar como durante todo el siglo XX la generalidad de la población recibía la mayor parte de la información de manera oral o por medio de carta, periódicos y libros, para que posteriormente se viera incrementada por las aportaciones de la radio y de la televisión.

En la actualidad la situación es algo distinta, pues los avances tecnológicos como la creciente disponibilidad de diferentes técnicas de información y comunicación (TICs) han acelerado y, en cierta manera, desdibujado la diferencia entre el emisor de la información y el receptor de la misma. Los flujos de información son ahora mucho más amplios, diversos, reversibles e incluso accesibles.

Estas cuestiones también tienen su reflejo en el mundo de la salud. Si nos detenemos en el análisis de la relación comunicación-salud, es fácil observar cómo en esta evolución los primeros planteamientos se llevaron a cabo desde la estructura de tipo instrumental de la propia comunicación, la cual era concebida como un proceso de transmisión de tipo unidireccional, de información y de conocimientos, con fines básicamente educativos y persuasivos, desde las fuentes de saber dirigida a los individuos y la sociedad en general, para que estos pudieran adoptar determinadas actitudes y conductas (Hill, 2009), (Díaz, 2011), (Petracci, Waisbord, 2011).

Posteriormente esta concepción de la Comunicación en Salud se fue ampliando, quizás en un sentido más necesario y relacional, mediante procesos de interacción y de construcción social, basados en el reconocimiento de los diferentes personajes que intervienen en los procesos de salud y en sus particularidades tanto sociales como culturales (Cuesta, Menéndez, y García, 2008). (Díaz, y Uranga, 2011). (Díaz, 2011).

Por tanto, la comunicación, en sentido amplio, es un componente que resulta necesario comprender para poder llegar a razonar acerca de la dinámica de la vida social actual. Actualmente y en el mundo libre como el que vivimos, existe una cierta tendencia a pensar y hablar sobre la comunicación en clave casi exclusivamente tecnológica, poniendo la mirada en los múltiples medios que forman parte de nuestras vidas y a los que estamos expuestos en nuestro día a día. Sin embargo, hay que recordar que, antes que nada, la comunicación es una característica esencialmente humana, por lo que debe ser considerada dentro de las habilidades para la vida, como indica la propia OMS; *“las habilidades para la vida son habilidades personales, inter-*

personales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que este cambie. Como ejemplos de habilidades individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Las habilidades de vida tal y como se definen más arriba son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de habilidades personales para la promoción de la salud descritas como una de las áreas de acción clave en la Carta de Ottawa” (Organización Mundial de la Salud, 1986).

En esta descripción que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de las habilidades para la vida, incluye de manera explícita y directa una serie de capacidades y destrezas, reconocidas dentro del campo de la comunicación humana: *“el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés”,* retomando la cita que antecede. En ese contexto no hay mención alguna, ni implícita ni explícita, a los medios de comunicación ni al sistema que los contiene.

Por ello, el hacer referencia a la comunicación en el campo de la salud, es hacer hincapié, algo ya referido y es, en la condición del médico y del paciente como sujetos sociales capaces de generar una trama de relaciones de las que son parte, que los construye y que colaboran en su construcción. De esto se habla cuando se hace relato de la comunicación en términos inicialmente humanos, de configuración de los sujetos sociales en el marco de un recorte territorial, geográfico o temático, dado. (Díaz, Hernán y Uranga, 2011).

Algunos autores (García-Campayo, Aseguinolaza, 1998) indican que en los últimos años, quizá por la influencia de las críticas respecto a la pérdida del humanismo, se viene observando un progresivo desarrollo, en el campo médico, de las habilidades de comunicación y de relación con el paciente. Humanismo y comunicación comparten múltiples características comunes, siendo quizá la más importante la energía en el desarrollo de la empatía (García-Campayo y cols., 1995). Sin embargo, y aunque la meta final pueda ser común, los puntos de partida resultan ser muy diferentes. Quizás por ello, el enseñar y practicar comunicación sea primordial en el campo de la salud y en particular para el médico.

Se puede considerar que existen dos modelos principales de docencia en comunicación (García-Campayo, y cols.1994): los de inspiración *psicodinámica*, que incluirían, entre otros, tanto los grupos de Balint (Balint, 1977) como los grupos de reflexión de Tizón (Tizón, 1993) y los modelos de orientación *cognitivo-conductual*, que incluyen líneas de trabajo como la del grupo de Manchester (Gask, et al., 1988) (Gask, et al., 1993)

o incluso, en nuestro país, la de Borrel (Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989). Aunque ha existido una amplia polémica sobre la virtud de las dos orientaciones referidas, (García-Campayo, y cols., 1995), al igual que hacen otros autores (Gallo Vallejo, 1993), consideramos que ambos modelos no son contrapuestos sino complementarios, siendo necesario incluir ambas tendencias docentes en la formación pre y posgrado de los profesionales sanitarios y específicamente en los médicos.

Los sistemas *cognitivo-conductuales* aportan determinadas habilidades específicas que proporcionan una mejora respecto a la seguridad de la comunicación del profesional e acrecienta la satisfacción del paciente. Sin embargo, resulta también imprescindible fomentar el autoconocimiento y la capacidad de reflexionar sobre el propio estilo de comunicación, así como trabajar sobre los aspectos que caracterizan al perfil profesional del médico, que en ocasiones pueden producir cierto malestar (Goldberg, et al., 1992).

Defendemos el desarrollo, aplicación y la conjugación de ambos modelos, en base a que distingue el desarrollo de habilidades y actitudes indispensables para una adecuada comunicación con el paciente, pero igualmente somos conscientes que ello obviaría un tercer elemento que se considera igualmente imprescindible para conseguir el ideal médico y que, aunque se encuentra intensamente relacionado con los anteriores aspectos, presenta características diferenciales, lo cual potencia nuevamente la referida perspectiva humanista.

Ya se ha expresado anteriormente, que esta visión constituye la forma tradicional de entender la medicina y que su origen se remonta a épocas muy anteriores al nacimiento de los sistemas descritos. Ciertamente es que los métodos dinámicos en habilidades de comunicación acentúan el autoconocimiento de las reacciones emocionales frente a los pacientes -concepto que en la óptica psicoanalítica se le denomina "*contratransferencia*"⁷⁷-. Por el contrario, la actitud humanista, no se centra en las reacciones del médico ante otra persona, sino que pretende comprender la experiencia humana del paciente, que sufre.

Anteriormente se ha hecho mención a la importancia que tiene la *empatía* como un elemento esencial en el humanismo y la comunicación y quizás por ello, los expertos en humanismo (Spiro, et al., 1993) describan dos tipologías de empatía:

1. Empatía *empírica*, aquella que se obtiene por medio del conocimiento directo, basada en nuestro propio sufrimiento, y que permite interiorizar dicha expe-

77 El término *contratransferencia* es introducido por Freud en "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" de 1910. Se describe como respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia de este sobre los sentimientos inconscientes del analista.

riencia vital y facilitar la comprensión de las personas que se encuentran en una situación similar.

2. Empatía *natural*, la cual se considera como una cualidad que está presente, aunque de forma latente, en todo ser humano. Para su desarrollo, no se requiere un sufrimiento personal, sino el deseo de abstraerse de nuestras circunstancias e introducirse de forma imaginada en el mundo del otro y compartir su sufrimiento.

Por tanto, para desarrollar la empatía no es necesario el aprendizaje directo, el que exige la experiencia del sufrimiento propio (empatía empírica), sino que podría lograrse mediante el aprendizaje transmitido, que es el que se lleva a cabo por medio de la experiencia y del ejemplo de otras personas (empatía natural).

De esta manera y considerando el humanismo médico como pieza esencial en la comunicación y en la práctica médica, hay que enseñar y aprender determinados sistemas docentes basados en el humanismo, por medio de los cuales se pueden llegar a desarrollar y potenciar la empatía *natural*.

Mediante estos sistemas es posible ponerse, con mayor o menor éxito, en contacto con el sufrimiento ajeno y, tras realizar una reflexión de tipo personal, acerca de los sentimientos que nos pueden llegar a producir estas situaciones, se realizan comentarios acerca de la experiencia, mediante la formación de grupos reducidos de profesionales, y donde un moderador o facilitador estructura la discusión.

A este respecto, se han desarrollado varias metodologías docentes, que han intentado que el médico pueda llegar a identificarse con el sufrimiento de otras personas. Los más conocidos, entre ellas, son:

- a. *Contacto con el paciente a lo largo del proceso de enfermedad:*

Basado en el conocimiento de aquellos pacientes, que presentan enfermedades crónicas o invalidantes, y se hacen uso y aplicación de específicas entrevistas personales, así como casos escritos o grabaciones en vídeo realizadas por parte del paciente. En estos encuentros, se presta menos jerarquía a los datos médicos o terapéuticos del proceso, centrándose más en los aspectos emocionales y existenciales del paciente. En algunos casos, el contacto no es de tipo ocasional sino más vivo, de modo que al médico le permite realizar un acompañamiento casi a diario del proceso de enfermedad e incluso compartir durante algún tiempo con el paciente en su propio entorno.

- b. *Role-Play y Role-Playing:*

En determinadas situaciones, cuando se desea que alguien comprenda de una manera íntima una determinada conducta o situación, se le solicita que "se ponga

en el lugar” de alguien que la vivió en la realidad. Si en lugar de evocarla mentalmente se asume el rol o papel y se revive de una manera dramática la situación, y de esta forma la comprensión íntima (*insight*) resulta mucho más profunda y explicativa.

En esto consiste el, denominado y conocido, Role-Playing o Role-Play, que traducido sería “*juego de papeles*” y que implica el poder representar por parte de una persona, que no es paciente sino un figurante, una situación clínica típica y concreta, con el objeto de que se llegue a comprender mejor la forma de actuar de quien o quienes intervienen o participan en la situación real.

El objetivo de la aplicación de esta técnica se logra no sólo en quienes representan los roles, sino en todo el grupo que actúan como observadores participantes por su compenetración en el proceso. Los figurantes transmiten al grupo la sensación de estar viviendo el hecho como si fuera en la realidad.

Sin duda alguna que este tipo de actuación despierta el interés, motiva la participación espontánea de los participantes, y por su propia informalidad mantiene la expectativa del grupo centrada en el problema que se desarrolla. La representación escénica provoca una vivencia común a todos los que participan, y tras su “*escenificación*” es posible discutir el problema con cierto conocimiento directo generalizado, puesto que todos han participado, ya sea como figurantes o como observadores.

Sin entrar en detalles de cómo se desarrolla el método, sí se puede indicar que la representación se lleva a cabo de una forma libre y espontánea, sin necesidad de utilizar guiones ni ensayos previos. Los figurantes representan el papel descrito previamente, como si la situación fuera verdadera. Para que este sistema resulte provechoso, se requiere el desarrollo de una cierta habilidad y por supuesto madurez en el grupo.

Existe otra versión de este método, la cual utiliza ilustraciones clínicas, en las que un alumno representa el papel del médico y otro el del paciente. Adoptar el papel del paciente y sus circunstancias permite al alumno identificarse con él y experimentar algunos de los sentimientos que pueden aparecer en una situación similar. Hay que resaltar que el método, denominado específicamente “*role-playing*”⁷⁸ es una técnica docente especialmente interesante en el desarrollo de las actitudes humanistas, porque su efectividad depende de la involucración emocional. (Carroll, Monroe, 1979).

78 El término Role Playing designa una técnica de dinámica de grupo, también recibe los nombres de dramatización, simulación o juegos de roles.

c. Lectura y comentario de textos literarios clásicos

Algunos autores (Spiro, et al., 1993) defienden la utilización de textos literarios clásicos para el desarrollo de la empatía. Existen una serie de textos que se recomiendan para este fin y entre los que destacan “La muerte de Iván Ilich”⁷⁹ de León Tolstói⁸⁰. Historia que explica cómo la enfermedad puede ir aislando progresivamente a una persona del resto del mundo y originando todo tipo de frustraciones y pérdidas, que sólo terminarán con la muerte.

d. Los grupos de humanización

Si un grupo es un conjunto de seres que se organizan en una unidad (Martín Baró), la fórmula que, a nuestro juicio, mejor permite alcanzar este complejo objetivo es la utilización de la denominada visualización creativa. Las técnicas de visualización, en sus diferentes variantes, han sido empleadas y útiles para el manejo tanto del estrés, como para el control del dolor, la recuperación de enfermedades, la eliminación de hábitos perniciosos o la consecución de objetivos vitales (Martínez Roca, 1985).

La visualización⁸¹ también resulta ser una poderosa técnica para experimentar emociones con una claridad e intensidad inusual, que difícilmente puede alcanzarse en estado de vigilia (Creative visualization. Berkeley: Whatever Publishing, 1978).

Respecto a la estructura, la primera media hora se dedica a la visualización específica del tema de cada sesión. Durante este tiempo se propone una situación de en-

79 ‘La muerte de Iván Ilich’, escrita entre 1884 y 1886, tuvo como punto de arranque un incidente en la vida real. Un magistrado del tribunal de Tula, Iván Ilich Méchnikov, había muerto de cáncer abdominal en 1881; y un hermano del difunto fue quien dio cuenta a Tolstói de los horribles sufrimientos que habían precedido a su muerte.

80 Liev Nikoláievich Tolstói. (1828 - 1910) Escritor y reformador ruso. Es el autor de ‘Guerra y paz’, ‘Anna Karenina’, ‘Resurrección’, ‘Hadji Murat’... Uno de los escritores más importantes de la literatura universal.

81 La visualización creativa es la técnica de utilizar la propia imaginación para crear lo que se desea en la vida. La imaginación es la capacidad de crear una idea, una imagen mental o una sensación de algo. La visualización creativa consiste en utilizar nuestra imaginación para crear una representación clara de algo que deseamos que se manifieste. Luego, seguimos centrándonos en la idea, imagen o sensación de manera regular, comunicándole energía positiva hasta que se convierte en una realidad objetiva... En otras palabras: hasta que conseguimos realmente lo que hemos estado visualizando. Nuestro objetivo puede ser de cualquier tipo: físico, emocional, mental o espiritual. Podemos imaginarnos a nosotros mismos en un nuevo hogar, con un nuevo empleo o manteniendo una hermosa relación, experimentando una sensación de calma y serenidad o viendo cómo mejora nuestra memoria y nuestra capacidad de aprender. También podemos imaginarnos controlando sin esfuerzo una situación difícil, o simplemente, vernos radiantes, llenos de luz y de amor. Podemos actuar a cualquier nivel y en todos ellos conseguiremos resultados. Luego, con la experiencia, descubriremos las técnicas e imágenes que, en cada caso concreto, puedan reportarnos mejores resultados. <https://latecnicapsicologica.webnode.es/metodos-y-tecnicas/ desarrollo-de-la-imaginacion/visualizacion-creativa/> [consultado el 19 de septiembre de 2016]

fermedad en la que el alumno, que siempre es el protagonista y, por lo tanto, el paciente, es sumergido de forma progresiva. La visualización detalla minuciosamente el entorno físico y, sobre todo, psicológico del paciente, enfatizando los procesos de pérdida y frustración que impone la enfermedad y los cambios de estilo de vida que se van a producir. Al término de la visualización, y tras algún tiempo de recuperación y reflexión personal, se inicia un diálogo abierto, facilitado por los líderes, en el que los participantes comparten sus sentimientos respecto a la experiencia en un entorno de respeto y confidencialidad que favorece la autorrevelación.

Esta técnica es muy adecuada, ya que permite reflexionar sobre el aspecto humano de la enfermedad, así como tomar conciencia de los múltiples aspectos del sufrimiento del paciente de los que, generalmente, no eran conscientes. Esta experiencia supone una modificación importante en la relación y en el abordaje de los pacientes en el futuro y teniendo en consideración que, de alguna forma, han experimentado notables cambios en su personalidad en relación con su actividad médica.

Hemos dedicado un amplio apartado para hablar de la necesidad de humanizar la práctica médica y en definitiva la Medicina. A éste respecto y como asignatura pendiente, se puede hacer referencia a determinados programas referidos a la concienciación que existe al respecto y así como ejemplo, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha diseñado un *Plan de Humanización*⁸², considerando a los profesionales sanitarios como “*agentes de la humanización*”, teniendo en cuenta el papel esencial que tienen en su relación con el paciente y su actitud y cómo las conductas de estos marcan la diferencia entre una asistencia humanizada y otra que no lo es y tratando erradicar las conductas y actitudes deshumanizadas, las cuales conllevan a reducir a los pacientes a cosas u objetos.

Se plantea la cuestión genérica de ¿qué es humanizar?, entendiendo como un término que se usa habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona. No es lo mismo

82 Con el reto y la visión de que la asistencia sanitaria en los centros, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad tenga el apelativo de “humana”, la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria ha dispuesto la elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria al objeto de promover, desarrollar y desplegar actuaciones institucionales que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria, a través de la personalización de la atención y a lo largo de todo el proceso asistencial. La participación ciudadana y de los profesionales constituye una de las fortalezas de este Plan, ya que ha permitido definir e incorporar estrategias e intervenciones a partir de las opiniones y propuestas expresadas por las personas sobre sus necesidades, demandas y expectativas en relación con la humanización de la asistencia sanitaria. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019> [consultado 19 de septiembre de 2016]

ser humano que vivir y comportarse humanamente. Y se reitera que el proceso de humanización es una parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona enferma, su dignidad se encuentra de manera temporal amenazada.

Y se recuerda que enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta decisiva la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar tanto a las personas como su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

Para alcanzar este objetivo, quizás como primer punto a tener en cuenta, y sobre el que trabajar se encuentren los cambios culturales que se deben acometerse tanto en la administración como en los centros sanitarios para abordar el ansiado proceso de transformación. Para ello se abordan aspectos referidos a las conductas de los profesionales y de los directivos, a sus actitudes, creencias, usos y costumbres en la forma y modo de prestar la asistencia sanitaria.

El sistema igualmente establece los ámbitos en los que se puede transformar la acción profesional para enmarcarla en la ansiada humanización: información personalizada y acompañamiento; humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia; humanización en la atención de urgencias; humanización en la hospitalización; humanización en las unidades de cuidados intensivos; humanización en la atención de la salud mental; humanización y paciente oncológico; humanización ante el final de la vida.

La relación médico-paciente en el actual ámbito de la salud

A lo largo de casi toda la historia asentada e implícitamente en cada lugar del mundo, la palabra “*médico*” ha tenido y continúa teniendo un significado algo especial y representativo. Todos nos vemos abocados a relacionarnos con el médico, y siempre acudimos a él para solicitar ayuda ante determinadas necesidades apremiantes como; pedir información, aliviar el dolor y el sufrimiento o más genéricamente para recuperar la salud y el bienestar físico o mental.

Consecuentemente el paciente se pone a disposición del médico, permitiéndole que le pregunte, que lo vea, le preste ayuda e incluso, pueda actuar sobre cada parte de su cuerpo, incluyendo las más íntimas; y lo hace por una sencilla razón y es porque confían que cuando el médico realiza todos estos actos, podrá buscar solución a su problema de salud. En esta reflexión puede quedar resumida, de forma muy elemental, en lo que se requiere para “*ser médico*”⁸³, que no es otra cosa que desarrollar la comunicación con el paciente y generar consecuentemente su *confianza*.

Pero al mismo tiempo lleva implícita otras dos cuestiones que me parecen igualmente esenciales, por un lado, comporta una gran *responsabilidad* para el médico y, por otro, un gran *orgullo* de pertenecer a esta profesión, que ha hecho y sigue haciendo del servicio a los demás su primera prioridad.

83 Ser médico... significa ser noble, ser honesto, ser generoso, ser comprensivo, identificarse con el dolor ajeno, conmoverse ante una lágrima, ser solidario con el que sufre, con el incapacitado, con el enfermo. (Carvallo Pl. Ser médico. Gac Méd Caracas. v.117 n.4 Caracas dic. 2009)

Esto que resulta tan habitual y cotidiano, tiene muchas implicaciones y una larga tradición. Si se profundiza un poco más en el análisis de la historia de la *relación médico-paciente*, los sabios de la antigua Grecia eran conscientes de la importancia de esta, cuestión que es evidenciada claramente en las propias palabras que decía Platón: “[...] *el mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo sin intentar curar el alma*”. Por su parte, Hipócrates señalaba que: “[...] *el enfermo es amigo del médico a causa del médico mismo*”. (Álvaro, 1998).

