



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

TESIS DE MAESTRÍA

LA COMPETENCIA COMUNICACIONAL EN LA
CARRERA DE MEDICINA DESDE LA PERSPECTIVA
DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS. UN ESTUDIO
REALIZADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO.

MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Autor: Leticia Irma Ojeda

Director: Dr. Daniel Prieto Castillo

Mendoza, año 2014

DEDICATORIA

Para mi hija María Macarena, por quien acuno el sueño de una sociedad mejor comunicada.

Para mis ex-alumnas, María Elisa y María José, a cuya memoria debo el compromiso de trabajar por una Universidad mejor comunicada.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Daniel Prieto Castillo, director de las carreras de Especialización y Maestría en Docencia Universitaria así como de esta tesis, por su acompañamiento en este desafío intelectual y por haberme enseñado con los mejores ejemplos lo que significa interaprender.

Al equipo docente de la Maestría en Docencia Universitaria, en especial a las Prof. Mg. María Teresa Guajardo y Mg. Elsa Cabrini por su cariñoso apoyo y generosidad.

A la Prof. Mg. Elena Barroso, mi asesora pedagógica durante la carrera de Especialización en Docencia Universitaria, gracias a cuyo acompañamiento tomé la decisión de profundizar mis conocimientos en este postgrado.

A los alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo- hoy graduados- que colaboraron en este trabajo: por su tiempo, su buena disposición y por atreverse a soñar conmigo una Universidad cada vez mejor.

A María Elena Elaskar, Juan Manuel Orlando y Marisa Crespo, docentes-médicos de la carrera de Medicina por su tiempo y la seriedad con la que reflexionaron sobre su propia práctica para participar en las entrevistas de este trabajo y a todos los docentes médicos que tomaron parte en la encuesta preliminar.

A mi familia, mediadora pedagógica permanente de mis aprendizajes en la vida.

INDICE GENERAL

<u>RESUMEN</u>	13
----------------	----

<u>ABSTRACT</u>	14
-----------------	----

<u>PRIMERA PARTE: El punto de partida de nuestra</u> Investigación	15
---	----

<i>Capítulo 1-El problema de investigación</i>	16
---	-----------

1.1-Presentación del tema	16
----------------------------------	-----------

1.2-Planteo y formulación del problema	19
---	-----------

1.3-Fundamentación	22
---------------------------	-----------

1.4-Objetivos	24
----------------------	-----------

1.4.1-Generales	24
-----------------	----

1.4.2-Específicos	25
-------------------	----

1.5-Anticipaciones de sentido	26
--------------------------------------	-----------

<i>Capítulo 2-Antecedentes</i>	29
---------------------------------------	-----------

2.1-El reclamo social	29
------------------------------	-----------

-Introducción

-El vínculo entre la comunicación y los procesos de movilización comunitaria en salud

2.1.2-La movilización comunitaria en salud	30
--	----

2.1.3 -La incidencia colaborativa en salud	36
2.1.4-A modo de reflexión	40
2.2-Investigaciones vinculadas a la competencia comunicacional	41
2.2.1-El rol de la comunicación en la práctica médica	41
- Comentario	
2.2.2- Acerca de los desafíos en la enseñanza de la comunicación Clínica	54
2.2.2.1-Los modelos de comunicación clínica	54
2.2.2.2- La etapa inicial	57
2.2.2.3-La incorporación de lo comunicacional a la enseñanza de grado	61
2.2.2.4-Lo comunicacional en la oferta universitaria de postgrado	74
2.3-Comentario final	78
<u>SEGUNDA PARTE:</u> El marco teórico de la investigación	80
<i>Introducción</i>	81
<i>Capítulo 3: La educación basada en competencias</i>	82
<i>Capítulo 4: Acerca de las bases del proceso de comunicación</i>	89
4.1-Elementos del proceso de comunicación	89
4.2-Intencionalidad del emisor	91
4.3-Calificación y autocalificación del perceptor	92
4.4-La formación social	93
4.5-Momentos del proceso de comunicación	94

4.6-¿Comunicación o información?	96
---	-----------

Capítulo 5: Para una historia del vínculo entre comunicación

<i>y educación</i>	99
---------------------------	-----------

5.1-Comunicación para el desarrollo	99
--	-----------

5.2-La comunicación popular	102
------------------------------------	------------

5.3-revisión crítica de la comunicación popular	105
--	------------

5.4-La comunicación alternativa	106
--	------------

5.4.1-Práctica de la denuncia	107
-------------------------------	-----

5.4.2-Matices de lo alternativo	107
---------------------------------	-----

5.5-Comunicación y cultura	108
-----------------------------------	------------

5.5.1-Estrechamiento de lo cultural	109
-------------------------------------	-----

5.5.2-En torno a la vida cotidiana	110
------------------------------------	-----