Por tanto, desde los albores de la Medicina, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado, por un menester social, en la recuperación de la salud del que está enfermo.

Es posible referenciar crónicas sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con los conceptos espirituales dominantes, que veían al médico como un verdadero representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido fecundada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos.

Por aquel entonces, la relación entre el médico y el paciente era considerado como un especial agente terapéutico dentro del contexto en que esta se desarrollaba, y teniendo en cuenta la importante carencia de preparación científica, que tenían los “hombres-médicos” de aquellas épocas.

Quizás que la escuela hipocrática, con su obstinación en que el hombre no es sólo un objeto físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico y su énfasis en la importancia del medio ambiente y de la relación médico-paciente, podría ser relacionado como un elemento decisivo en el desarrollo científico que ha llegado a alcanzar la medicina actual.

A partir de los años cuarenta del pasado siglo XX, este modelo se modificó de manera sustancial y se dirigió hacia la denominada “comunicación interpersonal”, lo cual incorporaba nuevos elementos y se cambiaba el enfoque que había tenido hasta entonces. En este nuevo enfoque, destacan dos conceptos centrales. El primero fue la necesidad de reconocer, de darse cuenta y de apoyar al paciente. El segundo, fue el entendimiento mutuo, entre médico y paciente, en un ámbito común, y marcado por la confianza y la fidelidad, lo que sin duda permite alcanzar un entendimiento mutuo y con conciencia de la situación, que, concretando un poco más, y en referencia al ámbito de la atención médica, permitió establecer una perspectiva centrada particularmente en el paciente y en la propia relación del médico con el paciente.

Especial atención merece uno de los autores españoles que más estudió y escribió sobre la relación entre el médico y el paciente, como fue el Dr. Pedro Laín Entralgo, quien ya en el año 1964 publicó su extenso y concienzudo libro “*La relación médico-*

enfermo” (Lain Entralgo, 2012), en el cual dedicaba el capítulo tercero específicamente a la *“Comunicación entre el médico y el enfermo”*.

En él hacía referencia a que: *“pocas cuestiones hay en la medicina contemporánea tan comentadas como la crisis actual de la relación entre el médico y el enfermo. Varias razones se han concitado para dar al tema actualidad candente: el progreso incontenible de la socialización de la asistencia médica, la complejidad a que ha llegado el análisis físico y químico de la enfermedad, la creciente importancia de la psicoterapia, la novísima ilusión de una medicina cibernética (la utopía de un medicus ex machina, si vale decirlo así). ¿Es hoy posible prescindir de una relación directa entre el terapeuta y el enfermo? Y, por otra parte, ¿qué fundamento real tiene y qué perspectivas para un inmediato futuro ofrece la crisis de la asistencia médica antes mencionada?”*, lo que a mí modo de ver, resume perfectamente la evolución de esta peculiar relación y que incluso pone de manifiesto lo que representa la actual situación. Lain, clasificaba la *relación médico-paciente* siguiendo criterios variados, como la intención, la forma y el contenido. De esta manera consideraba que todas las posibilidades de relación médica podrían encuadrarse en dos muy precisas: la *relación objetivante* y la *relación interpersonal*.

Sin extendernos en demasía en este aspecto, pues ya se ha hecho referencia anteriormente, sí que debemos hacer reseña a que:

a) La *relación objetivante* era definida como: *“aquella en que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en puro objeto; y a mayor abundamiento, cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención. Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser cosa, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios”*.

La explicación a este particular tipo de relación, fue formulada perfectamente por parte del ensayista francés Paul Valéry⁸⁴, cuando en su discurso inaugural del Congreso de Cirugía celebrado en París en 1938 (Valéry, 1993), decía a los médicos: *“Introducen sus ojos y sus manos en la sustancia palpitante de nuestro ser. Su quehacer es dilucidar la miseria de los cuerpos, hallar la mísera carne afectada, bajo las apariencias sociales más deslumbrantes, reconocer el gusano que roe la belleza”* y seguía diciendo que: *“El ser ya no puede ser para ustedes lo que es para nosotros, que no sabemos. El yo no es para ustedes ese objeto cerrado, ese vaso sellado, sagrado, arcano, el que se elabora en secreto el misterio de la conservación de la vida y el de la preparación de sus poderes de acción exterior. (...) Todo ese equipo velado se manifiesta solamente a través de las molestias y los dolores que surgen aquí o allá.*

84 Ambrose-Paul-Toussaint-Jules Valéry (1871-1945) fue un escritor, poeta, ensayista y filósofo francés. Como poeta es el principal representante de la llamada poesía pura

Que se imponen a la conciencia y que la despiertan en uno u otro punto, interrumpiendo así el curso natural de nuestra funcional ignorancia de nosotros mismos”.

Una reflexión similar es la que expresó varias décadas después, Margarita Yourcenar⁸⁵, cuando en su célebre novela *-Memorias de Adriano-*⁸⁶ cuenta la historia del emperador Adriano⁸⁷, cuando éste reconocía que aun siendo un gobernante respetado y admirado, tenía conciencia de que hay una persona ante cuyos ojos perdía todo su poder, hasta llegar a convertirse en nadie y ése es no era otro que su propio médico: *“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, explica en una carta a su sobrino Marco, y añade de un modo más inquietante, es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo”.* (Yourcenar M.,1982).

Volviendo a Valèry, la reflexión que hacía se puede simplificar, en gran medida, en esta pregunta ¿cabe que el médico tenga otra mirada que no sea la *objetivante*?. A este respecto afirmaba que: *“...Cómo distraerse del mecanismo de la vida, cuando*

85 Marguerite Yourcenar (1903-1987). Escritora francesa de origen belga. Su fama como novelista se debe a dos grandes novelas históricas que tendrían gran resonancia. La primera es *Memorias de Adriano* (1951), reconstrucción histórica realizada con gran celo documental de la vida de Adriano, el más ilustrado de los emperadores romanos. Escrita a modo de carta dirigida como testamento espiritual a su sucesor designado, es una meditación del hombre sobre sí mismo, e ilustra el único remedio posible a la angustia de la muerte: la voluntad de vivir conscientemente, asumiendo el deber principal del hombre que es el perfeccionamiento interior. La otra fue *Opus nigrum* (1965), obra fruto de cuidadosas investigaciones que gira en torno a la figura del médico, alquimista y filósofo Zenón, intelectual enfrentado a los problemas del conocimiento.

86 *Memorias de Adriano (Mémoires d'Hadrien)* Marguerite Yourcenar, 1951. La novela narra la vida y la muerte del emperador Adriano y está escrita en forma de epístolas que el propio Adriano escribe a su primo y sucesor Marco Aurelio. En sus cartas el emperador hace memoria de sus triunfos, sus éxitos militares y políticos y reflexiona acerca del arte y del amor. Se engloba por tanto dentro de un subgénero dentro de la novela histórica conocido como “falsas memorias”. Al margen de que el retrato psicológico de Adriano sea en mayor o menor medida invención de la propia autora, la minuciosidad y precisión con que realiza dicho retrato, las reflexiones sobre la vida, la belleza, el arte o la muerte, y el buen hacer con que está escrita convierten a la obra en una de las novelas históricas imprescindibles para los amantes del género. La traducción al castellano la realizó con gran maestría Julio Cortázar.

87 Publio Elio Adriano; (76-138) Emperador romano de la dinastía de los Antoninos. Procedente de una familia hispana de Itálica que había alcanzado el rango senatorial, quedó huérfano a los ocho años y recibió una esmerada educación bajo la protección del emperador Trajano, que era pariente suyo; su casamiento con una sobrina del emperador y su amistad con la emperatriz Plotina fortalecieron ese vínculo. Acompañó a Trajano en la guerra de Dacia (105-106), fue nombrado gobernador de Panonia Inferior, cónsul y gobernador de Siria. Al morir Trajano, Adriano accedió al Trono imperial en extrañas circunstancias, contando con el apoyo de la emperatriz (que aseguró que el emperador había adoptado a Adriano días antes de morir) y del «clan hispano» del Senado, que había acrecentado su influencia durante el reinado anterior.

no hacemos otra cosa que observarla, manejar las piezas, representarnos el engranaje, pensar en su juego y en sus alteraciones? ¿Cómo señores, a veces me lo he preguntado, cómo ese conocimiento tan preciso que tienen ustedes del organismo, las imágenes que poseen de sus regiones, más profundas, el contacto habitual, diría yo, con sus partes más íntimas, y las más conmovedoras por su destino, cómo es posible que no contraríe en ustedes el ser natural...”

En definitiva, se trataría de ensamblar la percepción del médico con su propia mirada humana, personal que, para Valéry, requería de unas cualidades especiales para alcanzar la combinación de tantas incertidumbres.

En la práctica médica, generalmente la tendencia más usual es valorar los problemas orgánicos que afectan al paciente, sin entrar en las características de la personalidad, ni en las condiciones sociales o las circunstancias que pudieran tener influencia en el desarrollo de un determinado proceso patológico. A este respecto y recordando nuevamente a Jovell, este indicaba, de manera muy expresiva, a la vez que plástica que, desde la posición vertical -la del conocimiento científico- *“uno tiene los pies en el suelo y la vista hacia las puertas y ventanas del hospital”*, mientras que en la posición horizontal -la posición de los sentimientos- *“uno tiene los pies en el aire y sólo ve el techo”*, por eso *“las enfermedades se ven de pie y se sienten estando echados”*. (Jovell AJ., 2008)

Lo correcto es considerar que estos factores, e incluso alguno más, están presentes en todo problema que se relaciona con la salud del hombre y de la sociedad. Según el caso concreto de que se trate, podrá predominar lo biológico u orgánico o incluso lo social, pero sin olvidar que siempre están intercomunicados y condicionados en ambos estratos.

Ante esto, la profesión médica, debe rememorar de manera continua esta inquietud, tanto humana como profesional, pero además el médico debe obligarse a ser más humano, porque su relación con el hombre en su condición de pobreza, debilidad y estabilidad limitada, sabe que conlleva o contiene una experiencia común en toda enfermedad y en el dolor. Todo esto es lo que Jovell calificó como *“síndrome del desasosiego”* (Jovell, 2004), donde revelaba como este síndrome que acompaña a menudo a las personas enfermas y que también es conocido como el síndrome de las diez D, se caracteriza por presentar: desánimo, desdicha, desolación, desaliento, desgracia, desencanto, desazón, desconcierto, desamparo y desconfianza. De esta forma pretendía manifestar el estado de ánimo y los sentimientos que tiene una persona enferma.

Y continuaba indicando que muchas de estas situaciones podrían evitarse o paliarse si existiera lo que denomina una *“Medicina basada en la afectividad”*, porque el cáncer no sólo es una patología orgánica, sino que también se acompaña de la en-

fermedad emocional y la enfermedad social: “¡El sufrimiento y el miedo también duelen!”. Pero la medicina actual prioriza la técnica y el procedimiento y desatiende la enfermedad psicológica asociada. Parece como que la tecnología estuviera reñida con la humanidad y que la especialización de la práctica sanitaria impidiera ver al paciente en su integridad: “¿Nos estamos acercando los médicos tanto al objeto -la enfermedad- que nos olvidamos del sujeto -la persona enferma?”.

En este mismo sentido y con el mismo mensaje, Valery insistía en la preocupación por la mirada del médico que está en contacto con lo menos humano del ser humano y, sin embargo, le exigimos la mirada más humana: *Sé, todo el mundo lo sabe, que en ustedes la ciencia y la naturaleza se acomodan muy bien entre sí. Su inhumanidad intelectual y técnica se concilia fácilmente, incluso muy acertadamente, con su humanidad que es una de las más compasivas y en ocasiones de las más tiernas. La observación descubre sin esfuerzo en su existencia un acuerdo bastante perfecto entre el saber, el poder, y el sentir, entre vivir y conocer, entre la posesión lúcida de uno mismo y el eventual abandono a esa inocencia que he calificado, más o menos correctamente de funcional.* (Valery, 1993).

La *relación interpersonal* es aquella que se establece entre dos hombres cuando se tratan mutuamente como personas. A este respecto, Laín indicaba que: “El hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre”.

Y añadía que: “Uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal será la co-ejecución de los actos en que y con que el que el otro ejecuta”.

Por tanto, la relación interpersonal se lleva a cabo cuando: “Él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación”.

Se trata de una relación de convivencia entre dos personas -médico y paciente- que se consuma mediante una actuación conjunta y complementaria de actos, lo que se pone de manifiesto en hacer algo en común o si se quiere en buscar una solución de afecto.

Pero cuidado, que la lealtad que expresa el médico hacia el paciente nada tiene que ver con el concepto genérico de amistad interpersonal, cuestión ya referida anteriormente y que el propio Platón, señalaba, en su obra *Lísis*⁸⁸ -Sobre la amistad-, que: “el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad”. De ahí que sea preciso distinguir esta relación entre los dos y más bien centrada en una *relación de ayuda*.

En la *relación de ayuda* entre un médico y un paciente, la co-ejecución es necesaria como medio y, la objetivación del otro como contemplación o manejo instrumental es el resultado que tiene este tipo de relación.

De todas las relaciones que una persona puede llegar a tener, las más importantes, sin duda, son las de tipo *interpersonal*, de ahí que en la actualidad la relación médico-paciente se defina como una forma particular de relación social, la cual se asienta sobre una relación de tipo emocional, y a la cual se le confiere gran valor en relación a aspectos tanto psicológicos como deontológicos respecto a la conducta del médico, durante el proceso terapéutico y que depende de manera directa y particular de las características individuales del enfermo. (Jovell, 1994).

La aparición de novedosas y variadas tecnologías, íntimamente ligadas al desarrollo de las ciencias médicas, han contribuido realmente a que los diagnósticos resulten más certeros y se apliquen tratamientos realmente eficaces y con un gran impacto social. (De la Fuente, 2000), lo cual ha provocado un giro total en lo referente a la medicina diagnóstica y terapéutica, pero aun así este desarrollo tecnológico no se ha visto seguido de un lógico y paralelo desarrollo ético moral y humanístico, lo que en cierta manera ha favorecido la aparición de importantes inseguridades en el campo de la ética médica, tales como: el "abuso tecnológico", la súper especialización profesional, y la sustitución de la relación médico-paciente por la relación médico-máquina-paciente. (Henríquez Pérez, 2002). Sin lugar a dudas que este uso enfático y exagerado de esta tecnología lleva de forma imperceptible a una cierta y variable deshumanización, lo que hace aún más necesaria la formación humanista de los profesionales de la salud. (Pérez Pérez, 2010), como ya se ha reflejado en varios apartados de capítulos anteriores y, que viene a reflejar que la actual medicina socializada dista mucho de ser la medicina que todos deseamos.

Y ¿cómo se puede alcanzar esta relación *interpersonal*, entre médico y paciente, si actualmente se evidencian una serie de circunstancias que hacen difícil el establecimiento de este tipo de relación? De manera muy resumida, ya lo adelantaba el propio Laín en su Libro, "El médico y el enfermo" (Laín Entralgo, 1969), donde hablaba de esta dificultad, y la concentraba en la presencia de una serie de elementos o circunstancias deficitarias y que son fácilmente extrapolables a nuestros días, y que merecen ser recordadas:

1. La escasez de la dedicación de tiempo a cada paciente, por parte del médico que le presta asistencia. Sin la presencia de este deseable y demandado tiempo, es evidente que resulte prácticamente imposible, el poder organizar una "amistad". A este respecto es valioso recordar la famosa y conocida "Plataforma 10 minutos", surgida en el año 2006, que agrupa a colectivos médicos de Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la calidad y aglutinar a todos

aquellos grupos dispuestos a luchar por la dignidad y la calidad en el trabajo y también por la del paciente.

2. La deficiencia de los estímulos e incentivos, que de forma general se le ofrece al médico por parte de la propia institución asistencial, y que, cada vez es más demandada, por parte de la profesión médica.
3. Insatisfacción con el sistema de la prestación del servicio, provocada por la excesiva restricción respecto a la libertad de elección del médico, así como ciertos impedimentos en el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos.
4. Defectuosa formación social del médico, referida a la escasa formación en estos ámbitos que son proporcionados a los futuros médicos, en las distintas y numerosas Facultades de Medicina.
5. Defectuosa formación civil y social del paciente. Debido a las normativas legales, este ha alcanzado un alto nivel de derechos sociales, aunque sin tener en cuenta que igualmente tiene deberes para con la sociedad, lo que le convierte en un solicitante excesivo de servicios y en un demandante de responsabilidades.

Pero al igual que se determinan estas deficiencias, a la par se deben plantear posibles soluciones. De esta manera, la práctica en la comunicación es una cuestión habitual en muchas profesiones, a la que se le atribuye una competencia genérica. Pero cuando se hace referencia a las ciencias de la salud y más específicamente al ámbito médico, se establecen particularidades no sólo porque la relación médico-paciente es diferente a otras relaciones profesionales, incluso otras profesiones sanitarias, sino porque además a esto se añade la consideración de ser una destreza esencial para llevar a cabo tareas tanto multifacéticas como interdisciplinarias y, además porque la medicina de hoy requiere de la integración de saberes y deberes y del trabajo en equipo. (Orestes Antúnez Baró, Torres González, 2014).

La relación médico-paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos (Cruz Hernández J, y cols., 2016). Recordando el método clínico, tan característico de escuela médica hipocrática, que determinó los pasos a seguir en el establecimiento del diagnóstico médico, en referencia a la salud o la enfermedad, para así poder determinar un pronóstico y adoptar las decisiones terapéuticas adecuadas, consideraba entre sus componentes cardinales, la relación médico-paciente, aparte de otros como el "interrogatorio" y el examen físico, y donde la historia clínica se convertía en la herramienta más importante, con el objetivo de poder recoger datos del paciente.

Si lo que actualmente se pretende es alcanzar una medicina que resulte aún más eficaz, que sea más humanizada y, implique menos costos, se precisa que la experiencia del médico clínico, gire alrededor precisamente de cuestiones tan básicas y

esenciales como; la relación médico-paciente, la búsqueda de la información, el razonamiento médico y, por supuesto, la decisión terapéutica.

Comparando la situación actual de esta relación médico-paciente, resulta evidente que esta *relación* ha cambiado. Sin extendernos excesivamente, de la medicina paternalista, se ha evolucionado hacia el actual protagonismo del paciente en relación al médico, pero aun así la relación médico-paciente sigue siendo el eje de la atención médica (Baños Díez, 2007).

Esta relación constituye el acto destacado y distinguido en el ejercicio de la profesión médica y, en la medida que se logre mejorar ese vínculo, en cuestiones como el tiempo, el afecto y demás aspectos de la relación, sin duda alguna que la atención médica se podrá considerar inmejorable.

Concienciados acerca de la importancia de la relación médico-paciente, hay que entender que esta ocurre o tiene lugar siguiendo dos pautas o criterios, que fueron establecidos por Castilla del Pino⁸⁹ (Castilla del Pino, 1982) quien entendía que esta relación era tanto una relación simétrica, como una relación asimétrica o complementaria.

- a) la relación *simétrica*, representada por la presencia de una paridad o incluso mínima desigualdad entre las posiciones de los sujetos que intervienen en la relación, es decir el médico y el paciente. Dada esa paridad, se presenta como un relación apoyada o basada en la igualdad. De este modo, cualquier desigualdad que pueda presentarse es seguidamente compensada hasta donde sea posible, ya que cada miembro de esta relación tiene presente cual es la tarea o la función del otro, al igual que la específica situación que ocupa en la interrelación, con independencia de cuales puedan ser los desacuerdos que puedan intervenir en la propia relación.
- b) en la relación *asimétrica*, cada uno de los sujetos ocupa una posición complementaria o secundaria: De esta manera, resultan las relaciones fuerte-débil, protector-protégido, superior-inferior... Lo importante en este tipo de relación, es el hecho de que esta no depende de manera exclusiva del médico, sino también del propio paciente, que en definitiva es quien acepta lo que le propone el médico, lo que está generando la desigualdad entre ambos.

En esta relación, cada uno de los que intervienen -médico y paciente- tienen un papel o función específica, sobre todo teniendo presente que para el médico la enfermedad tiene un significado muy diferente al que tiene para el paciente.

89 Carlos Castilla del Pino. (1922-2009). Psiquiatra y ensayista, catedrático extraordinario de Psiquiatría Dinámica y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba (1983-1987), fue jefe de los Servicios Provinciales de Psiquiatría e Higiene Mental de esa ciudad desde 1949 hasta su jubilación, en 1987.

El médico se encuentra frente al paciente, se quiera o no, en posición distinta, pues no es el que sufre la enfermedad y aparte de esto, cuenta con la preparación y los conocimientos, que le permiten prevenirla, entenderla, resolverla o atenuarla, por ello, la relación entre ambos (médico y paciente) siempre será de tipo asimétrica, aunque exista y sea necesaria la presencia de una dependencia recíproca.

Desafortunadamente, actualmente, tanto los médicos como los pacientes se encuentran en circunstancias que tienden a favorecer una relación médico-paciente marcadamente impersonal, pues existe una preferencia a que sobresalgan las habilidades técnicas, y con ello relegando a un segundo plano la comprensión del paciente como hombre.

La atención del médico actual tiene que estar basada en muchos datos y en la consiguiente especialización médica, la cual incita a algunos médicos a dirigir su interés hacia un determinado sistema de órganos, o incluso a uno solo, lo que inevitablemente los desvía de la consideración del paciente como un todo, con su sistema de particularidades biológicas, sociales y psicológicas.

Aun así, lo importante es no perder de vista el hecho de que antes de convertirse en ayuda técnica y en generador de actividades diagnósticas y terapéuticas, la relación médico-paciente debe mantener dos momentos realmente importantes: la confianza del paciente en la medicina y, por lo tanto, en los médicos y la confianza en el propio médico que lo va a escuchar. En este sentido, el punto esencial sigue siendo, a pesar del desarrollo científico-tecnológico, la capacidad del médico para hacer contacto con el paciente e incluso con su familia y hacerlos sentir cerca de él, a fin de poder alcanzar los objetivos señalados.

Importancia de la comunicación en la relación médico-paciente

Indicábamos en otra parte de este Trabajo que la Medicina es considerada conjuntamente como ciencia y como arte, y que lo apasionante y a la vez esperado es que el médico sepa conjugar ambas funciones, mediante el desarrollo y aplicación de habilidades, de destrezas técnicas y de conocimientos suficientes y, por otro lado, que asuma la actitud de servicio para con el paciente.

No debe quedar la menor duda, en cuanto a que el camino inicial para establecer la relación médico-paciente debe ser y es la existencia de una buena comunicación. Ahora bien, hay marcadas diferencias, como ya se han expuesto, pues mientras la comunicación es un proceso con gran contenido técnico, la relación médico-paciente es un proceso eminentemente humano.

Afirma Torralba i Roselló (Torralba i Roselló, 2005) que edificar es un término que se relaciona habitualmente con la arquitectura y con la construcción. Sin embargo, puede interpretarse, también, desde una perspectiva eminentemente ética. Existen relaciones y actitudes edificantes e igualmente existen formas de vida que resultan ser falsas y hasta negativas. Para edificar algo se precisa una determinada condición de cierta esperanza, y donde destaque una cierta capacidad de construcción.

En referencia a la relación humana, esta puede ser calificada como edificante, o si se prefiere como buena y honesta, cuando genera una transformación efectiva a los miembros de la relación. Y, por su parte, una actividad humana es edificante,

cuando el sujeto que la desarrolla se perfecciona a través de ella y, consecuentemente se construye a sí mismo.

Por tanto, la tarea de edificar está relacionada con el quehacer de construir, pero con la particularidad que sólo es posible edificar a partir de unos buenos cimientos, y por supuesto contando con una buena base donde asentar esos cimientos. Esto implica, el conocer con sumo detalle los detalles del terreno, la resistencia de sus materiales e incluso la composición geológica del terreno. Pero, hay más, ya que toda edificación precisa de otros dos elementos igualmente importantes, como son la fuerza y el ingenio, los cuales derivan específicamente de las propias personas que intervienen en la indicada edificación.

Si este esquema se traslada a nuestro tema de exposición, se puede indicar que todo se fundamenta en la formación médica, como el verdadero proceso de edificación, cuyo objetivo final debe ser la construcción global de la propia persona desde su origen hasta su consumación, y precisamente por ello, la formación resulta ser un proceso ilimitado, y que debe estar presente a lo largo de toda la vida profesional.

La relación médico-paciente hace referencia directa con la tarea de edificar. Así, cuando un paciente reclama atención, generalmente porque sufre un proceso patológico, que le conlleva un desequilibrio de su persona y ante esto solamente será posible intentar la sanación de ese paciente si a este se le reconocen sus problemas, cuestión que únicamente es posible, mediante la aplicación de un método y de un medio, que se concretan en la comunicación.

Comunicar en la relación médico-paciente es, además de todo lo ya dicho anteriormente, una forma de interacción interpersonal, donde no se puede olvidar que su base y fundamento se encuentra en la transmisión de determinados valores de tipo ético. Estos valores son de capital importancia, ya que la transmisión de valores debe presidir los permisos de la racionalidad técnica los cuales se deben desarrollar en el ámbito tanto de la emotividad como del sentimiento.

A este respecto, se pueden plantear dos cuestiones. Una de ellas es sumamente sencilla, ¿qué falla para que la relación médico-paciente sea tan controvertida y compleja?, y la segunda ¿qué hace que en muchas ocasiones la relación médico-paciente acabe en una demanda o a una denuncia, por no haber cumplido los objetivos que esta tiene? Y aunque no está mal el hacerse o plantearse preguntas de forma continuada, en muchas ocasiones el verdadero problema no está en las preguntas, sino en las respuestas que se puedan dar, y además en este caso concreto, las respuestas no pueden ser ni simples ni sencillas.

Es cierto que se pueden dar diferentes contestaciones y todas ellas condicionadas por varios factores; probablemente, uno sea la amenaza, más o menos efectiva, del

paciente contra el médico cuando ha existido una mala relación, en la que además pueden ocasionarse dificultades o incluso presentarse contratiempos durante el proceso asistencial. En otras ocasiones, ocurren malos entendidos, y son entonces los propios familiares los que exigen al médico una determinada respuesta. Además, una tercera opción, es que se exterioricen desacuerdos en referencia a los procedimientos, sobre todo cuando la comunicación no ha sido la apropiada y no se ha informado ni explicado claramente para qué se aplican unos determinados procedimientos y qué se espera de ellos.

En este listado de respuestas, otro factor muy interesante y generador de la alteración de esta relación, lo constituye las opiniones que se dan entre los propios médicos, donde resulta muy habitual, el que se hagan críticas respecto a la actuación de un compañero, sin conocer en profundidad y objetivamente los hechos, lo cual sería objeto de un análisis específico.

Pero en otras ocasiones las causas de la mala relación y deficiente comunicación se encuentran, en cuestiones ciertamente ajenas al propio médico. En este sentido se puede hacer referencia a la tan extendida, conocida y ya reseñada, "falta de tiempo" que posee el médico para prestar su asistencia o atención, de una manera correcta hacia el paciente.

Es evidente que, en consultas saturadas, sea complejo y hasta imposible que el médico pueda cumplir con la obligación de explicar clara y suficientemente determinadas cuestiones que afectan a la salud del paciente.

Otra, que ocurre es la que hace referencia a los cambios frecuentes de médicos para atender un determinado caso clínico, principalmente en el ámbito hospitalario y que no son más que reflejo de la denominada "medicina en equipo", donde subyace el problema de no saber o conocer quién es el médico responsable del proceso asistencial, que debe tener asignado el paciente.

Además, una cuestión que me parece oportuno resaltar, es la referente a la cultura general de acudir a los servicios de urgencias, bien hospitalarios o extra-hospitalarios, pensando o considerando que obtendrán una mejor, rápida y más completa asistencia, lo que provoca, en ocasiones, verdaderos abusos de las consultas en estos servicios. Es frecuente que acontezca, en este medio asistencial, una dinámica, que para nada es proclive al establecimiento de una buena y correcta relación médico-paciente, pues al paciente lo atiende un médico que no lo conoce o que no sabe nada de él, que nunca lo había visto y que en ocasiones hasta no le resulta posible conocer o determinar cuál es su problema.

A este respecto, es indicado hacer referencia a que se han creado expectativas muy altas, quizás por la opinión difundida en determinados medios de comunicación.

La idea que se transmite actualmente es que: *“hoy la medicina lo puede todo y tenemos el equipo, la tecnología, los procedimientos y los conocimientos que pueden ayudar a resolver casi todo”*. Evidentemente que eso crea posibilidades ciertamente exageradas en la población y en los pacientes que, cuando no se cumplen, conlleva malos entendimientos, frustraciones, que en definitiva se ve reflejada en la relación entre médicos y pacientes.

Por ello, después de lo anteriormente referido en apartados o capítulos anteriores en referencia a la Comunicación, pretendemos reflexionar acerca de la importancia que conlleva el *“fenómeno”* de la comunicación entre el médico y el paciente, que por cierto siempre ha existido, existe y deberá existir, y que como bien hemos advertido en muchas ocasiones no solamente es dilemática sino hasta bastante problemática.

La importancia que tiene la comunicación profesional del médico con el paciente es evidente, pues constituye el inicio de la relación médico-paciente, y con ella es posible darle forma al diagnóstico, establecer el plan terapéutico a seguir para resolver el problema de salud, por lo que genera un asunto de suma responsabilidad para el médico y que se ve influenciada en gran medida por las habilidades de comunicación e interpersonales que se puedan establecer.

Si hay un hecho evidente, este hace referencia a que cuando la salud quiebra, sobre todo cuando lo hace seriamente, consecuentemente el paciente se pone en contacto con el médico, solicitando la asistencia de éste para que le examine, para que trate de averiguar sus dolencias y para que aplique un tratamiento que pueda resultarle efectivo. Un acto, que aparentemente posee una sencillez indiscutible, y que en no pocas ocasiones se ve usualmente entorpecido por dificultades de comunicación.

Como ya se ha indicado, la relación médico-paciente es una relación jurídica, aunque lo que a nosotros nos interesa exponer es lo que igualmente está considerada como *“arte”*, es decir la vertiente ética de dicha relación, pues sin duda alguna esta relación concita cantidad de valores de tipo ético, como bien indica Ferrater Mora (Ferrater Mora, 1999), en referencia a que los valores éticos son aquellos que se desenvuelven en la práctica y que van encaminados a la consecución de un fin, sirven para la vida en relación con los demás; tienen influencia en las costumbres y en la formación de hábitos.

Nadie puede negar que, en base a esta definición, la comunicación que se establece en la relación médico-paciente, tiene una gran carga de tipo ético. Pero igualmente se dan ocasiones en las que el médico no sabe bien lo que ha de hacer, aunque evidentemente sí sabe que algo tiene que hacer, porque así se lo exige su sentido de compromiso y de responsabilidad. El establecimiento de esa relación, genera y marca

un antes y un después y quizás esta relación puede tener un resultado fallido, si al médico le falta moderación y seguridad.

A este respecto, y rememorando a los clásicos, como el propio Platón, este establecía una diferenciación entre los diversos tipos de médicos, que se podían dar:

- *“médicos de esclavos”*, los cuales eran dogmáticos, sólo daban órdenes, no escuchaban, no dejaban hablar y decidían por el paciente.
- *“médicos de hombres libres”*, que respetaban al paciente, hablaban y hacían hablar, acompañaban, ayudaban y apoyaban.

Tal y como establece el Manual de Ética y Deontología Médica (Organización Médica Colegial de España, 2012), la principal característica de la relación médico-paciente, es en la actualidad, el reconocimiento de la autonomía del paciente. La ley es respetuosa con la idea de que quién mejor conoce lo que es más favorable para sí mismo es el propio paciente, pero para ello se exige estar correctamente informado. Es decir, reconocerle al paciente su autonomía como derecho, lleva a establecer el deber del médico de informar; la decisión del paciente, su elección, la cual sólo será adecuada si dispone de la información verídica, suficiente y necesaria, aunque prudente y con tintes esperanzadores, acerca de los aspectos médicos sobre los que ha de decidir.

El deber de informar es un deber legal, y la Ética no es ajena al mismo, al contrario, la considera absolutamente necesaria, aunque se puede cumplir escuetamente con el deber legal, sin haber cumplido con la exigencia ética de personalizar el acto médico, centrar la explicación en el paciente concreto, interesarse y conocer sus circunstancias personales y familiares, y hacer, así una información personalizada, prudente, comprensible y esperanzadora aunque sin caer en una información “caritativamente engañosa”, en que todos saben lo que el paciente tiene, excepto él, indudable protagonista de su historia.

Se afirma de una forma genérica que un médico de Atención Primaria realiza más de 100.000 entrevistas a lo largo de toda su carrera profesional. Si esto es así y tan dilatada su práctica, ¿por qué existen tantos problemas en cuanto a la comunicación que se debe establecer entre médico y paciente?, ¿qué se puede hacer para que la comunicación resulte más satisfactoria o al menos más cómoda?

Orio y García nos dan respuesta que, aunque simple puede ser útil para iniciar este análisis, (Orio, García, 1997) indicando que uno de los aspectos de mayor interés para el paciente es que el médico le manifieste atención, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, le aporte consejos pero que sea el propio paciente quien decida (Makoul, et al., 1995), además que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del proceso asistencial.

En la situación en que una persona presenta un problema de salud, una de sus mayores necesidades es ser entendido y conocido (Tates, et al. 2001), por lo cual una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, teniendo en cuenta que una probable explicación de la falta de estas cualidades se puede hallar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, (Fones, et al., 1998), las cualidades humanísticas del médico, son muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.

Que el médico no se relaciona bien con el paciente o al menos no lo hace como era de esperar, es un hecho que queda constatado en diferentes trabajos, llevados a cabo, sobre el tema. Un claro reflejo de esta apreciación se puede encontrar en el amplio e interesante informe elaborado, en el año 2014, por la consultora de comunicación empresarial y relaciones públicas Estudio de Comunicación, que bajo el título "*La comunicación médico-paciente*"⁹⁰ trataba de dar respuesta a una pregunta muy sencilla: ¿se comunican bien los médicos con sus pacientes?

Y a pesar de que las conclusiones no resultaron muy definitivas, sus resultados sí pueden ser orientativos, para poder reflexionar acerca del tema que se trata.

Así, establecía que un 41,4 % de los pacientes encuestados, indican que los médicos se explican mal. A la vista de este porcentaje, da la sensación de que las aptitudes de comunicación del médico pudieran ser más que dudosas; aunque la gran mayoría de los encuestados (82,3 %) admite haber comprendido bien las explicaciones del médico, en relación a su estado de salud. E incluso, entre los pacientes que plantearon alguna pregunta o expresaron alguna duda, el 80%, de los mismos, afirman haber recibido una aclaración o una explicación que consideran como adecuadas. Ante estos resultados, ¿en qué quedamos, pues?

En primer lugar, da la impresión, que el médico traslada su inadecuado proceder como comunicador o como emisor de información, lo cual origina una fuerte inclinación a la decepción, tanto en los pacientes como en sus familiares, elaborando la idea genérica de que todos los médicos se explican mal.

Con respecto a esta satisfacción o insatisfacción que conlleva y que produce una comunicación adecuada, (Levinson, et al., 1997), es fácil indicar que, cuando médico practica una buena comunicación, se provoca un elevado nivel de satisfacción en los pacientes, en referencia tanto a su forma de realizar la entrevista como a la de proporcionar la información, transformando en gran medida la insatisfacción del pa-

90 http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/ESTUDIO%20COMUNICACION%20MEDICO_PA-CIENTE.pdf. [consultado el 20 de septiembre de 2016]

ciente cuando se produce una mala interacción con el médico. Otros autores (Maguirre, Pitceathly, 2002) señalan que cuando el médico logra identificar y entender los problemas significativos del paciente, se le produce una mayor satisfacción en lo que compete a la atención recibida e incluso es capaz de conseguir una mayor adherencia al tratamiento, y, finalmente y en lo referente al médico, este amplía su propia satisfacción, gracias a los resultados provenientes del manejo del paciente. Y aun, se ha encontrado una excelente asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente (Ruiz, y cols., 2002).

Aunque para lograr todo esto, existen determinadas circunstancias en la que se determina que los médicos obtienen un menor nivel de entrevistas desaprovechadas, cuando aplican algún programa específico de formación en habilidades de comunicación. (Brown, et al., 1999).

Es conveniente resaltar que, aunque el paciente no está en la mejor posición para juzgar la competencia profesional de su médico, sí es cierto que concurren dos áreas en las que puede erigirse como el mejor intermediario de dicha idoneidad: a) dominio de la relación médico-paciente, b) habilidades interpersonales. (Norman, 1985).

Aunque, ya se ha hecho referencia en otro capítulo previo, sí que resultan curiosos los pretextos a los que se puede atribuir la indicada falta de comunicación, entre médicos y pacientes, y ello con independencia del ámbito asistencial que se analice. De manera genérica, culpan o se ponen como excusas, el hecho de que los médicos hacen uso de demasiados tecnicismos y términos que le pueden resultar incomprensibles al paciente o incluso utilizan siglas y términos que no son acordes con nuestro propio idioma; y en otras ocasiones se atribuyen a algo que puede resultar incluso más alarmante, como es la percepción de que los médicos actúan con una falta espantosa de empatía, como si trataran con enfermedades, síntomas o lesiones, olvidando que los pacientes son personas que tienen sus propios sentimientos y su propia personalidad.

Con respecto a este tema, otro trabajo igualmente sugestivo es el que se publicó en el año 2013, en la revista *Journal of Clinical Oncology*. (Chen, et al., 2013). Se realizaron 384 entrevistas, en el período comprendido entre el año 2003 y 2005, a pacientes que habían sido diagnosticados de un cáncer de pulmón, con terapia radioterapéutica, y con un pronóstico clínico de incurable. Entre los objetivos que se marcaban estas entrevistas era poder indagar acerca de cuáles eran las expectativas que podían llegar a tener estos pacientes, con el indicado tratamiento de radioterapia, conociendo que este no tenía otra finalidad que la de su carácter exclusivamente paliativo. Los resultados determinaron una realidad evidentemente alarmante, ya que casi dos tercios de los pacientes entrevistados consideraban que la radioterapia que recibían tenía una finalidad curativa para su enfermedad. Concretamente, un

20% de los pacientes creían que era “muy probable” que alcanzarían la curación del cáncer y otro 25% pensaba que era cuanto menos “algo probable”, el que se pudiera lograr. En el otro extremo había un 40% de pacientes que percibían y así lo consideraban que el referido tratamiento no tenía, para nada, una finalidad de carácter curativo.

Estos resultados parecen revelar que los médicos no explican con la suficiente claridad la finalidad de los tratamientos que prescriben. Pero esta evidencia, ¿se debe exclusivamente a una falta de comunicación por parte del médico?, parece ser que no. Los autores del citado estudio describían y defendían que aunque a los pacientes se les diera información detallada sobre el pronóstico de su enfermedad o de los tratamientos, muchos de ellos seguirían manteniendo opiniones equívocas, respecto a la curación de su cáncer.

Volviendo nuevamente al Estudio de Comunicación, “*La comunicación médico-paciente*”, anteriormente aludido, este nos pone de relieve que ante un problema clínico grave, un 65% de los pacientes se muestran partidarios de que el médico les transmita “la cruda realidad”, sin enmascarar nada el contenido de la información. Así, en el grupo de los pacientes oncológicos, se puede considerar que un 92,9% de los pacientes entrevistados manifiestan querer la verdad rigurosa.