5.6-El marketing educativo	111
-----------------------------------	------------

5.7-Las carreras de comunicación	112
---	------------

5.8-Comunicación y educación en América latina	114
---	------------

5.8.1-Orígenes y desarrollos de la comunicación educativa	114
---	-----

5.8.2-La Educomunicación	117
--------------------------	-----

5.8.3-La comunicación en la educación	117
---------------------------------------	-----

5.8.4-La mediación pedagógica	118
-------------------------------	-----

-La mediación pedagógica de las tecnologías	120
---	-----

5.9-Memoria y balance	120
------------------------------	------------

5.10-Comentario	122
------------------------	------------

<i>Capítulo 6: Apuntes sobre comunicación y salud</i>	124
--	------------

6.1-La mirada unidireccional	124
-------------------------------------	------------

6.2-Salud y sociedad de la información	125
---	------------

6.3-La cuestión ética	127
6.4-El análisis discursivo desde el planteo cultural	130
6.5-Medios de comunicación social y salud	135
6.5.1-Itinerario breve	135
6.5.2-¿Informar y distraer o educar?	138
6.6-La salud en el ciberespacio	139
6.7-La salud y el marketing social	140
6.8-La mirada multidireccional	142
<i>Capítulo 7: La relación médico-comunidad</i>	143
7.1-Introducción	143
7.2-Autoevaluación del emisor y evaluación del perceptor	144
7.3-Invasión cultural versus educación comunitaria: códigos y Mensajes	147
7.4-Referentes y marcos de referencia	149
7.5-Medios y recursos	150
7.6-El perceptor	151
7.7-Formación social, información colectiva y educación Comunitaria	152
<i>Capítulo 8: La comunicación intermedia en la práctica médica</i>	154
8.1-La relación médico-paciente	154
8.2-La comunicación entre pares	161
8.3-Dimensión psicológica del vínculo pedagógico y la comunicación entre pares	163
8.4-Los vínculos y la comunicación desde la perspectiva de la Mediación Pedagógica	168

A modo de conclusión	173
<u>TERCERA PARTE</u> : El trabajo de campo	176
<i>Capítulo 9: Aspectos metodológicos</i>	177
9.1-Los significados de la investigación	177
9.2-Los actores de la investigación	182
9.2.1-Los docentes médicos	183
9.2.2-Los “casi médicos”	184
9.3-Las características de nuestra investigación	185
9.4-Población y situaciones estudiadas	188
9.5-El proceso de muestreo	189
9.6-Las categorías de análisis	190
9.7-La recolección de los datos	190
9.8-El análisis de los datos	190
<i>Capítulo 10: Competencia comunicacional y saber ser del médico</i>	193
10.1-Los “casi-médicos” como pacientes.	193
10.1.1-El tiempo y el respeto	193
10.1.2-El médico como interlocutor	196
10.1.3-La empatía	197
10.2-Los “casi-médicos” frente a sus docentes	200
10.2.1-Médicos, docentes y modelos	200
10.2.2-La pasión por la práctica	203
10.2.3-El saber disciplinar	204
10.2.4-Los contraejemplos	205

10.3-Los futuros graduados frente a sus futuros pares	208
10.3.1-Comentario	211
10.4-Los docentes médicos como pacientes: valores agregados al tiempo, el respeto y la empatía	211
10.5-Los modelos de los docentes-médicos	214
10.6-Los docentes-médicos frente a sus colegas	215
<i>Capítulo 11- La comunicación con los pacientes</i>	218
11.1-Intencionalidad de los mensajes	218
11.1.1-¿Prescribir o educar?	218
11.1.2-La intencionalidad empática	223
11.1.3-Comentario	226
11.2-Valoración de los perceptores y coeficiente de Comunicabilidad	226
11.2.1-El bloqueo del receptor	227
11.2.2-Perceptores permanentes	231
11.3-Acerca de los códigos en la relación médico-paciente	233
11.4-La mirada de los “casi médicos” frente a la mirada de los Pacientes	237
11.4.1-El lenguaje protodisciplinar	237
11.4.2-El conocimiento del contexto	239
11.4.3-Comentario	242
<i>Capítulo 12-La comunicación grupal</i>	243
12.1-La formación médica y el vínculo con la comunidad	243
12.2-Intencionalidad prescriptiva versus intencionalidad educativa	244
12.3-Autovaloración y valoración del perceptor	246
12.4-Acerca de los medios y recursos en la comunicación grupal	252