¿A qué se pueden atribuir estos resultados? Buscando una explicación, una más que probable respuesta podría ser que, aunque la información presentada fuera individualiza, en realidad no llegaba a ser comprendida totalmente, por parte del paciente. Otra podría ser que, por muy comprensible y exacta que fuera la información, el paciente continúe teniendo expectativas con respecto a la curación de su enfermedad, decidiendo con ello ignorar, bien de forma consciente o inconsciente esa terrible información, ya que no resulta fácil poder afrontarla ni asimilarla.

Aun así, sea cual sea la razón que se pueda exponer, y que lleva a que muchos pacientes con cáncer terminal tengan unas expectativas tan alejadas de la realidad, todo parece indicar que esto no resulta ni es beneficioso para nadie, ni para el médico, ni, por supuesto, para el propio paciente.

Y esto es así, porque el paciente orienta su vida con respecto a las expectativas que tiene de curación y demora el hecho de conocer que se está recibiendo un tratamiento paliativo que no va a curar su cáncer con respecto a creer que el tratamiento que está recibiendo puede y va a curarlo. En el caso de que el paciente sea consciente de que tiene unos escasos meses de vida, es muy probable que no actúe de igual manera y que pueda aprovechar mejor el tiempo que le queda, tanto con sus personas más próximas y estimadas y a la vez haciendo lo que más le lleva al disfrute.

Por otro lado, si un paciente entiende que su cáncer es incurable, es más probable que no demande una fútil medicalización, evitando así la administración de tratamientos médicos intensivos que, pueden conducir a efectos adversos más que beneficios y que incluso podrían provocar una peor experiencia en la fase final de la enfermedad. Al fin y al cabo, sabido es que la información es poder y, en medicina, un paciente informado es un paciente que tiene más poder, y ello le permite decidir sobre su forma de enfrentarse a la enfermedad.

Aspectos relacionados con la comunicación médico-paciente

Volviendo a la complejidad que tiene el proceso de comunicación y profundizando un poco más sobre este aspecto, hay que indicar que este proceso, tal y como indica Fuentes Meleán (Fuentes Meleán, 2014), mezcla de manera concurrente varios factores: A) El lenguaje como acto, B) La inferencia de los propósitos comunicativos, C) Niveles de organización del conocimiento y D) Factores asociados al contexto de la comunicación.

A) Lenguaje como acto.

No existe la menor duda acerca de que el lenguaje o el uso de la palabra es un acto cedido al médico, y que se ha de evidenciar en su relación con el paciente, y de esta manera está reconocido, desde la década del año 1960, cuando el filósofo británico J. L. Austin⁹¹ (Austin, 1975) describió las expresiones: “actos de habla” y “enunciados performativos” o “realizativos”, para hacer referencia a las funciones no declarativas o expresivas que tiene el lenguaje.

Antes de adentrarnos en sus enunciados, interesa indicar que su obra, estableció un análisis del lenguaje como auténtica actividad humana y consideraba como algo esencial en el desarrollo de una teoría del lenguaje como verdadera teoría comunicativa. Austin consideraba que el uso común de las palabras conlleva un acceso fundamental a la actividad filosófica y sus ideas sobre el lenguaje favorecieron el desarrollo de la norma.

⁹¹ John Langshaw Austin, (1911 - 1960) fue un filósofo británico, una de las figuras más relevantes en lo que se ha dado en llamar filosofía del lenguaje. A él se debe el concepto de acto de habla.

Las aportaciones más importantes de John Austin fueron, sin lugar a dudas, la teoría general de los actos de habla y el estudio de las expresiones performativas (o realizativas) frente a las expresiones constativas (constatativas o descriptivas). En definitiva, se puede afirmar que, con Austin, nació de manera innegable el interés por el lenguaje y con ello considerado como un modo de acción.

Austin criticó la tendencia de los filósofos de aquel entonces, específicamente los filósofos del positivismo lógico⁹², que proponían que el lenguaje es únicamente descriptivo, es decir, que el único lenguaje posible es aquel que hace declaraciones descriptivas, que pueden ser o no ciertas solo de acuerdo con el contexto.

Según Austin, hay expresiones lingüísticas constatativas (que son las declaraciones descriptivas), pero solo ocupan una pequeña parte de los usos significativos del lenguaje. Más que declaraciones constatativas, para Austin había enunciados performativos (a los que llamó "actos de habla"). Dichos actos presentan distintos niveles: actos de habla, actos locutivos, actos ilocutivos y actos perlocutivos.

Los Actos de habla, hacen referencia a la acción realizada al emitir un determinado enunciado (actos locutivos). Y estos actos de habla resultan variables dependiendo de la intención del que habla (actos ilocutivos) o del efecto que puede producir en el que lo escucha (actos perlocutivos)

Para Austin, "decir significa hacer", que, llevado a nuestro campo, se traduce en que la manifestación de una determinada expresión que realice el médico provoca o conlleva siempre una acción en el paciente. Así con el uso de la palabra, el médico no sólo expresa cómo son o están las "cosas" en un determinado proceso patológico o estado de salud, sino que del mismo modo contiene una serie de acciones muy variadas, como pueden ser pedir, sugerir, describir, etc., las cuales conllevan e implican

92 En ética, el positivismo lógico representa un intento de investigar los juicios morales valiéndose de los medios de la lógica formal y de la metodología aplicada por los neopositivistas a las ciencias naturales y exactas. Tal intento condujo al estudio formal en extremo de los fenómenos de la moral, a la simplificación máxima de su naturaleza y a toda una serie de conclusiones científicamente inconsistentes; resultaron fuera de la esfera de investigación las cuestiones del origen y la evolución histórica de la moral y quedó sin explicación el mecanismo de su acción. Los partidarios del positivismo lógico en ética prescindieron del hecho de que la moral constituye una forma específica de las relaciones sociales y de la conciencia; el objeto de su estudio lo constituía exclusivamente el lenguaje moral. En virtud de tal reducción del objeto de la ética, los conceptos y juicios morales mismos recibieron una interpretación desvirtuada. Por ejemplo, sobre la base de que el bien y el mal no se perciben por los órganos de los sentidos y no se verifican por las observaciones puramente empíricas y el experimento, los positivistas llegaron a la conclusión de que estos conceptos, en general, carecen de contenido. Por cuanto los juicios morales no se someten a la verificación (*Principio de verificación*), los positivistas los privaron de todo significado lógico, proclamándolos "carentes de sentido" y "pseudajuicios". Esta metodología condujo posteriormente a una serie de conclusiones nihilistas sobre la moral

un sinfín de posibilidades que permiten o facilitan la construcción de esta relación con el paciente.

Por ello, cada acto de habla que realiza el médico es una forma en la que se puede contribuir de manera comunicativa en la relación con el paciente.

Ahora bien, una cuestión importante que es necesario tener presente, es que el uso de la palabra o del lenguaje por parte del médico e incluso por parte del paciente no puede ser considerado exclusivamente como un instrumento válido que permita describir o representar una realidad, sino que existen también manifestaciones de otro tipo, que incluso no describen ni confirman nada, pero que son igualmente parte de esta determinada relación entre ambos.

Actualmente hay que reconocer que todo lenguaje médico tiene un carácter performativo, es decir que una palabra del médico, conlleva a un determinado movimiento en el paciente, de manera que cuando el médico pregunta, saluda, habla, etc, provoca o genera seguidamente una determinada conducta en el propio paciente. No se puede olvidar, que es tan importante lo que dice el médico a su paciente, que incluso una sencilla palabra del médico, con un mínimo carácter expresivo, se constituye como un verdadero acto, de información y consecuentemente de comunicación, acerca de algo.

De esta forma y, siguiendo a Austin, para obtener resultados que sean provechosos y con cierto grado de éxito en lo referente a la relación médico-paciente, en las expresiones performativas, el médico debe expresarlas y saber expresarlas en los momentos y circunstancias que se consideren más oportunas, y que conlleven o necesiten generar una intención muy específica, y además deben ir acompañadas de otras variadas actuaciones. Resulta elocuente, lo que el mismo Austin afirmaba cuando indicaba que; *“siempre es necesario que las circunstancias en que las palabras se expresan sean apropiadas, de alguna manera”*.

En este repaso, resulta igualmente importante hacer una pequeña referencia al filósofo del lenguaje, el conocido John Searle⁹³, quien se formó con John Austin, que como se ha indicado, había desarrollado la Teoría de los Actos de Habla⁹⁴. Searle, por su parte, indicaba que el uso del lenguaje es algo que resulta común con indepen-

93 John Searle (1932), reconocido por sus aportaciones a la filosofía de la mente y la filosofía del lenguaje. Sus propuestas han tenido repercusiones importantes no solo en dichas áreas, sino también en epistemología, ontología, el estudio social de las instituciones, el razonamiento práctico, la inteligencia artificial, entre muchas otras.

94 La teoría de los actos de habla se basa en la idea de que el lenguaje no solo sirve para describir el mundo, sino que con él también se realizan ciertas acciones, además de la de decir algo. La unidad básica de la comunicación no son entonces las palabras o frases, sino los actos de habla.

dencia de que con él se hagan afirmaciones, declaraciones o promesas, y siempre debe estar regulado por determinadas y particulares reglas y principios, pero no siendo posible olvidarse, que junto a estas deben existir especiales actitudes por parte de los que participan en esta relación. (Searle J., 2001)

Siguiendo a Searle, este agrupa o clasifica los distintos tipos de actuaciones que se pueden realizar mediante los específicos actos cuando se habla:

- 1) Actos representativos: actos muy particulares, en los que el médico da por verdadero y cierto lo que está diciendo, por ejemplo, cuando establece y comunica un diagnóstico clínico: *"tiene Vd. una bronquitis"*.
- 2) Actos directivos: actos de habla en los que el médico solicita le pide al paciente que realice algo. *"si quiere Vd. mejorar en su problema respiratorio, no puede fumar"*
- 3) Actos compromisivos: actos de habla en los que el médico se compromete a algo: *"dado que su patología no mejora, su caso será valorado por otro compañero médico"*.
- 4) Actos expresivos: actos de habla en los que el médico manifiesta una actitud ante algo concreto y específico, y que generalmente representa un aspecto de señalado sentido emocional que se pone de manifiesto ante una determinada situación: *"le pido disculpas por no haberle podido atender antes"*
- 5) Actos declarativos: actos de habla en los que el médico cambia una situación a través de la información: *"pues llegada a esta situación clínica, está indicada el alta clínica"*.

B) *La inferencia de los propósitos comunicativos:*

Otra propiedad que se establece en la comunicación, médico-paciente, es que debe tener como objetivo prioritario el beneficio del paciente, lo que implica el poder conocer todo lo que se quiera acerca de su proceso clínico y que no se convierta únicamente en un primario elemento de información.

Esta conexión comunicativa, comporta que el médico se deba meter en la indicada situación comunicativa, de tal forma que el paciente pueda captar y reconocer los propósitos de la comunicación que el médico facilita y que, al mismo tiempo, el paciente pueda reconocer igualmente los propósitos que persigue o pretende el médico, con su información.

Este proceso que maneja el médico, está basado en un procesamiento cognitivo de tipo inductivo en referencia a la información interaccional, por medio de la cual el médico utiliza parte de lo que ha observado y del análisis que ha realizado sobre el hecho concreto, sobre el conocimiento del paciente y acerca de sus propias habilidades o competencias que pueda tener para poder efectuar la comunicación.

C) *Niveles de organización del conocimiento.*

Cada paciente al igual que cada persona es algo único, quizás por ello y a la hora de comunicar este tiene que colaborar y participar, teniendo en cuenta sus propios condicionantes socioculturales. De esta manera hay que asumir que, lo que cada paciente considera o percibe como la realidad, no siempre es el reflejo de lo que “realmente pasa”, sino, que más bien, se trata de una personal construcción (Gergen, Hoffman y Anderson, 1995). Pero, además, hay que tener presente que, esta construcción no es totalmente propia, sino que puede estar influenciada por sus propias relaciones con otros, y en lo que los demás pueden aportarles.

Desde la perspectiva del médico, resulta esencial tanto el conocimiento como las creencias que este llega a tener sobre el paciente y acerca de lo que le sucede física y psicológicamente. De este modo, se pueden plantear diferentes cuestiones, como: ¿Qué supone el paciente, acerca de lo que le pasa?, ¿Qué creencias tiene sobre las posibles soluciones a su proceso?, ¿Piensa realmente que tiene un problema?, ¿Cómo percibe el problema?... De estos y algunos otros planteamientos, se desprende que la comunicación es un evidente proceso cooperativo en donde resulta imprescindible el negociar objetivos, razones e incluso terminologías.

Pero igualmente y de manera adicional, hay que considerar el llamado “mutismo selectivo”⁹⁵ que se ponen de manifiesto en algunos pacientes, y aunque específicamente este término está ceñido al campo de la psicología infantil, sí que nos resulta útil para poder dar una adecuada explicación al respecto, como forma de evitar que los conocimientos o creencias que pueda tener el paciente, sean enjuiciadas de forma negativa, por parte del médico.

Es por ello que, todo esfuerzo comunicativo deba dirigirse a estimular la expresión del paciente, puesto que es sabido cómo influye directamente en la interpretación de la información que le facilita el médico y, consecuentemente, en el éxito que pueda tener las explicaciones que le sean propuestas.

95 El mutismo selectivo es entendido como la dificultad que presentan algunos niños y niñas para comunicarse verbalmente en entornos y situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas. Esta definición indica, por una parte, que los niños con mutismo selectivo tienen una competencia lingüística y comunicativa adecuada para su edad y, por otra, que esta buena competencia se manifiesta habitualmente en el entorno familiar próximo, pero no se manifiesta en otros ambientes y con otras personas menos conocidas. Muchos de los niños y niñas con mutismo selectivo suelen presentar, además, algunos rasgos de personalidad característicos como timidez, retraimiento social, dependencia, perfeccionismo, etc., que en el caso de concurrir en el pequeño/a, pueden agravar el problema o contribuir a su consolidación. <https://www.isep.es/actualidad-logopedia/un-caso-de-mutismo-selectivo/> [consultado el 25 de septiembre de 2016]

D) *Factores asociados al contexto de la comunicación.*

Para comprender mejor lo que ocurre en el ámbito de la consulta médica no sólo se debe tener en cuenta las contribuciones específicas que se le hacen al paciente, mediante los actos de habla de manera aislada. También se debe entender que la consulta es un verdadero evento comunicativo de carácter global, en donde se conjugan de manera simultánea determinadas características tanto culturales como lingüísticas.

De hecho, comprender estos factores puede permitir el tener una mayor influencia en el proceso de la comunicación con el paciente, lo que sin duda se traduce en la optimización de la consulta desde el punto de vista relacional. Estas aptitudes, habilidades y estrategias, que ha de mostrar el médico, quedan compendiadas en un concepto integrador que se denomina "competencia comunicativa del médico", y que es considerada como una dimensión importante de la competencia profesional del médico. (Moore P, et al., 2012). En un sentido amplio, esta competencia implica aspectos lingüísticos, psicológicos y sociológicos, y debe ser entendida como la capacidad de saber qué decir, a quién, cuándo, cómo decirlo e incluso cuándo callar, conllevando el uso de habilidades y estilos específicos, siempre en consonancia con las características y exigencias de los participantes y contextos donde tiene lugar la comunicación. (Aguirre Raya D., 2005)

A partir de todo lo referido y como indica Kurtz, describió la que denominó "comunicación efectiva", la cual se establecía en cinco principios (Kurtz S, et als. 2005):

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información (venga del médico o del paciente). Se establece intercambio y una reacción o respuesta -"feedback"- (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc., entre ambos, aunque para establecer un terreno común y, mutuamente entendido, se precisa interacción.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria. La incertidumbre distrae la atención e entorpece con la precisión, la eficiencia y la relación.
3. Requiere planificación, basada en los resultados que se pretenden conseguir. La efectividad sólo se puede determinar en el contexto de los resultados que tanto el médico como el paciente estén tratando de alcanzar. Si el profesional está molesto y quiere expresar su irritación, se comunicará de una manera particular; pero si quiere evitar el malentendido que puede producir su enfado, en ese caso debe plantear una forma diferente de actuación.
4. Expresa dinamismo, lo que implica que el médico deba reaccionar frente a la conducta del paciente, conllevando flexibilidad y requiriendo que el médico pueda desarrollar un muestrario de habilidades que le permitan aproximarse

en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente, pero en diferentes circunstancias.

5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal. Llegar y hacer no es suficiente. Si se quiere conseguir que la comprensión sea completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente, pero más asequible, de ahí que la repetición, la reiteración de los datos son elementos esenciales de esta comunicación efectiva.

Por tanto, parece evidente que el éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación que se pueda establecer entre el médico y el paciente. Y, las habilidades en comunicación efectivas, han de ser consideradas como parte del buen quehacer del médico y, por lo tanto, la comunicación debe ser considerada como una de las competencias básicas en la formación de cualquier médico.

Estas competencias comunicativas en la relación médico-paciente deben iniciarse por las enseñanzas facilitadas y aportadas en la propia facultad de medicina, mediante la aplicación o desarrollo de determinadas estrategias docentes que permitan aprovechar y potenciar las aptitudes innatas que deben tener los futuros médicos y que puedan influir de manera positiva en la propia enseñanza pasiva que se va dando, como sucede con la observación del propio ejemplo que pueden aportar profesores o con su comportamiento profesional (González Olaya y cols., 2015).

Se trata de una preocupación e interés, que se está adaptando a fin de conseguir este tipo de competencias, por parte de los estudiantes de medicina, siendo este un tema que es abordado de manera sistemática y formal por algunas facultades de medicina, haciendo además preciso su enseñanza en sus propios planes docentes, tanto de pregrado como incluso en los de postgrado.

En este sentido, y en el ámbito académico, se han concebido modelos estructurales para llevar a cabo la enseñanza de estas habilidades comunicativas, en las que, por supuesto deben estar incluidos, tanto conocimientos, habilidades como actitudes. Entre los muchos modelos existentes, destacamos como específicos e interesantes instrumentos de medida de la habilidad de comunicación, la «SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills»⁹⁶, y el «Calgary-Cambridge Observation Guide»⁹⁷ también conocida, en su traducción al español, como “Guía CC”, o in-

96 Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, 45 (2001), pp. 23-34

97 Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*, 30 (1996), pp. 83-89

cluso el «spikes» específico para comunicar las malas noticias⁹⁸. Igualmente, se han ido creando asociaciones científicas específicas, como la Academia americana de Comunicación en el Cuidado de la salud (American Academy on Communication in Healthcare⁹⁹) o la Asociación Europea para la Comunicación en el cuidado de la salud (European Association for Communication in Healthcare¹⁰⁰).

De este listado haremos especial análisis de la “Guía CC”, en la que la lista de habilidades que incluye es larga; en efecto, la comunicación efectiva en medicina es compleja. Su estructura refleja las tareas que se incluyen en cualquier entrevista de tipo médico, tales como las relacionadas con la construcción de la relación, cómo dar estructura a la entrevista, cómo iniciar la entrevista, cómo recoger información, cómo explicar, cómo planificar y, por último, cómo cerrar la entrevista, lo que en conjunto incluye setenta tipos de habilidades.

Se trata de una Guía de gran aceptación, e incluso está traducida al español (Feasibility and Satisfaction rates of a Spanish translation and trans-cultural adaptation of the Calgary-Cambridge process Guide. Alberto Alves de Lima. 12th International Ottawa Conference on Clinical Competence. 2006) usada en todos los niveles de educación médica, desde estudiantes de los primeros años hasta con clínicos de mucha experiencia; y en casi todas las especialidades. Facilita el desarrollo sistemático de las habilidades comunicacionales y sirve como base para ofrecer un “feedback” estructurado y específico en lugar de una retroalimentación al azar. Más que una norma rígida, constituye una guía con considerable flexibilidad para permitir ser aplicada en médicos con estilos y personalidades muy diferentes.