Capítulo 13-La comunicación con los pares	255
Capítulo 14-Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje	261
14.1-¿Innato o aprendido?	261
14.2-Los “casi médicos” y sus prácticas de aprendizaje de la comunicación	264
14.3-Los docentes-médicos y su aprendizaje de la comunicación	265
14.4-Los docentes-médicos frente a sus futuros colegas	268
14.5-Los docentes médicos y sus estrategias de enseñanza de la comunicación	269
14.6-Los ambientes de aprendizaje	
14.6.1-La proyección de la tensión ciclo básico-ciclo clínico en la enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicacional	274
14.6.2-Ambientes conductores y aislantes del aprendizaje de la comunicación	279
Reflexiones acerca del trabajo de campo	282
Capítulo 15-Conclusiones	284
15.1-Los hallazgos de nuestra investigación	284
15.1.1-Lo comunicacional en la práctica médica	284
15.1.2-Los significados de la relación médico-paciente	286
15.1.3-La comunicación grupal en la práctica médica	288
15.1.4-Los significados de la comunicación con los pares	289
15.1.5-La competencia comunicacional y los ambientes de aprendizaje de la educación médica	290
15.1.6-Las prácticas de aprendizaje de la comunicación en la educación	

médica	291
15.2-Discusión	293
15.3-Los aportes de nuestra investigación	297
15.3.1-Acerca de nuestros objetivos	297
15.3.2-Los hallazgos de la investigación en el marco de nuestras aproximaciones de sentido	300
15.4-Para seguir pensando	303
15.5-Reflexiones finales	305
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	308
<u>TABLAS</u>	322
I-Calificación de estudiantes y docentes respecto del logro de habilidades para la comunicación.	322
II- Aspectos comunicacionales que influyen significativamente en el bienestar de los pacientes. (Stewart, 1995)	323
III-Modelos por tareas propuestos para la comunicación clínica. (Ruiz Moral, 2003)	324-325
IV-Características de los buenos receptores. (de la Uz Herrera et al., 2010)	326
V-Características de los buenos emisores (de la Uz Herrera et al., 2010)	327
VI- Técnicas empleadas en el proceso de recolección de los datos.	328-329
<u>ANEXO- Los caminos de la comunicación</u>	330

INDICE DE ABREVIATURAS (En orden alfabético)

ACP: atención centrada en el paciente

AP: atención primaria

BEME: Best Evidence Medical Education

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CIESPAL: Centro internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina

CMMPOW: postgrado en Comunicación Centrada en el Paciente

COMSIB: Confederación Médica Boliviana

CREAS: unidad de comunicación y atención en salud de la escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

CUIDAR: asociación para el cuidado de la diabetes en Argentina

EC: entrevista clínica

ECOE/OSCE: examen clínico objetivo estructurado

IAPO: International Alliance of Patients' Organizations.

ILCE: Instituto Latinoamericano de comunicación Educativa

ILPEC: Instituto Latinoamericano de Pedagogía de la Comunicación.

LALCEC: liga argentina de lucha contra el cáncer

MACMA: movimiento ayuda cáncer de mama

MMH: modelo médico hegemónico

MS: marketing social

ONG: organizaciones no gubernamentales

PFO: práctica final obligatoria

RMP: relación médico-paciente

RPS: representantes populares de la salud

TMT: terror management theory

UBA: Universidad Nacional de Buenos Aires

UCA: Universidad Católica Argentina

ZDP: zona de desarrollo próximo

RESUMEN

Se presenta una investigación cualitativa exploratorio-descriptiva acerca de los significados que docentes y alumnos del sexto año de la carrera de Medicina asignan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y el grupo de pares. Inicialmente, se estableció el estado del arte a través de una búsqueda bibliográfica y se desarrolló un marco teórico basado en las relaciones entre la comunicación, la educación, la salud y los vínculos que los médicos establecen durante su práctica.

Para la selección de los sujetos se realizó un muestreo teórico entre los alumnos que cursaron sexto año de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo durante el período 2012-2013 y de los docentes pertenecientes a dicho espacio curricular. Para la recolección de los datos se recurrió a entrevistas individuales, grupos focales y análisis documental. Se emplearon técnicas de reconstrucción, contextualización, contrastación e interpretación para el análisis de los mismos.

Los resultados muestran el papel que los actores asignan a la comunicación en la práctica médica y ponen de manifiesto la presencia de diferentes significados que generan conflictos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como tensiones en los distintos ambientes en los que se enseña y aprende la comunicación.

ABSTRACT

We present a qualitative descriptive-exploratory research about the meaning that sixth year teachers and pupils of Medicine career give to communicative competence with patients, community and colleagues. As a first step we established the state of the art through a bibliographic search and developed a theoretical framework based on the connections between communication, education, health and the links doctors build during practice.

Selection of the subjects was made through a theoretical sample that included sixth year Medicine pupils and teachers in the National University of Cuyo during years 2012 and 2013. Data collection was made by interviews, focal groups and documental analysis. Reconstruction, constant comparison and induction were the techniques used for data analysis..