Existen dos textos básicos que apoyan que esta guía está basada en evidencia. El primero, “Habilidades para la Comunicación con Pacientes”, describe la investigación específica y la evidencia teórica que sustenta cada habilidad (Silverman J, et al. 2005). En capítulos separados por cada tarea, el libro también ofrece explicaciones detalladas y algunos ejemplos sobre cómo se puede implementar en la práctica cada habilidad. El segundo, “Enseñando y Aprendiendo Habilidades de Comunicación en Medicina”, es el texto apropiado para aquellos que quieran aprender o enseñar estas habilidades. (Kurtz S, et al. 2005). Enfatizando la base fundada en la evidencia, se describen las mejores metodologías docentes, cómo y por qué se desarrolló la Guía CC y cómo construir un currículum que permita integrar la enseñanza de las habilidades clínicas y comunicacionales en conjunto y a lo largo de la formación médica. (Moore P., y cols. 2010).

98 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (2000), pp. 302-311

99 <http://www.aachonline.org/> [consultado el 27 de septiembre de 2016]

100 <http://www.each.eu/> [consultado el 27 de septiembre de 2016]

Igualmente, aunque con varios años antes, Fuentes Meleán e Hymes (1964) propusieron un modelo que, permite entender la cultura como un determinado texto, es decir, se precisa ver cada evento de comunicación en su globalidad. Para ello, propone un evento llamado "Speaking", o la interacción que se establece entre el hablar y el escuchar. Este modelo, contiene ocho elementos fundamentales que están presentes en todo evento comunicativo, entendiendo que estas variables adquieren valores concretos según la situación, ya que como se ha indicado anteriormente, todo acto comunicativo ocurre siempre en relación a un contexto o a una situación. El llegar a comprender el contexto resulta indispensable, para lograr los propósitos que se pudieran plantear con el paciente.

Analizando el modelo y pensando en la consulta médica como un evento amplio el cual tiene muchas posibilidades, se ha de tener en cuenta:

S= Situación: ¿Dónde y cuándo ocurre la consulta? Incluye tanto la situación psicológica (estado y características emocionales del médico y del paciente) como la situación física (descripción del espacio donde se desarrolla la consulta).

P= Participantes: ¿Quién(es)? ¿A quién(es)? ¿Cuántas personas participan? ¿Cuáles son sus características?

E= Propósitos: ¿Para qué se hace la consulta? ¿Cuáles son los propósitos tanto del médico como del paciente? Estos propósitos pueden converger o divergir. Es un aspecto crucial para el éxito de la comunicación.

A= Actos: ¿Qué? ¿De qué se habla? ¿Cuál es el contenido de la comunicación? ¿Cuáles son los temas? En este sentido, cabe preguntarse cómo se gestionan los turnos de habla,

¿Quién propone los temas? ¿Quién conduce? ¿Quién concluye? Es también un aspecto sustancial del éxito comunicativo debido a dos razones: 1) Es psicológicamente deseable que el paciente apure los temas de los que quiere hablar y 2) Es importante incentivar, mediante una actitud de apertura y suspensión del juicio, la expresión de aquellos temas difíciles de manejar para el consultante pero que son indispensables para su recuperación.

K= ¿Cómo se hace la comunicación? En términos generales, la relación entre el médico y el paciente crea un "clima interactivo" o un tono que es importante para la comunicación.

Un tono de confianza, formalidad, informalidad, etc., son parte de este aspecto. En sentido, es importante inducir un tono apropiado para establecer la relación con el consultante. Específicamente, un modelo trifásico de la consulta, que incluya una fase de apertura, desarrollo y cierre, centrado en quien consulta es necesario tomarlo en cuenta como referencia para el logro de los objetivos.

I = Instrumentos: Está relacionado con el canal de la comunicación y sus modos de registro. Un ejemplo de ello es si la comunicación es oral y escrita. En este punto hay que estar bien atentos a las diferencias individuales en cuanto a las preferencias del canal informativo.

N= Normas ¿Qué creencias se tienen sobre la consulta? ¿Cómo se puede participar en ella? ¿Qué creencias se tiene sobre las vivencias? Las primeras preguntas son creencias sobre cómo es una consulta: cuándo hablar, quién controla los turnos de habla, de qué se habla, etc. En este sentido, es importante detectar si alguna de estas creencias está dificultando la interacción con el paciente.

G= Géneros: ¿Qué tipos de discurso? Es una variable que abarca formas estables de comunicarse. Este varía se la relación médico-paciente se establece mediante una entrevista, una conversación o una consulta, etc. El conocimiento de cómo son estos eventos los adquirimos culturalmente. Esto nos permite reconocer cómo participar en alguna interacción y adaptarnos a ella.

El manejo de estos factores, referidos a la situación de comunicación global junto con el conocimiento que se tiene o que se puede tener acerca del lenguaje como acción y sus posibilidades para establecer relaciones, permite, al médico, incorporar un conjunto de principios básicos que forman parte de los "modos de abordaje" en el ejercicio clínico.

La responsabilidad ética del médico en la relación con el paciente

La relación médico-paciente, base fundamental de un buen acto médico, como ya se ha indicado, aparece repleta de connotaciones tanto humanas, éticas, filosóficas, sociológicas, así como de numerosas implicaciones legales, sobre todo en referencia a las consecuencias que tales elementos pueden llegar a ocasionar.

En la actualidad tanto el acto médico como el quehacer médico se encuentran en una encrucijada importante y, caracterizada, por un lado, por el sentido humano y humanista que debe caracterizar al médico, el cual, y como ya se ha planteado, debe estar representado por elementos como; la bondad, la conciencia, la caridad o la responsabilidad y por otra, la tendencia e incluso la prioridad y preferencia, que se le dan a las cuestiones técnicas, dentro de la propia profesión médica.

Esta situación, que se ha ido instaurando progresivamente en todos los ámbitos de la práctica médica, ha llegado a tener una específica denominación, tal y como Rillo la define como el "*médico roto*" (Rillo, y cols., 2013) siendo consustancial a la práctica médica en esta actual "era tecnológica" (Jasper, 1988) en la cual tanto técnica como tecnología, siempre bienvenidas, pero en ocasiones sobrevaloradas, se anteponen a la esencia de lo que es y significa la clásica práctica clínica, que sin decir que es mejor o peor, sí que desplaza o modifica la relación médico-paciente e incorpora la máquina o el material instrumental, que llega a disociar la relación médica en dos fases muy concretas: (Lifshitz, 1994) "médico-máquina" y "máquina-paciente".

Con respecto al “*médico-máquina*” y como bien nos indica Escartí¹⁰¹, el médico máquina no es un médico que es un “máquina”, sino una máquina que hace las funciones de médico, algo que hasta hace pocas décadas parecía algo como de ciencia ficción. Y así se ha llegado a la actualidad, en que una parte del proceso bien diagnóstico o terapéutico, se lleva a cabo mediante protocolos o algoritmos que, aun siendo válidos, no deja de ser una manera “distinguida” de mecanizar determinados procesos clínicos. Para dar validez a esto, se acepta que tanto los protocolos como los algoritmos deben estar aceptados por las sociedades científicas y que se ordenen por criterios objetivos, que hoy son los que constituyen la denominada Medicina Basada en la Evidencia.

De esta manera y como afirmaba el propio Laín Entralgo: *“El ejercicio médico ha debido soportar efectos condicionados por la automatización de los conocimientos, socialización de los sistemas médicos, irrupción del tercer pagador (obras sociales y prepagos) y globalización de la información”*.

Y, en cuanto a la “*máquina-paciente*”, igualmente se va estableciendo lenta y progresivamente el hecho de que actualmente un gran número de procesos clínicos, como sucede con la entrevista médica e incluso con la toma de decisiones sobre las pautas a seguir o el propio tratamiento, puede perfectamente ser realizado por una máquina. Es más, hasta resulta probable, que la máquina llegue a cometer menos errores y que su registro de aciertos, diagnósticos o terapéuticos, sea mayor que las que puede hacer un médico, como persona física.

Todo lo anterior, puede estar muy bien, y aunque este sea el contexto actual, y cada vez más manifiesto, ya se ha referido en repetidas ocasiones que la relación médico-paciente conlleva igualmente una serie de reglas morales, que son las que definen un específico *ethos*, donde subyace una huella de obligación, justicia, universalidad, solidaridad, respeto y reconocimiento de la dignidad del paciente y hacia el paciente, y por supuesto una gran responsabilidad para el médico; lo que obliga a extender esta relación, desde una simple interacción entre personas -médico y paciente- que se origina en la actividad clínica, hacia el encuentro de un ser humano -médico- con otro -paciente- en el que, a través de la comunicación y del diálogo, la acción del médico conlleva implicaciones y consecuencias directas para el paciente.

101 <http://amigosdealpuente.org/2014/02/el-doctor-maquina/>. [consultado el 30 de septiembre de 2016]. Eduardo Escartí es médico desde 1975 y especialista en Gastroenterología desde 1984. Ejerció en varios Hospitales públicos hasta el año 2000. Desde entonces hasta su jubilación en 2019 ejerció en su clínica privada y la actividad hospitalaria en el Hospital Quirón de Valencia.

Al fundamentar y razonar esta relación médico-paciente, dentro del contexto de la comunicación, el estudio se sitúa en un ámbito en el que se comparan medios y fines encaminados hacia la deseada búsqueda de la salud. En este caso, el conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas con que cuenta actualmente la medicina, son los medios de los que hace uso tanto el médico como el paciente, para restituir o conservar el estado de salud.

Pero la tradicional relación de comunicación entre médico y paciente permite a los dos darse cuenta de su propia responsabilidad y ciertamente que en muchas ocasiones no precisa obligatoriamente de una regulación que esté basada exclusivamente en normas de tipo legal.

A partir de esta línea de reflexión, surge la siguiente pregunta: ¿cuál es o cuál debe ser el sentido de la responsabilidad del médico en su práctica con el paciente?

El hablar de responsabilidad, aparte de una cuestión igualmente compleja, es hacerlo de un término que está influenciado por diversos factores, ya sean éticas, morales, jurídicas, sociales, culturales; pero donde también se incluye la responsabilidad de la medicina y por consiguiente la del médico. De esta manera hay que pensar que la responsabilidad que se deriva de la relación médico-paciente, obliga primeramente a determinar el sentido natural en cuanto a la comprensión del concepto de responsabilidad, pues es evidente que el ámbito de responsabilidad condiciona el grado de compromiso en cada conducta que se lleva a cabo. Además, es necesario saber y conocer hasta dónde llega la responsabilidad del médico en su relación con el paciente, cuestión que no tiene una respuesta sencilla, ya que se ha de tener presente y entender determinados elementos como; el para qué de esta relación, el conocer el sentido de la misma o el poder compartir los valores que se pretenden alcanzar.

Resulta evidente que el sentido del deber que tiene el médico, le ha de llevar a aplicar lo mejor que tiene y lo mejor que sabe, teniendo presente que no puede haber deber si no hay un previo sentido. Solamente cuando esto sigue estos pasos, se podrá afirmar que las conductas son y resultan adecuadas y pertinentes, firmes y valerosas. (Chapado,2012)

Si nos detenemos en el ámbito legal, la responsabilidad se concibe como la obligación que tiene la persona de dar respuesta, en relación a sus actos y a las consecuencias que puedan conllevar los mismos. Es un concepto ligado estrechamente al sentimiento de culpa, tanto a nivel social como a nivel individual, derivado de la relación con "el otro" y "para sí", siendo esta última relación tan fundamental que, a decir de Sartre, (Sartre JP., 1995), al igual que respecto a la libertad, el ser humano está condenado a ser responsable.

Revisando este tema desde la evolución histórica de la ética, el polifacético Max Weber¹⁰², considerado como uno de los fundadores del estudio moderno de la sociología y la administración pública, introdujo el concepto de "ética de la responsabilidad"¹⁰³ conceptualizándola como la actitud de una persona que, en sus acciones, considera que el conjunto de las consecuencias pueden ser probablemente previsibles, y se preguntaba acerca de las mejores consecuencias que pueden provocar tanto sus acciones como sus omisiones (Vernengo, 1994).

Posteriormente, el filósofo alemán de origen judío, Hans Jonas¹⁰⁴, autor de la influyente obra "El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica"¹⁰⁵, y de la aún más interesante obra "*Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*", (Jonas, 1997)¹⁰⁶ con un contenido muy particular, y en la que analizaba el poder que puede llegar a ejercer el ser humano sobre la naturaleza y así construir el mandato de responsabilidad, e indicaba que: "*actúa de modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida auténtica*".

Además, identificaba dos dimensiones en cuanto a la responsabilidad: *objetiva* y *subjetiva*. La dimensión *objetiva* en referencia al dominio técnico-científico que el hombre ejerce sobre la naturaleza, por lo que se limita al ámbito de la responsabilidad social en que domina la relación de la persona para con los demás y con el mundo que lo rodea. En cuanto a la dimensión *subjetiva*, esta es analizada en la relación del ser humano consigo mismo, lo que engloba la manera en que se asumen las consecuencias de sus propias acciones, tanto las pasadas como las futuras.

102 Max Weber (1864-1920) Sociólogo alemán que opuso al determinismo económico marxista una visión más compleja de la historia y la evolución social. Para Weber, las estructuras económicas y la lucha de clases tienen menos importancia que otros factores de naturaleza cultural, como la mentalidad religiosa o filosófica o incluso la ética imperante; así, en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (1905), obra clásica de la por entonces naciente sociología, vio en la espiritualidad protestante el caldo de cultivo que favorecería el desarrollo del capitalismo en el norte de Europa. https://www.biografias-yvidas.com/biografia/w/weber_max.htm. [consultado el 28 de septiembre de 2016]

103 La ética de la responsabilidad piensa en cambio no sólo en la pureza de sus valores, sino también y sobre todo en las consecuencias de sus actos. ... La responsabilidad consiste en confrontar los medios con los fines. No todos los medios son lícitos aunque se tenga la convicción de la conveniencia del fin.

104 Hans Jonas (1903-1993) fue un filósofo alemán, que es principalmente conocido por su influyente obra *El principio de responsabilidad*. El trabajo de este pensador se centra en los problemas éticos y sociales creados por la tecnología.

105 El Principio Responsabilidad de Jonas es una evaluación sumamente crítica de la ciencia moderna y de su "brazo armado", la tecnología. El filósofo muestra la necesidad que el ser humano tiene de actuar con cautela y humildad frente al enorme poder transformador de la tecnociencia.

106 Hans Jonas acomete toda una serie de cuestiones prácticas derivadas de la influencia que los espectaculares avances de las ciencias naturales han ejercido en la concepción de la ética entendida como doctrina de la "buena vida".

En 1976, el pensador austríaco Ivan Illich¹⁰⁷ (Illich, 1978) se aproximó al tema de la salud, y la consideró como *“la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla”*, donde valoraba la alternativa a la negación de la responsabilidad individual del paciente para con el cuidado de su salud, y consecuentemente depositaba toda la confianza en el quehacer médico; y de esta manera establecía que esta responsabilidad se transforma en una responsabilidad compartida, donde se tenía en cuenta tanto al sujeto, como a las instituciones y a la propia sociedad.

En década de los años sesenta del pasado siglo XX, hizo su aparición la *“ética comunicativa”* (ética dialógica o ética del diálogo), a partir de los trabajos desarrollados por los filósofos, Apel y Habermas, con aportaciones más que interesantes realizadas por, parte de la filósofa española, Adela Cortina¹⁰⁸, la cual reclama un fundamento para la ética basado en la dignidad del ser humano.

A éste respecto y como dijo Teresa de Calcuta¹⁰⁹, la ética no se predica, es una actitud de vida. Por ello, proclamamos nuestra defensa en este tipo de ética y en su aplicación a la relación médico-paciente, la cual basa su doctrina en el diálogo y en la comunicación, y que consecuentemente posibilita el lograr la aceptación para así poder obtener una normativa moral universal. Cortina, califica este modelo como el de la *“responsabilidad solidaria”*; que requiere el reconocimiento de igualdad entre los interlocutores para que todos tengan el derecho a que sus intereses sean tenidos en cuenta en un plano de solidaridad. (Cortina, 1985)

En cuanto a la congruencia de una ética y una moral médica en el mundo actual ampliamente globalizado, no es cuestión que pueda estar en discusión; como tampoco lo es, la utilización científicamente indicada de la tecnología médica para la conservación y restauración del estado de salud, pues ambas pertenecen a un ámbito de racionalidad diferente en el que el mundo de la vida se encuentra inmerso de una forma complementaria.

Por tanto, el núcleo de discusión debe centrarse en las vías de relación entre el discurso técnico y el práctico, o dicho de otra manera entre la complementariedad

107 Iván Illich (1926-2002) fue un pensador austríaco polifacético y polémico, clasificado como anarquista, autor de una serie de críticas a las instituciones clave del progreso en la cultura moderna. Criticó la educación escolar, la medicina profesional y de patente, así como el trabajo ajeno y no creador, y el consumo voraz de energía necesaria para el desarrollo económico como una negación de la equidad y la justicia social, entre otros muchos temas.

108 Adela Cortina (1947) es filósofa, catedrática emerita y miembro de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, y tiene en su haber más de medio centenar de libros sobre la teoría de la ética.

109 Teresa de Calcuta (1910-1997), de nombre secular Agnes Gonxha Bojaxhiu y también conocida como Santa Teresa de Calcuta o Madre Teresa de Calcuta, fue una monja católica de origen albanés nacionalizada india, que fundó la congregación de las Misioneras de la Caridad en Calcuta en 1950.

de la ciencia y la tecnología médica y la dimensión humanista y humana de la medicina en general y del médico en particular.

Llegados a esta realidad, lo pertinente y hasta obligado es asumir la responsabilidad y tratar de desarrollar la relación médico-paciente adaptada a las circunstancias actuales, presentes y ciertas, en las que se desarrolla este tipo de relación, con el objetivo específico centrado en la ayuda al que ha perdido su salud.

Y, por tanto; comunicar, informar, ayudar, auxiliar, aconsejar al paciente que se siente o está frágil o es vulnerable, es lo que ha de ejercer el médico, de forma responsable, bien sea desde lo profesional, lo social o desde lo cívico, y conlleva sencillamente el luchar contra la incredulidad, el abandono y el fracaso. Además, el asumir este tipo de responsabilidad revela, cuanto menos, un sentimiento de tipo ético.

Esta responsabilidad a la que se hace referencia, y que evidentemente es inherente al médico, no debe percibirse desde una perspectiva genéricamente paternalista, sino como el ejercicio de un deber humano para con las personas y, especialmente para con los pacientes.

No es sencillo valorar y escribir sobre la responsabilidad del médico en su relación con el paciente. Es cierto que, desde el punto de vista legal, esta responsabilidad, está concertada, es conocida, está regulada y por tanto puede resultar hasta más sencilla en su valoración. Pero desde el punto de vista ético y estético, no resulta tan sencilla.

En nuestros días presenciamos cambios en el mundo médico y en sus formas de actuar, que hasta hace algunas décadas eran totalmente insospechados. Actualmente no es difícil encontrar nuevas alternativas que constituyen realmente un desafío para todos, bien sean médicos o pacientes.

La realidad actual es que nos encontramos en un mundo sometido al discurso de lo técnico y en el que la aplicación del conocimiento científico se ha convertido en el eje central tanto del bienestar humano como de la tranquilidad del hombre, lo que posibilita la búsqueda de vías de solución a los muchos dilemas éticos que presenta la práctica médica en general y la asistencial en particular. Esta requiere apoyarse en el espacio filosófico y ético tradicional de solidaridad que acompaña constantemente el ejercicio de la profesión médica. En este sentido, resulta fácil comprender que la acepción de la solidaridad sea el concepto que regula la relación del médico con el paciente.

Sinceramente considero y defiendo que la solidaridad del médico, es parte de la buena praxis médica, y si así se hace, tanto el acercamiento como la lealtad del médico hacia el paciente conlleva un perfeccionamiento esencial en esta relación.

La responsabilidad médica ha variado radicalmente, así tradicionalmente, se aceptaba que fuera el médico el que debía asumir la responsabilidad de la elección y la decisión, pues era quien debía procurar el bien del paciente, dejando a un lado la propia decisión de éste.

Posteriormente con la instauración del principio de autonomía, se comenzaron a generar resistencias prácticas, ya que, si bien la responsabilidad del médico consiste en respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud, por otro lado, se indica que la voluntad del propio paciente no puede interpretarse como una orden de obligado cumplimiento por parte del médico. Entonces llegados a esta situación ¿cómo manejar esta tensión?.

Como afirma Rillo (Rillo y cols., 2013) la responsabilidad médica se circunscribe al ámbito de la experiencia y de la visión del mundo que comparten e intercambian médico y paciente, a través del diálogo que se debe establecer durante la entrevista clínica. El lenguaje, diálogo y existencia que se articulan en la historia de la enfermedad, permite al contenido interpretativo de la responsabilidad salvar distancias habituales y compartir decisiones y elecciones a través del exponer de los propios interlocutores.

Como finalización de este capítulo, parece adecuado determinar una serie de criterios prácticos, en referencia a cómo llevar a cabo la organización de esta relación médico-paciente:

1. En primer lugar, la relación debe estar centrada en el propio paciente. De ahí que resulte muy importante que, antes de ponerse ante el paciente, el médico deba, en cierta manera, prepararse para esa consulta, la cual resulta tan particular y específica, sobre todo para el paciente, y recordando que, cada paciente es diferente tanto al anterior como al posterior. Por ello, es formal hacer el ejercicio, a veces nada fácil, de olvidarse, aunque sea por ese momento, de lo manejado con el paciente previo, pues ahora es el momento de concentrarte en ese paciente que se va a atender en la consulta y que es único.
2. Igualmente, hay que establecer la proximidad con el paciente, lo que es de gran importancia para poder asentar una buena relación. Cuando el paciente entra en la consulta médica, es un momento muy especial, pues es cuando se debe instaurar la conexión con el paciente, y además esta debe procurarse que sea tanto a nivel interpersonal como a nivel técnico. Como ya se ha referido anteriormente, es necesario conocer un poco más de esa persona, y para ello hay que plantear determinadas preguntas, que sean abiertas e incluso generales, y a ser posible nada relacionadas con el objeto de la consulta, cómo por ejemplo plantear cuestiones referidas a la familia, al trabajo, al tiempo..., o incluso, puntos sobre determinadas situaciones y, sobre todo es fundamental,

saber escuchar atentamente la respuesta que nos transmite. Aun así, hay que ir un poco más allá y no solamente quedarse en la escucha, sino que también hay que tratar de interactuar, dando respuestas a lo que, el paciente, nos haga referencia y procurando mantener en todo momento un buen contacto visual. De esta manera, garantizo que el resultado es más sencillo, y permite adivinar la situación del paciente, desde el punto de vista emocional, recordemos el dicho de que "la cara es el espejo del alma", lo cual orienta y mucho sobre una determinada situación clínica. En todo este proceso secuencial, el médico debe mostrarse interesado en aquellas cuestiones en las que el paciente hace especial referencia en su propio relato.

3. Es esencial apreciar tanto la respuesta del paciente ante su proceso patológico, como lo que experimenta, desde el punto de vista físico. Ya se sabe que, tanto el diagnóstico como el tratamiento son elementales, pero no se puede olvidar que igualmente es importante llegar a comprender al paciente en su afrontamiento ante la enfermedad y, para ello lo que expresa el paciente, durante el curso de la conversación, puede ser muy productivo, para orientar al médico, en su valoración clínica.
4. Esencial resulta el comunicarse con el paciente. A este respecto, el psicólogo Carl Rogers¹¹⁰ en una de sus investigaciones demostró que, cuando hay que plantear propuestas al paciente, el médico tiene que tener en cuenta tres cuestiones muy relevantes, como son: el ser verídico; el mostrarle aceptación, incluso si no está de acuerdo con las actividades que lleva a cabo el paciente; y en tercer lugar, entenderle, y para ello hay que ser sensible con respecto al momento y a su condición particular. De esta manera hacía referencia a que aquellos pacientes que son tratados o atendidos de esta manera, se percibía un crecimiento en cuanto a las posibilidades evolutivas del proceso clínico. En cambio, cuando la relación con el paciente se enmaraña o se confunde, el médico ha de plantearse la conveniencia de poner en funcionamiento otros dos tipos de habilidades, como son la de comunicar lo que está pasando, aunque sea para reconocer que no existe una buena relación; y comprobar, pero siempre con una forma sutil, en referencia a la forma de hablar y, preferiblemente, practicando la observación objetiva, que permita aliviar el impacto de lo que se va a informar.
5. Hay que practicar, el contacto con el paciente, siempre con la suficiente prudencia y con los límites que la situación comporta. Sabido es que determinados

110 Karl Ramson Rogers (1902-1987), más conocido como Carl Rogers, fue un psicólogo de Estados Unidos pionero en el enfoque terapéutico humanista (junto con Abraham Maslow). Rogers es considerado como uno de los psicólogos más influyentes en la historia de la humanidad.

gestos o señales resultan ser muy importantes en la relación con el paciente, de ahí que actos, tan sencillos, como el estrechar las manos, o dar una palmada o incluso tocar el hombro del paciente, y en general otras expresiones de este mismo género, crean y, a la vez, transmiten confianza y tranquilidad, que reflejan igualmente serenidad al paciente. Todo debe ser llevado a cabo, con suma delicadeza, ya que no todos los pacientes son iguales, ni en referencia a su personalidad, ni en su propia formación cultural.

6. Aunque la relación entre el médico y el paciente es una cuestión, digamos que respetuosa, la pizca de ocurrencia nunca debiera faltar, pues es un buen vehículo para establecer la interacción entre el médico y el paciente, con la que se permite crear un ambiente de cierta relajación e incluso puede lograr una transmisión de la información de una forma más reposada. Cuando se hace referencia al ingenio, este significa e implica, el exteriorizar alguna palabra distendida o incluso manifestar alguna sonrisa, que pueden, en determinadas ocasiones, favorecer la calma y disminuir la posible frustración que presenta el paciente. Al igual que en el punto anterior, no debe ser una regla común y general, aplicable a todos los pacientes ni en todas las situaciones, sino que es preciso llevar a cabo una precisa y detallada evaluación a cada paciente. De esta forma si se percibe que el paciente, es una persona con escaso o nulo sentido de la ironía y pudiera sentirse incómoda, es aconsejable no practicar esta habilidad, pues quizás resulte totalmente negativa y se puedan desprender conclusiones equivocadas.
7. Es muy importante, poner en juego la empatía, mediante variadas expresiones manifestadas por el médico, tales como “no sabes cómo comprendo la situación que estás atravesando”, para así poder entender la experiencia del propio paciente, respecto a su proceso patológico. Sabido es que aquellos médicos que se muestran empáticos, pueden llegar a influir en la evolución de determinadas constantes de tipo fisiológico e incluso en determinados valores analíticos.

La buena comunicación del médico como reflejo de esperanza para el paciente

Cuando un paciente acude al médico, dos cuestiones subyacen en este especial encuentro. Por una parte, un inevitable “*temor*” y por otra una importante dosis de “*esperanza*”.

Hay determinados problemas de salud que aún se consideran tabú a la hora visitar al médico, e incluso hay una gran cantidad de personas que no acuden a las consultas médicas porque se avergüenzan de revelar algún tipo de problemas, e incluso se conservan, en determinados ámbitos en los que la cultura popular se mantiene sobre el concepto de algunas enfermedades, lo que sin duda dificulta la propia consulta médica y con ello la comunicación entre médico y paciente.

Hablar de angustia, es mejor que hacerlo de temor, hace referencia a un fenómeno psicológico que desde hace tiempo es conocido por la Psicología, la Medicina, la Filosofía y la Literatura, sin embargo, con la aparición del psicoanálisis fue cuando ganó un lugar manifiesto dentro de nuestra cultura, al inicio de los estudios de Freud, se argumentó que la angustia tenía una etiología puramente sexual.

Posteriormente, debido principalmente a la influencia de otros teóricos del psicoanálisis, como fue Rank¹¹¹, Freud fue cambiando su posición en relación a la an-

111 Otto Rank (1884-1939), de nacimiento Otto Rosenfeld, fue un psicoanalista, escritor y profesor austriaco. Trabajó junto a Sigmund Freud durante veinte años y editó dos importantes revistas sobre psicoanálisis.

gustia, creando los términos de “angustia ante un peligro real”, de “angustia automática” y de “signo de angustia”.

De esta manera, es posible encontrar, más adelante, en la obra de Freud la formulación de que *“La psique está dominada por el efecto de la ansiedad (angustia) si siente que es incapaz de afrontar una reacción adecuada a una tarea (un peligro) que se acerca desde fuera”*¹¹².

Por ello, se puede considerar que la angustia, además de estar relacionada con hechos internos subjetivos, también se exterioriza cuando se manifiesta la incompatibilidad del paciente ante algún hecho externo desconocido o incluso que puede resultar frustrante.

Este temor o la angustia que presenta el paciente puede resultar, en ocasiones, inevitable y, generalmente tiene su aparición cuando se plantea la posibilidad de que el malestar sea o se convierta verdaderamente en una enfermedad real. Pero, aunque resulte contradictoria, a la vez también aparece la esperanza, de que, tras la consulta médica, el propio médico determine que tales molestias no lleguen a tener realidad de enfermedad clínica.

Igualmente se crea este temor y esperanza, cuando se establece, por parte del médico, un diagnóstico cierto de enfermedad clínica. En esta situación, aparece temor, por parte del paciente, ya que se plantea la posibilidad de no poder curarse o incluso a que dicha enfermedad pueda dar lugar a una enfermedad de tipo crónico, donde se generen ciertas limitaciones y sufrimientos, pero también y por supuesto se produce esperanza, de curarse completamente, o en su defecto mantenerse con un tratamiento de tipo crónico, el cual no le genere ni limitaciones ni incomodidades.

Por tanto, hay que considerar que el *miedo* y la *esperanza* están y estarán siempre presentes, aunque lo que suele ocurrir es que ambos están celosamente guardados y sólo son expuestos al médico, a no ser que el paciente aprecie un comportamiento, que le inspire o sea digno de su confianza.

En nuestra sociedad actual nadie puede poner en duda que, la figura del médico sigue siendo el principal impulsor de lo que se concibe como salud, y esta es la responsabilidad que asume el médico en referencia tanto al “éxito” como al “fracaso” de su

112 Freud S. Inhibiciones, síntomas y ansiedades. Sobre la base de la teoría del aparato psíquico desplegada en El yo y el ello, Freud reelabora conceptos presentes desde el origen, como la defensa y la represión. Se otorga un lugar importante a la neurosis obsesiva y se reexaminan dos historias de fobia: la del pequeño Hans y la del Hombre de los Lobos. Sale a la luz una nueva configuración, según la cual es la angustia la que provoca la represión y no a la inversa. En última instancia, el prototipo de toda situación ulterior de peligro lo constituye el trauma del nacimiento; la angustia reaparecerá cada vez que haya un peligro considerable, bajo la forma de angustia de la pérdida de objeto.

propio acto profesional. Con este fundamento, el médico, entendido o considerado como alguien que tiene una concluyente capacidad, no resulta extraño que en muchas ocasiones se le confiera el papel de ser un personaje casi divino, como si se tratase de un ser increíble, capaz de resolver todos los problemas de salud existentes.

Pero esta situación, que en un principio podría ser calificada, como ventajosa por y para el médico, en la práctica no resulta ser así. En este sentido, es cierto que la sociedad solo ve la fama y el prestigio que puede llegar a dar la propia Medicina, pero sin pararse a reflexionar sobre el dolor, el sufrimiento y el propio temor individual que tiene el médico, el cual sufre en su soledad una realidad que en muchas ocasiones resulta ciertamente angustiada, y que en otros momentos está muy por encima de sus propias posibilidades humanas.

Pero, aun con estas dificultades, es un compromiso del médico, el no permitir que sus pacientes pierdan la "esperanza", por grave y dolorosa que sea la situación clínica de éste. Consecuentemente a este consejo o principio, tantas veces repetido, se llega a desprender que la propia fuente de esperanza de un paciente son tanto el médico mismo como los recursos que éste utiliza y pone al servicio del paciente. De esta manera, sólo el médico tiene el "auténtico poder" de procurar esperanza, de suspenderla e incluso de negarla. Por este motivo, tiene un efecto tan demoledor y catastrófico, sobre el paciente, cuando este se siente abandonado por el médico.

Como cualquier otra persona, los médicos se comunican a través de la imagen, la palabra, la actitud e incluso el gesto. El médico debe saber manejar el contenido y también la forma, tiene que dar sensación de proximidad, de calidez, de transmisión de que el médico es una persona cercana al paciente, que entiende su situación y está intentando ayudarlo, en definitiva, transmitir "esperanza".

Se hace referencia a algo tan difícil de delimitar como es la "esperanza". El propio diccionario de la RAE la define como: "*estado del ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos*" y, generada en función de apreciaciones que vienen de campos muy diversos, como la seguridad que transmite el médico, la confianza que nos representa los propios centros sanitarios, la información que se facilita a los pacientes, las noticias que se reflejen en la prensa o en otros medios de comunicación o incluso la propia información que circula por internet o por redes sociales. Con todo ello, el paciente procesa un horizonte de expectativas y ahí es donde radica la "esperanza", que con mayor o menor fundamento, siempre estará en función del grado de congruencia de las informaciones, que recibe y percibe el paciente.

Además "esperanza" es una palabra que resulta abstracta y que puede soportar, a su vez, muchas definiciones, aunque todas ellas tienen en común la posibilidad de obtener un bien que está todavía por venir, de percibir un estado futuro en el que se podrá alcanzar un fin deseado.

Se hacía referencia, al inicio de este Trabajo, que el ejercicio de la “maestría” del médico no consiste sólo en la prestación de asistencia sanitaria, sino que se debe atender y preservar algo tan esencial como es su humanismo.

Volvemos a cuestiones que ya en el capítulo de la “relación médico-paciente” se comentaron, y es que el contexto de la elaboración de algo tan habitual y relevante como la historia que narra el paciente tiene suma importancia en el estado de su esperanza o su desesperanza y, por supuesto, en la respuesta que pueda y deba dar el médico. Por ejemplo, el significado de comunicar una fiebre elevada a un paciente con un diagnóstico previo de cáncer y que se encuentra sometido a una quimioterapia difiere completamente del significado de esa misma fiebre en un paciente de dieciocho años, con buen estado de salud y que padece de una infección banal de vías respiratorias.

Recordando a Nietzsche¹¹³, este mantuvo la idea de que cuanto menos sabe una persona cómo dominar su propia vida, más ansiosamente quiere que alguien lo gobierne, ya sea una clase política, un Dios, un dogma, o un médico, y atribuye este deseo a una debilidad de su voluntad. Así, se puede considerar que los individuos de la sociedad, con su débil voluntad, no queriendo ser responsable de su propia vida, renuncien a sus poderes individuales de control, en detrimento de ese “alguien” que mandan a los que ellos se entregan.

De esta manera, cuando el paciente cede sus capacidades al médico, le está otorgando una postura que rodeará lo que es una relación de tipo parental, como ya fue descrita por el propio Freud, en sus estudios sobre transferencia¹¹⁴. Quizás por ello, resulte esencial que el médico pueda hacer brotar, manifestar o exponer cuáles son los temores y esperanzas del paciente, siendo conveniente y muy efectivo indagar, mediante preguntas directas acerca de cuáles son las preocupaciones que le genera su problema, o qué espera obtener de su consulta, o qué espera que sea capaz de hacer el médico por él.

Y del mismo modo es preciso indagar acerca de las esperanzas, planteando cuestiones relacionadas con lo que le hace estar esperanzado.

Al terminar este acercamiento, y volviendo nuevamente a lo que nos refiere Doval (Doval, 2008), el médico puede concluir que el paciente tiene, en sí mismo o en su

113 Federico Nietzsche (1844-1900) fue un notable y polémico filólogo y filósofo alemán autor de las obras Así habló Zaratustra, La voluntad de poder, El origen de la tragedia, Gaya Ciencia, Verdad y mentira en sentido extramoral, entre otras.

114 La transferencia es un concepto propuesto por Freud para designar el dispositivo que se organiza en la situación analítica y que permite la asociación libre y el análisis propiamente dicho, señalando que no se provoca, sino que tiene lugar, y que es lo que permite la interpretación.

entorno, reservas de esperanza, o que por el contrario su esperanza es frágil o inexistente para percibir el futuro.

Por todo lo descrito, forma parte de la tarea de un médico la responsabilidad de reconocer y plasmar dentro de la historia clínica del paciente, las dudas que pudieran existir y, así, estar preparado para reconstruir un nuevo contexto de expectativa, de manera cuidadosa, durante su relación con el paciente.

Las conductas médicas claves para construir y mantener la confianza del paciente con el médico han sido bien identificadas por los expertos en comunicación médica.

Indican que, la comunicación no verbal sobre actitudes y sentimientos del médico resultan tan importantes como lo que es expresado con palabras, y que el mensaje coherente y no dividido es la evidencia más fuerte acerca del deseo de ayudar al paciente. Actitudes como: *inclinarse levemente hacia el paciente, mirarlo directamente a los ojos para hacer contacto visual o moverla cabeza lentamente son maniobras facilitadoras que demuestran interés del médico en el relato del paciente.*

Para estar verdaderamente centrado en el paciente y conseguir un contacto personal aun cuando hubiera otros médicos presentes, como en una recorrida, el médico debe demostrar de ambas maneras, verbal y no verbalmente, que la parte más importante de la entrevista médica es la persona que está frente a ellos.” (Doval, 2006)

O sea que saludar al paciente, reconocer los motivos y objetivos de la visita, demostrar curiosidad y cuidado en la explicación de la historia y en la exploración médica, así como acordar un plan de tratamiento, dar respuesta a sus preguntas y terminar disponiendo su seguimiento, son los elementos importantes del encuentro con el paciente, donde además se debe incluir la escucha activa, así como el reflejar empatía.

Todas estas conductas son actitudes de verdadera competencia clínica que, como se ha indicado, es el mayor ejemplo de la confianza del paciente. El paciente que viene en busca de una solución para su malestar reconoce en el conocimiento del médico, palpa su habilidad para realizar los procedimientos y probabilidad de resolver los problemas, así como las necesidades indispensables para brindarle su confianza.

Formación en comunicación en el campo médico

Expuesta ha quedado, y además de manera amplia, la idea de que la situación del médico respecto al paciente no se concreta única y exclusivamente en el hecho de ofrecer sus conocimientos técnicos, en relación a un específico problema de salud, o facilitar un consejo para que sus actos sean y resulten eficaces, pues aunque ciertamente estas son cuestiones trascendentales, el paciente también espera que este "servicio" vaya acompañado de la conducta y de la actitud del médico, que manifieste acogimiento, amparo, escucha y comprensión.

Para contribuir a ello, la relación médico-paciente es esencial en cualquier acto médico, sea cual sea el ámbito en la que esta se lleve a cabo, como ya se ha referido. Resulta ser un factor tan importante y relevante, que el médico debe saber cómo ponerlo a disposición del paciente, mediante específicas actitudes, sentimientos y comportamientos, que le permitan transmitir, informar y en definitiva comunicar, con esa persona que presenta algún problema de salud.

Se sabe que una comunicación de calidad entre el médico y el paciente y, en ocasiones con su familia, tiene repercusiones directas y muy significativas en los resultados asistenciales. Además, esa comunicación de excelencia entre el médico y el paciente tiene que estar alineada con los valores predominantes actuales en la sociedad, como la autonomía, la igualdad y la capacitación.

Ante los planteamientos expuestos resulta imprescindible que, a los médicos, tanto en las etapas de formación pregrado y postgrado, así como en el resto de la

vida profesional, se les faciliten métodos, instrumentos y en definitiva formación, que les permita hacer frente a situaciones más o menos complejas y, hasta estresantes, que en definitiva conllevan el tomar decisiones, en ocasiones difíciles, pero que objetivamente son consustanciales con el devenir profesional del médico.

Es preciso que la formación a la que se hace referencia, esté basada y tenga como objetivos formar en cómo llevar a cabo, de forma eficiente, la relación médico-paciente, empleando un discurso que derive en capacitación de competencias profesionales, las cuales únicamente son posibles de conseguir mediante el conocimiento y sobre todo por la práctica, y sin olvidar que se trata de un verdadero acto profesional y no un simple añadido a los procedimientos, técnicas y normas administrativas, a las que los médicos se ven obligados a conocer y a dominar.

Como afirma Repullo (Repullo, 2016) se necesita promocionar una Medicina sabia, que gestione su conocimiento y que reajuste su ejercicio profesional. Una Medicina que huya del positivismo estrecho y de la efectividad miope para transitar del conocimiento a la sabiduría, y de la enfermedad al enfermo. Porque la excelencia clínica está en la intersección creativa de campos de conocimiento: inter-especializarse es la clave para el manejo de la complejidad, superando los límites de la estandarización.

Ya es momento para que los médicos inicien auténticos cambios con respecto a la misión y a la visión, planteando un reacondicionamiento para que vuelvan a sentirse los pacientes cercanos al médico.

A éste respecto en España, y más concretamente la Orden ECI/332/2008, establecía los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de médico. En esta Orden, la Comunicación se presentaba como una de las 7 áreas especificadas en la formación, circunstancias que obligan a su introducción e implantación en todas las facultades de Medicina.

Ahora bien, todo esto no es posible llevarlo a cabo desde posicionamientos estrictamente teóricos, desde los que la comunicación, la interacción, la empatía, la simpatía y la relación de persona a persona resulta muy difícil de interiorizar, asimilar y entender.

Solamente hay que repasar los programas docentes, tanto actuales como los anteriores, de formación en el grado de Medicina, para comprobar cómo ponen de relieve una escasa formación y donde los temas de comunicación en referencia a cuestiones relacionadas con la salud han sido y son escasos o cuanto menos, no suficientes como para poder hacer frente a las dificultades y conflictos que se plantean diariamente, en la práctica médica asistencial.

Es importante recordar, que el conocimiento no es solamente lo que se contiene en los libros y otros documentos, sino que aparte de esto, es todo lo que se elabora

con el manejo y desarrollo de explícitos métodos relacionados con el hablar, el escribir o el actuar, a través de las diferentes maneras de difundir el conocimiento científico. Se exige una sistemática, una disciplina académica y esto, sin duda, es mucho más que el dominio de unas determinadas capacidades.

El dominio de todos estos contenidos académicos conlleva el paralelo desarrollo de la identidad profesional del médico, el cual debe estar caracterizado por un estado crítico cognitivo y con la capacidad de participar en el discurso y las acciones de un campo social colectivo. (Kelly, G. et al., 2005).

Desde esta perspectiva la educación, pre y postgrado, de los médicos no debe estar fundamentada exclusivamente en una preparación para pensar, sino que debe adquirir educación para la acción correcta y para la práctica responsable al servicio de los otros. Como bien indica Dammon (Dammon, et al., 2005), el trabajo en las buenas profesiones depende de un equilibrio entre la pasión y la maestría a través de la adquisición de competencias.

Si hacemos una revisión al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) figura la competencia como pieza clave de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, conceptualizándola desde una perspectiva integrada. Entendiendo que incluye tanto el conocer como el comprender, conocer cómo actuar y cómo ser, en relación a *“lo que una persona es capaz o competente de hacer, el grado de preparación, suficiencia y/o responsabilidad para ciertas actividades y/o tareas”* (The Tunning Educational Structures in Europa Project. 2002).

El document *“Definition and Selection of Competences. DESECO”* (OCDE, 2002) (OCDE. Definition and Selection of Competences (DESECO): Theoretical and conceptual foundations. Strategy Paper) identificaba el concepto de competencia como *“la habilidad para responder a las demandas o llevar a cabo tareas con éxito y consistentes con las dimensiones cognitivas y no cognitivas”*, precisando que las competencias son solo observables en acciones llevadas a cabo en situaciones específicas.

Pero la adquisición de los conocimientos se ha de mantener en la etapa postgrado y en la etapa profesional, donde ya se une esa maestría, de la que se hacía referencia al inicio de este Trabajo y que estará en función de lo que haya aprendido y de cómo lo haya hecho.

Por tanto, el concepto de competencia ocupa un lugar central, en la formación universitaria, pues implica la adquisición de conocimientos, que permiten el posterior desempeño y ejercicio profesional.

Existen un sinnúmero de definiciones en torno a las competencias, pero quizás la que nos aporta Martínez y Sauleda Parés, (Martínez, y col., 2005) sea de las más complejas. En ella se indica que estas hacen referencias a capacidades internas, destrezas,

habilidades, dominio, prácticas o expertización alcanzada por el inexperto, por lo que precisa de una enseñanza centrada en el estudiante y de una evaluación que no tenga en cuenta solo los conocimientos de los contenidos curriculares, sino del saber hacer procedimental. Es la capacidad de responder a demandas complejas y llevar a cabo tareas diversas de una forma adecuada.

Supone una combinación de habilidades prácticas, conocimientos, motivación, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales y de comportamiento que se movilizan conjuntamente para lograr una acción eficaz, lo cual precisa de cultivo, trabajo y de la constante formación.

Y hay que estar convencido, que para que la comunicación en salud resulte óptima, se necesita un mejoramiento en la propia relación médico-paciente, siendo este un nexo causal evidente y objetivo. Si se mejora la formación en la relación médico-paciente consecuentemente habrá una mejor comunicación, entre los protagonistas del mundo sanitario, -médico y paciente-.

Y aunque ya se ha hecho referencia en el capítulo específico sobre humanización, coincidimos con lo que nos decía Laín Entralgo, que, aunque hace ya varios años, resulta de actualidad total; *“la Medicina se deshumaniza, porque no se ha cumplido con la definición dada en Francia durante el siglo XIX, según la cual, la medicina es “el arte de curar cuando se puede, aliviar con frecuencia y consolar siempre”.*

Uno de los retos en el mundo de la salud debe ser la rehumanización de la vida médica, es decir, el desarrollo de una praxis asistencial donde el humanismo sea el referente y fundamento, no sólo en el ámbito teórico, sino en el ejercicio práctico. Y todo ello porque nunca debe olvidarse que el centro de gravedad de dicho proceso es el ser humano, la persona de carne y hueso (Torralba i Roselló, 2005).

Toda esta formación debe estar orientada hacia la recuperación del trasfondo humanístico, para alcanzar así el desarrollo adecuado de sus objetivos. Esto no debe significar una pérdida de rigor conceptual, sino un retorno a los orígenes.

Para salir de la “deshumanización” de la medicina, sería necesario, como primer paso, una distinta formación del médico. Ya Marañón, echaba de menos al enfermo en los manuales de medicina; decía que en estos había enfermedades, síntomas, tratamientos, pero no se hablaba del enfermo. Y, siguiendo sus palabras, es evidente que, a pesar de todo, sigue faltando en la formación y en la actualización del médico.

La formación en Medicina como fenómeno social se centra preferentemente en el aprendizaje de técnicas e incorporación al conocimiento científico. Sin embargo, paulatinamente se ha ido dejando de lado al alumno y al propio profesional médico como eje central del proceso educativo, ya que la formación se organiza preferentemente y en ocasiones exclusivamente en torno a la enfermedad.

Pero para lograr una formación integral y de calidad, que es lo que se necesita y a lo que se debe aspirar, es preciso exigir interacción y diálogo entre el docente y el alumno, tratando de tener la certeza de que el proceso formativo alcanza su efecto positivo o es captado e interiorizado por parte del estudiante.

Existe una tendencia a enunciar un discurso del ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional, pero este saber complejo, evidentemente se transmite mediante prácticas pedagógicas reductoras, rígidas y mecánicas. (Ferrer, y cols.,2003).

La transmisión del conocimiento, en muchos de los casos se enfatiza en la adquisición de conocimientos teóricos, que el alumno plasma en apuntes y que el estudiante memoriza a fin de aprobar el obligado examen o bien el desarrollo de prácticas clínicas, donde el propósito central es el desarrollo de la habilidad técnica y se asigna poca importancia a la comunicación con los pacientes.

A la hora de hablar de formación en Medicina, se debe tener en cuenta que la educación no solo es formar individuos con un dominio o manejo en el área científica, tecnológica, sino con un alto sentido y contenido humanístico; donde se forme en valores, responsables, maduros, y que logre como resultados la producción o configuración de personas que tiendan a la realización personal y que se muestren sensibles a las necesidades humanas. La tarea de la educación es humanizar, es decir poner a los que hay que enseñar en contacto con las obras de la humanidad y los valores que ellas representan.

Con ello, las teorías curriculares en los planes de estudio de la formación de médico, ya fueran en la extinta etapa de licenciatura y ahora en la de grado, no han favorecido e incluso no favorecen la exploración de intereses o experiencias significativas relacionadas con los objetivos formativos que debe seguir un estudiante de Medicina, por lo que en muchas ocasiones el eje educativo se centra en el cumplimiento de los contenidos y no estructuran medios o métodos de reflexión sobre cuestiones concretas, en situaciones de salud y enfermedad desde una perspectiva tanto ética como legal.

En la formación de los médicos debe estar basada en el fomento de valores tan importantes como responsabilidad, lealtad, trabajo en equipo tanto interprofesionalmente como multidisciplinariamente, y donde se aborde tanto la solución como la evaluación de problemas reales de forma conjunta, facilitando así el desarrollo de actividades.

Concretamente cuando la relación médico-paciente es abordada tanto en la educación médica pregrado como en postgrado y en la formación continuada, se priorizan unas acciones formativas dirigidas a transferir habilidades y conocimientos

básicamente teóricos. Las oportunidades para reflexionar son en muchas ocasiones escasas y de manera indirecta se fomenta una cierta irreflexión que se convierten en norma (Burton J, 2003).

Sin embargo, en Medicina la reflexión resulta imprescindible y por tanto necesaria para convertirse en experto sin que el mero acumulo de años de experiencia sea suficiente, como bien afirma Benner (Benner, 1984).

Existe un predominio de las orientaciones dirigidas a proporcionar a los futuros médicos una serie de técnicas de entrevista, a pesar de que en repetidas ocasiones diversos expertos relacionados con la comunicación y la salud han señalado la importancia de un doble foco en la formación en comunicación y la insuficiencia de un enfoque centrado exclusivamente en las habilidades de comunicación (Zoppi, Epstein, 2002), (García-Campayo, y cols., 1994), (Ruiz Moral, Epstein, 2004).

Si el énfasis formativo se basa solamente en los repertorios de técnicas puede perderse de vista el verdadero objetivo. Estamos de acuerdo en que la formación dirigida a las técnicas resulta más atractiva para los médicos que otras aproximaciones que puedan parecer más difusas, sutiles, filosóficas y sin aparentemente recomendaciones prácticas concretas. Muchas de estas aproximaciones demandan al médico un esfuerzo de reflexión ante cada situación y sobre todo de introspección y autocuestionamiento.

Las técnicas pueden ayudar en determinadas situaciones y existen estudios que descubren resultados positivos de este tipo de formación. Con estas afirmaciones y reflexiones, en torno a la formación, no se pretende transmitir que las técnicas no sean o resulten necesarias o que practicarlas no resulte una importante ayuda, de lo que realmente se trata, es de transmitir a los alumnos e incluso a los médicos en formación que la práctica clínica no es solamente la aplicación automática de un conjunto de técnicas y protocolos, sino que es mucho más.

Y como final, sirvan las palabras de Laín Entralgo, para hacer un perfecto resumen de cómo mejorar en comunicación: ¿qué se puede hacer?, ¿qué puede hacer el médico para hacer una medicina mínimamente humanizada?: primero, atender a "los primeros cinco minutos": cambiar la relación médico-enfermo para situar al paciente en lo que es: persona necesitada de ayuda. El médico, tiene que hacer justamente lo contrario de lo que dijeron dos grandes pensadores. Por un lado, Jünger, quien afirmaba que: *"Toda mirada es un acto de agresión"*, y por otro, Sartre, cuando indicaba que: *"Dos personas que se miran son dos personas que tratan de reducir al otro a objeto"*.

Hace falta enseñar al médico a mirar, dando al paciente, con la mirada, un espacio envolvente y protector; momento y lugar donde precisamente empieza la ansiada humanización de la Medicina.

Se puede seguir por la diagnosis, que también tiene que ser y estar humanizada, cuestión que se lleva a cabo, haciendo que esta sea pueda ser sentida por el paciente.

El médico, con su actitud, aún en las peores condiciones materiales puede humanizar la medicina, y además debe intentar hacerlo. Haciendo una medicina biográfica, en el sentido de que la enfermedad es un acontecimiento que ocurre a la persona, cuya vida es personal, biográfica, argumental y narrativa.

Esto es deseable y hasta posible en cierto punto, ya que hay que hacer que el paciente reconozca a su médico, lo conozca por su nombre, reciba de él un trato personal y consecutivamente, humanizado.

Relación médico-paciente frente a las nuevas tecnologías de la información

El afirmar que la Medicina ha cambiado mucho en las últimas décadas, quizás no sea una aportación nada original, ya que objetivamente es una auténtica realidad, la cual ha conllevado, de manera secuencial, a que el paciente también haya experimentado un importante cambio.

De esta forma, de una Medicina, digamos que desprendida y en cierta manera muy trabajada y personal, se ha pasado a una medicina marcadamente tecnológica y muy tecnificada. Y si esto es lo que ha ocurrido en la realidad de la Medicina, qué decir de los pacientes, los cuales anteriormente se entregaban y confiaban totalmente en los médicos, y ahora llegan a las consultas con más o menos información e incluso haciendo uso de terminología médica, que hasta hace poco estaba limitada a los médicos, y que en no pocas ocasiones desconocen su verdadero significado, pero que ha conllevado o provocado una modificación y una interferencia en la relación médico-paciente.

En todo este nuevo entramado, nos podíamos plantear quién ha sido el verdadero responsable de esta transformación. La respuesta más sencilla, quizás podamos encontrarla en la denominada tecnologías de la información.

En los últimos veinte años se ha podido experimentar cómo el acceso a información técnico-científica, combinado con un cierto incremento o progresión del nivel educativo de la ciudadanía, ha dado paso a la aparición de un paciente que busca información, con mayor o menor acierto, sobre su enfermedad, síntomas, medicamentos y tratamientos.

En el ámbito de la salud cada vez hay más información, mayor y más fácil acceso a la información disponible, y todo ello y especialmente a través de Internet.

E indico que, con mayor o menor acierto, pues si alguna característica tiene internet y que la diferencia del resto de tecnología de la información es precisamente la multitud de fuentes de información disponibles. El resultado de todo ello, es que la información obtenida en Internet, modifica o interfiere en la relación médico-paciente.

Pero ¿cuál es el resultado de esta tecnología? y ¿cómo se traduce o se refleja en la actividad profesional del médico y en la propia relación médico-paciente?

La respuesta no es sencilla y, aunque pudiera ser o considerarse, en ocasiones beneficiosa, en otras muchas resulta que el acceso a bases donde se incluye información amplia, y no siempre verídica, en lo referente a las enfermedades. Además, los diferentes foros de discusión, las comunidades virtuales, el intercambio de correo electrónico, así como todo lo que la red puede ofrecer, han revolucionado, sin lugar a dudas, la propia relación médico-paciente.

Es tal el cambio experimentado y lo que queda por venir, que me aventuro a indicar, que de aquí a no mucho tiempo, no resultaría raro, que el paciente pudiera conectarse o comunicarse con el médico por medio de video-llamadas o que incluso el médico llegue a plantear consultas médicas, mediante la utilización de los diversos teléfonos inteligentes, que tenemos y que están por venir.

Pero, la cuestión que quizás pueda resultar interesante, es saber o al menos plantear si los médicos estamos preparados para estos cambios. ¿Qué actitud debería adoptar el médico ante el paciente, en este escenario?

Igualmente, no es una cuestión sencilla de responder, aunque lo que sí es evidente y es que se vislumbra, es que cada vez hay mayor y verdadero cambio en la gestión de la relación médico-paciente, donde progresivamente la informatización y el uso de la tecnología se hará más presente y más relevante, con el paso del tiempo, lo que generará un cambio en la atención asistencial al paciente.

Y afirmo esto, porque a día de hoy es fácilmente apreciable, cómo en cualquier centro sanitario se avanza hacia un nuevo desarrollo del acto médico, mediante la inversión económica en nuevas tecnologías, y con ello tendiendo al cuidado del paciente de una forma holística¹¹⁵, lo que obligará a que en un futuro no muy lejano, para llevar a cabo un acto médico de deba disponer tanto de recursos humanos como

115 Holístico, deriva de holismo, una palabra que en griego significada «todo» y que se remonta incluso a Aristóteles. Es una postura que sostiene que los sistemas (físicos, biológicos, sociales, mentales, etc.) y sus propiedades deben ser analizados en conjunto y no solamente a través de las partes que los componen.

de recursos tecnológicos y así poder atender al paciente en sus dimensiones, tanto biológica, psíquica y, por supuesto, social.

Pero, ¿cómo influirá todo esto en la relación médico-paciente? y, más concretamente, en la calidad asistencial y, ¿cómo se desarrollará el médico en este nuevo ámbito, tan tecnificado?. La incógnita está servida.

Conclusiones

1. Una de las principales bases de la práctica médica es la comunicación. Para realizar un diagnóstico es fundamental que el médico converse con el paciente durante la consulta.
2. La comunicación efectiva, entre médico y paciente, da como resultado una serie de beneficios, que se ven reflejadas en todas las etapas del acto médico asistencial. Además, es evidente, cómo incide positivamente en la relación, en la calidad y adherencia al tratamiento, en la reducción de quejas y errores, y además mejora la relación y posibilita una mayor confianza entre médico y paciente.
3. Es imprescindible revalorizar el diálogo como principal agente mediador de la relación médico-paciente, ya que este tipo de interacción comunicativa permite convertir tal encuentro en una verdadera amistad terapéutica y eso solamente se alcanza con el diálogo y la comunicación.

Siguiendo a Honneth (Honneth, 1992) éste afirma que construimos una sociedad cada vez más justa cuando creamos espacios de reconocimiento en el que todas las personas son consideradas seres humanos igualmente capacitados para exponer argumentos que consideran valiosos.

Este reconocimiento recíproco, basado en la confianza abre una tercera vía entre el paternalismo y la autonomía. Esta vía tiene que ver con la capacidad de cuidado al otro que sufre. *“Un enfoque sólo centrado en la autonomía, que ponga énfasis en la independencia y autosuficiencia, olvida que los seres humanos son esencialmente dependientes”* (Arrieta y Casado, 2010)

Por tanto, hay que apostar por el diálogo entre el médico y el paciente, como medio que no solamente permite fomentar un ambiente de confianza, sino que facilita, como instrumento comunicativo esencial, la búsqueda diagnóstica y terapéutica, que en definitiva es lo que persigue tanto el médico como el paciente, y así haciendo que la relación no se limite sólo a lo meramente técnico o instrumental, que le anule o limite la concesión fundamental de categoría humana.

4. En el ámbito de la Medicina, es elemental el establecimiento de una buena comunicación médico-paciente, pero para ello es imprescindible atender a las necesidades tanto psicológicas como espirituales del paciente (intereses, miedos, desesperanza, valores), lo que sin duda mejora el estado de salud percibido por éstos y facilita que se sientan reconocidos.

La actitud de reconocimiento, atendiendo a las emociones originadas por la propia enfermedad y a las necesidades de información, así como al impacto emocional motivado por algunos diagnósticos, es incompatible y opuesta a la de cosificación del paciente.

Para poder mantener esta relación médico-paciente fundamentada en la confianza, el médico ha de ser consciente de su situación y de su responsabilidad y por ello saber limitar su poder profesional. Es necesario que sepa captar, más allá del caso clínico, a la persona en su totalidad. Por ello es esencial el ofrecer calidad, no sólo científico-técnica sino también en las relaciones humanas, es la mejor forma por la que una institución expresa reconocimiento.

5. Cuando existe una relación marcada por la eficacia y por la confianza, en la que el paciente se encuentra bien informado, por parte del médico y, participa activamente en la toma de decisiones, su adherencia al tratamiento suele ser mayor.
6. Es muy importante tener presente que el paciente tiene autonomía y consecuentemente derecho para hablar con el médico sobre todo lo que considere oportuno en relación con su proceso patológico, referido al curso del tratamiento, dudas, cuidados...
7. El paciente que, tras su conversación con el médico, tiene la sensación de satisfacción y de haber sido bien atendido, tiene muchas más posibilidades de volver a la consulta. Para que esto suceda, es importante generar confianza en el paciente, lo cual depende de una comunicación eficaz.
8. Una buena comunicación médico-paciente, genera un mayor vínculo entre ambos, lo que implica el establecimiento de una relación más humanizada.

9. Una buena comunicación, entre médico y paciente, reduce el margen de errores clínicos, pues una mejor comprensión de lo que transmite el paciente, permite identificar de manera más asertiva lo que este precisa.
10. Para poder comprender e incluso buscar vías de solución a los nuevos problemas surgidos en el contexto de la relación médico-paciente, y consecuentemente la mejora de la misma, no resulta suficiente con la promulgación de normas de carácter legal o jurídico.
11. Básicamente el mejoramiento de esta relación debe estar basada en la “humanización de la Medicina”, mediante un mayor reconocimiento tanto del médico hacia el paciente, como de éste hacia el médico, algo que en su momento Cortina denominó “reconocimiento mutuo”. Este permite construir un modelo de justicia aplicable a las relaciones entre el médico y el paciente. Cuando, esta relación no sigue estos patrones, dan lugar a la aparición de conflictos.
12. Cuando el médico logra un equilibrio entre la humanización de su acto con su propia competencia técnica, logra una comunicación, con el paciente, mucho más eficaz.
13. Saber hablar y escuchar, conversar y contemplar al paciente es algo fundamental para el médico. Pero para que esto se haga de la mejor manera, es preciso desarrollar y aplicar una serie de habilidades que resultan primordiales.
14. El médico debe ser un buen observador. El saber escuchar permite al paciente sentirse más cómodo hablando de sus angustias, despejando dudas e incluso revelando miedos e inseguridades que pudiera tener. Cuando el paciente se da cuenta que el médico le escucha realmente lo que dice, este siente una mayor confianza.
15. La empatía es una habilidad muy necesaria para una buena comunicación médico-paciente. El saber ponerse en el lugar del paciente permite al médico comprender mejor lo que el paciente quiere, cuáles son sus necesidades y porqué acudió a la consulta del médico.
16. En la comunicación no solo hay que tener presente el hablar y el escuchar, sino que también son muy importantes los gestos, las expresiones, la postura, el tono de voz e incluso la mirada. Esta comunicación conocida como no verbal es fundamental para la primera impresión, el contacto inicial del médico con el paciente, e incluso le permite transmitir sentimientos, emociones y así establecer un vínculo.

Por ello, es importante atender al paciente con una sonrisa, mostrándole interés mientras él habla, mantener el contacto visual siempre que sea posible

y utilizar un tono de voz más suave, para que el paciente se sienta cómodo y tranquilo durante la consulta.

17. El médico debe evitar, en lo más posible, lenguaje científico o terminología médica, adaptándose al paciente, para que así puede entender lo que se le indica. Además, adaptando el lenguaje permite que el diálogo se desarrolle con fluidez, mejorando la imagen del médico hacia el paciente y también haciéndose sentir más cercano al médico.
18. Una cuestión que facilita y mejora la comunicación es el facilitar las instrucciones de forma escrita o incluso hacer entrega de algún tipo de material que pueda hacer más sencilla la información médica al paciente, y consecutivamente evitar posibles dudas.
19. En ocasiones el paciente no quiera participar en la relación asistencial y deja en manos de la familia y/o del médico cualquier decisión vinculada con su salud. En estos casos, hay que respetar esta decisión.
20. Como cualquier otra habilidad, la comunicación en salud puede aprenderse. Un aspecto importante de la comunicación es igualmente la invitación a compartir decisiones (primera esfera de reconocimiento) así como el respeto a derechos-deberes recogidos en el código de deontología (segunda esfera de reconocimiento). Cuidando tales aspectos se creará un clima adecuado para que la relación esté basada en la confianza recíproca (tercera esfera de reconocimiento), facilitándose la superación de la actual crisis de identidad del acto médico.
21. No resulta aventurado indicar que en poco tiempo el uso de las nuevas técnicas de información serán una realidad en la práctica médica y, con ello se convertirán en influyentes instrumentos de comunicación entre el médico y paciente.

- Aguirre Raya D. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Sup*, 19, 2005.
- Alcalay R. La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 1999 5(3):192-196.
- Alfonso Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. peru. ginecol. obstet.* vol.63 no.4 Lima oct./dic. 2017.
- Álvaro S. Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. Valladolid: Hospital de Valladolid; 1998.
- Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos / *Med Clin (Barc)*. 2010;135 (Supl 1):1-2.
- Arrieta, Ion; Casado, A. "La ética asistencial entre la autonomía y el paternalismo" (reseña). *Dilemata*.2010, año 2, núm. 3, p. 135-137. Accesible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/viewArticle/41/54> [consulta:13-07-2016].
- Atkinson JW. Motivational determinants of risk taking behaviour. *Psychol Rev* 1957; 64: 365.
- Austin JL. *How to Do Things with Words* (William James Lectures), 2ª ed. (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1975). [Publicado en España como *Cómo hacer cosas con palabras: Palabras y acciones* (Barcelona: Paidós, 1982).

- Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Ateneo, 1961.
- Baños Díez J. E. ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales. *Rev Med Cine* 3 (2007): 159-165.
- Benner P. *From novice to practitioner: excellence and power in clinical nursing practice*: San Francisco: Addison-Wesley; 1984.
- Blumer, Herbert (1982), *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*, España, HORA.
- Burton J and Launer J. *Supervision and Support in Primary Care*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.
- Bellón Saameño, J.A. y Martínez Cañabate, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*. Vol. 27, nº 7, pp. 452-58.
- Blanco Prieto, A.: *Atención al cliente, Pirámide*, Madrid, 2009, p. 107.
- Brown JB, Boles M, Nullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999; 131: 822-829.
- Bustamante, E.: *Diversidad en la era digital: la cooperación iberoamericana cultural y comunicativa*. Disponible en <http://www.oei.es/pensariberoamerica>.(acceso: 13 julio 2016).
- Carroll JG, Monroe J. Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *J Med Ed*, 54 (1979), pp. 498-500.
- Casales, J. C. (1989). *Psicología Social. Contribución a su estudio*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría*. Ed. Alianza. Madrid. 1982.
- Clèries X, de Nadal J, Branda L. Formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación Médica*, 9 (2006), pp. 2-5.
- Clèries, X. (2006): "La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud". Barcelona; Masson.
- Clèries, X. (2010): 'La comunicación en el ámbito de la salud', en *Bioética & debat*, nº 60, pp. 7-10.
- Cófredes P, Ofman S, Stefani D. *La comunicación en la relación médico-paciente*. Aná-

- lisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 2014; 4:19-34.
- Cortina A. *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*. Madrid: Ediciones Sígueme, 1985.
- Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Ordovás-Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista Clínica Española*. 2011; 211(11):581-586.
- Creative visualization. Berkeley: Whatever Publishing, 1978.
- Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud Públ [Internet]*. 2016 [consultado 19 junio 2016].
- Cuesta, U. Menéndez, T. y García, M. L. (2008). Comunicación social y salud: un nuevo planteamiento estratégico. En Cuesta, U. Menéndez, T. y Ugarte, A. (Coords), *Comunicación y Salud. Avances en modelos y estrategias de intervención* (pp. 19-38). Madrid: Editorial Complutense.
- Chapado JM. *Vértigo. Cómo tomar decisiones valientes que cambian el rumbo de tu vida*. Ed. Alienta, Barcelona. 2012.
- Chen AB, Cronin A., Weeks JC, Chrischilles EA, Hayman JA, Schrag D. Expectations About the Effectiveness of Radiation Therapy Among Patients With Incurable Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. Jun 17, 2013:555-567.
- Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J* 2002;43:152-5.
- Dammon, W. Colby, A. Brank, K. Ehrlich, T. Passion and mastery in balance: toward good work in the professions. *Daedalus*, 2005; summer: 27-35.
- Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 1968;58:274.
- De la Fuente R. *Psicología médica*. Méjico: Fondo cultura económica; 2000.p. 26-27.
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 113-124.
- Díaz, H. (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En Cuesta, U. Menéndez, T. y Ugarte, A. (Coords), *Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias* (pp. 33-49). Madrid: Editorial Complutense.
- Díaz, H. y Uranga, W (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124) (Díaz, H. (2011). La comu-

- nicación para la salud desde una perspectiva relacional. En Cuesta, U. Menéndez, T. y Ugarte, A. (Coords), *Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias* (pp. 33-49). Madrid: Editorial Complutense.
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington (2011). *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1*, pp. 113-124.
- Domínguez-Alcón C. *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid, Pirámide, 1986.
- Doval HC. Temor y esperanza en el encuentro médico. *Revista Argentina de Cardiología*. 2008. 76 (1):82-85.
- Echeverría R. *Ontología del lenguaje*. Ediciones Granica SA., 2017.
- Ferrater Mora J. (1999) *Diccionario de Filosofía*. Tomo III. Barcelona. Ediciones Ariel Filosofía.
- Ferrer, V., Medina Moya, J. L., & Lloret, C. (2003). .Que formación para que enfermería? del reduccionismo simplificante a los saberes complejos. En J. L. Medina Moya, *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación* (pag. 139). Barcelona: Laertes. Psicopedagogía.
- Fones C, Heock K, Lee G. What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education". *Academic Medicine*, 1998; V. 73 (5).
- Freud S. *Obras Completas, Vol. I: Publicaciones Prepsicoanalíticas y Manuscritos Inéditos en Vida de Freud (1886-1899)*. Amorrortu Ed. Diciembre / 2012.
- Fuentes Meleán L. *La Comunicación en la relación médico-paciente*. Centro de Investigaciones psicológicas. Universidad de Los Andes. 2014.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P, Lasa G. Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador [artículo especial]. *Aten Primaria*, 14 (1994), pp. 1088-1091.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina [artículo especial]. *Med Clin (Barc)*, 105 (1995), pp. 27-30.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca G, Tazón P. Balint groups, to Balint and detection of mental disorders in primary care. *Acta Psychiatr Scand*, 92 (1995), pp. 319.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc)*. 111(1998), pp 37-42.
- García Hernández T. *manual del médico clínico para evitar demandas judiciales*. La Ley-Actualidad S.A., Madrid, 1999.

- García-Viveros M. Ética y valores humanos en la práctica médica. III Symposium Internacional Humanismo y Medicina. Madrid España 1990.
- Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*, 22 (1988), pp. 132-138.
- Gask L, Goldberg D. Impact on patient care, satisfaction and clinical outcome of improving the psychiatric skills of general practitioners. *Eur J Psych*, 7 (1993), pp. 203-218.
- Gergen, K., Hoffman, L. y Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster: a constructionist dialogue, en F. Kaslow, *Handbook of relational diagnosis* (p. 102-118). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Goldberg RJ, Novack DH, Gask L. The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training. *Psychosomatics*, 33 (1992), pp. 55-61.
- Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Ed. Fundamentos. Madrid. 2002.
- González Olaya HL, Uribe Pérez CJ., Delgado Rico HD. Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*. 4 (16), 2015. pp: 227-233.
- Healthy People 2010: General Data Issues. Available from http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people.htm.
- Henríquez Pérez VB. Bioética para la sustentabilidad. La Habana, Cuba: Publicación Acuario; 2002.
- Hernández Torres I., Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A., Hernández Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006.8(2):137-143.
- Hickson, G.B.; Federspiel, C.F.; Pichert, J.W.; Miller, C.S.; Gauld-Jaeger, J.; Bost, P. "Patient complaints and malpractice risk", *JAMA*. 2002, vol. 22, p. 2951-2957.
- Hill, S. (2009). Directions in health communication. *Bulletin of World Health Organization*. n° 87, pp. 648. Ginebra, WHO.
- Honneth, A. "Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento", *Isegoría*. 1992, 5:78-92.
- Hymes, D. (1964). Introduction: Toward Ethnographies of Communication. *American Anthropologist*. 66 (6): 1-34.

- Illich I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz, 1978.
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2004): *Making health communication programs work*. Disponible en <http://www.cancer.gov/pinkbook>. Recuperado el 22/06/2016.
- Jasper K. *La práctica médica en la era tecnológica*. Madrid: Gedisa, 1988.
- Jonas H. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Ediciones Paidós, Madrid, 1997.
- Jones J.S. Telling the right patient. *British Medical Journal*, 1981; II: 291-293.
- Jovell A.J. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. En: *Monografías Humanitas. La profesión médica: los retos del milenio*. Fundación Medicina y Humanidades, Barcelona, 2003.
- Jovell AJ. *Gestión afectiva. Siete Días Médicos*, nº 600, 2004.
- Jovell AJ. *Convivir con el miedo. Cáncer. Biografía de una supervivencia*. Planeta. Barcelona, 2008.
- Jover AJ. *Ciencia, Tecnología y Sociedad*. En: *Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología, GESOCYT. La Habana, Cuba: Centro Félix Varela; 1994 p.83-116*.
- Kelly, G. Luke, A. Green, J. What counts as knowledge in educational settings: Disciplinary knowledge, assesment and curriculum. In G.J. Kelly, A. Luke, J. Green, *Review of research in Education. What counts as knowledge in educational settings: Disciplinary knowledge, assesment and curriculum*, pp.: vii-x; Washington. Aera, 2005.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York. Wiley.
- Knigge A., (2016) *De cómo tratar con las personas*. Arpa Ediciones. Barcelona, 2016.
- La relación médico-paciente y la entrevista clínica. En: Gallo Vallejo FJ, editor. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: I.M.&C, 1993.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*. Second Edition ed. Radcliffe Medical Press; 2005.
- Lain Entralgo P. *La relación médico enfermo*. Madrid: Revista de Occidente;1964.
- Lain Entralgo P. *El médico y el enfermo*. Biblioteca para el Hombre Actual Ediciones Guadarrama, S.A., Madrid, 1969.
- Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. Barcelona: Ed Salvat. 1984.
- Laín Entralgo, P. *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2012.

- Laine, C. y Davidoff F. (1996). Patient-centered medicine. A professional evolution. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 275, pp. 152-6.
- Lázaro J., Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra* vol.29 supl.3 Pamplona 2006.
- Lessons in empathy: literature, art and medicine. En: Spiro H, McCrea MG, Peschel E, St. James D, editores. *Empathy and the practice of medicine*. New Haven: Yale University Press, 1993; 135-146.
- Levinson W, Roter D, Mullooly J, Valieri T, Frankel R. Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277:553-559.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274-2002 de 15 de noviembre de 2002.
- Lifshitz A. La relación médico-paciente en la era tecnológica. *Med Int Mex* 1994;10(3):124-126.
- Maguirre P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325 (7366): 697-700.
- Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc. Sci Med*. 1995; 41 (9): 1241-1254.
- Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Marañón y Posadillo G. *Vida e Historia*. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 8ª ed., 1962.
- Martín Baró I. El grupo humano. En sistema, grupo y poder. El Salvador: Editorial UCA.
- Martínez, M. A., Sauleda, N.: "La investigación basada en el diseño y el diseño del crédito Europeo", en: *Investigar en diseño curricular. Redes de docencia en el EEE*, vol. I. Alicante: Universidad de Alicante. 2005. Editorial Marfil, pp. 7-22.
- Merino Sánchez, J., Gil Guillén, V.F., Orozco Beltrán, D. y Quirce Andrés, F.: "Relación médico-paciente: modelo tradicional y nuevos enfoques", en *Medpac. Curso de relación médico-paciente*, Universidad Miguel Hernández-ERGON, Madrid, 2003, p. 15.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Supl 3):26-33.
- Moore P., Gómez G., Kurtz S., Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Rev Med Chile* 2010; 138: 1047-1054.

- Moore P, Gómez G, Kurtz S. Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different]. *Aten Primaria*, 44 (2012), pp. 358-365.
- Moreno Aguilar, Arcadio. (1993). *Entienda la gramática*. Colombia: Ediciones Larousse.
- Nathália Silva Fontana Rosa. La perspectiva relacional de la comunicación en los procesos de e-Salud en Brasil: el proyecto Maluco Beleza. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 5, pp. 54-66,2015.
- Norman GR. Defining competence: A methodological review. En: *Assessing Clinical Competence*. Neufeld V R., Norman G R., (Editors) Springer Publishing Company, New York. 1985.
- OCDE. Definition and Selection of Competences (DESECO): Theoretical and conceptual foundations. Strategy Paper.
- http://www.oecd.org/document/17/0,234,en_2649_3415_2669073_1_1_1_1,00.html [consultado 25/07/2016].
- Organización Médica Colegial de España. *Manual de Ética y Deontología Médica*, Madrid, 2012.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial de Promoción para la Salud*.
- Disponibile en www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf. Recuperado el 21 de junio de 2016.
- Orestes Antúnez Baró A., Torres González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego* 2014; 20 (1).
- Orío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. *Aten Primaria* 1997; 19 (1):44-60.
- Oriol Bosch A, Pardell H. La profesión médica: Los retos del milenio. En: *Monografías Humanitas. La profesión médica: los retos del milenio*. Fundación Medicina y Humanidades, Barcelona, 2003.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press, 89 A.D.
- Pedregal M, Schwart P. Medicina basada en la evidencia y la comunicación con el paciente. *Med Clin (Barc)* 1999;113:79.
- Pérez Pérez O. Algunos aspectos de la tecnociencia. En: *De los albores a los albores: un recorrido por la historia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2010. p. 385-95.

- Petracci, Mónica y Waisbord, Silvio (2011) (Coords.). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires, La Crujía.
- Repullo JR. Los médicos debemos revitalizar los parámetros éticos de la profesión. *médicosypacientes*, 31 agosto 2016.
- Ribera-Casado JM. La salud: una esperanza para los tiempos de crisis. *FEM* 2013;16(2):71-76.
- Ricci, P., Zanni, B. (1990) *La comunicación como proceso social*. Grijalbo. México.
- Rillo AG, Vega-Mondragón L, Duarte-Mote J. Responsabilidad médica: entre la libertad y la solidaridad con el paciente. *Medicina Interna de Mexico*. *Med Int Mex* 2013;29:311-317.
- Ruiz-Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6 (2003), pp. 159-167.
- Ruiz Moral R, Epstein R. El profesional y la relación con el paciente. En : Ruiz Moral R. *Relación Clínica: guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC ediciones, 2004. pp71-96.
- Ruiz MR, Rodríguez JJS, Perula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29 (3): 132-134.
- Sartre JP. *El ser y la nada*. Madrid: Ediciones Altaya, 1995.
- Searle J. (2001) *Actos de habla*. Madrid: Cátedra.
- Schramm, W., & Roberts, D. F. (Eds.). (1971). *El proceso y efectos de comunicación de masa* (Rev. ed.). Urbana, IL: Universidad de Prensa de Illinois.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Second Edition ed. Radcliffe Medical Press; 2005.
- Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001;117:99-106.
- Stewart M.A. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review". *Can Med Assoc J*.1995, vol. 152, p. 1423-33. Accesible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=7728691> [consulta: 13-06-2016].
- Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med* 2001; 52 (6): 839-851.

Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1985.

The Tunning Educational Structures in Europa Project (2002).

Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud, I. Su origen. *Aten Primaria*, 11 (1993), pp. 309-312) (Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud, II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria*, 11 (1993), pp. 361-366.

Torralla i Roselló F. *Antropología del Cuidar*. Madrid. Ed. Mapfre, 2005.

Valéry, P. (1993): *Discurso a los cirujanos*, en *Estudios Filosóficos*, Visor, Madrid.

Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev. Méd. La Paz* v.19 n.2 La Paz dic. 2013.

Vernengo RJ. Ética reflexiva y ética de la responsabilidad en Max Weber. *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho* 1994;2(15-16):561-570.

Vigotsky, Lev S. "El desarrollo de los procesos psíquicos superiores", Edit. Crítica, Barcelona, 1979.

Yourcenar, M. (1982): *Memorias de Adriano*, Edhasa, Barcelona, p. 9.

Zoppi K, Epstein RM. Is Communication a Skill? *Communication Behaviours and Being in Relation*. *Fam Med* 2002; 34 (5): 319-24.

CON LA COLABORACIÓN DE