Results show the role actors assign to communication in medical practice and the existence of different meanings that give rise to conflictive situations during the process of teaching and learning as well as different kinds of tension that can be observed in the environments where communication is taught and learnt.

PRIMERA PARTE

El punto de partida de nuestra investigación

Capítulo 1: El problema de investigación

1.1-Presentación del tema:

En los últimos años las facultades de Medicina de distintos lugares del mundo adhirieron a un nuevo paradigma en la formación médica: la Educación basada en Competencias.

El cambio curricular de 1997, actualmente vigente en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo no está fundamentado sobre este paradigma. Sin embargo, se realizaron en 2006 y 2008 dos trabajos de investigación dirigidos desde el área de Asesoría Pedagógica de la Facultad de Ciencias Médicas para establecer, en primer lugar, cuáles eran las competencias esperadas de acuerdo con el perfil de egresado planteado por el diseño curricular (Reta de Rosas, López, Montbrun, Ortiz & Vargas, 2006) y en segundo lugar, cuáles eran las situaciones de prueba adecuadas para evaluarlas (Reta de Rosas, López, Vargas & Montbrun, 2008).

De acuerdo con las conclusiones del primero de los citados trabajos, una de las competencias que los estudiantes debieran lograr al final de su carrera de grado es la habilidad para la comunicación (Reta de Rosas et al., 2006):

“Habilidades de comunicación: Poseer habilidades de comunicación e interpersonales, que resulten en un intercambio efectivo de información y trabajo en equipo con los pacientes, sus familias y otros profesionales.” (p.77)

El estudio señala además que dicha competencia presenta a su vez cuatro componentes, a saber:

- Escuchar y explicar con claridad al paciente y su familia.
- Comunicarse adecuadamente con otros miembros del equipo de salud y distintos sectores de la comunidad.
- Reconocer los factores culturales y personales que inciden en la comunicación.
- Realizar adecuados registros médicos.

La resolución nº 1314 /07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Argentina establece que deben evaluarse las siguientes habilidades vinculadas al campo de la comunicación durante la carrera de Medicina:

28. Brinda apoyo y/o contención al paciente y/o su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
29. Brinda al paciente y/o la familia la información suficiente para obtener consentimiento para realizar procedimientos y tratamientos.
30. Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros recursos. (p. 12)

Consideramos, como afirma Washington Uranga en una entrevista realizada para el cursado de la Maestría en Docencia Universitaria de la Universidad nacional de Cuyo (Prieto, 2009) que “la comunicación es un vínculo entre dos seres consistente en una negociación de sentidos en el ámbito de lo público”, y desde esta convicción reconocemos que la habilidad para la comunicación es una competencia esencial en el médico; constituye una parte fundamental de su saber ser.

Nuestra preocupación por el logro de estas competencias en los alumnos de la carrera de Medicina, nos llevó a realizar una encuesta entre los estudiantes de sexto año y docentes en las tres Universidades de Mendoza donde se dicta dicha carrera (Universidad Nacional de Cuyo, Universidad del Aconcagua y Universidad de Mendoza) durante el año 2011, con el objetivo de indagar cómo valoraban los estudiantes y cómo veían los docentes las habilidades en el campo de la comunicación de quienes estaban próximos a graduarse.

En primer lugar se solicitó a los estudiantes que calificaran el grado de habilidad desarrollada durante la carrera en la relación con los pacientes y familiares, con el equipo de salud y con la comunidad. Asimismo, se solicitó a los docentes que los calificaran. Los resultados se presentan en la tabla I. (p. 322)

En segundo lugar, se interrogó a alumnos y docentes acerca de las dificultades que se les presentaban a los primeros para la comunicación con los pacientes.

Las voces de los estudiantes aludieron a su falta de preparación para reconocer las diferencias culturales y adecuar el lenguaje técnico al vocabulario de los pacientes así como para establecer empatía con ellos. Así expresaron que:

“Depende de las diferencias culturales. Algunos pacientes no aceptan determinados tratamientos, sin importar si es el correcto”.

“No me siento preparada para dar devolución a los familiares por falta de experiencia”.

“Ser lo suficientemente claros en los conceptos vertidos a los pacientes”.

Sobre la misma cuestión, las voces de los docentes agregaron algunas observaciones relacionadas con aspectos que consideran propios del entorno de sus alumnos:

“El empleo del lenguaje breve y acelerado del postmodernismo produce dificultades para la comunicación oral y escrita.”.

“Han desvalorizado la poca teoría y práctica recibida durante la carrera, lo cual lleva a no tener experiencia para comunicar.”

Al indagar sobre los vínculos con otros miembros del equipo de salud (médicos, personal de enfermería, etc.) los estudiantes señalaron algunas dificultades:

“Son muy individualistas. Es difícil llevarse bien con ellos como uno quisiera”.

“Los principales problemas vienen de la diferencia de jerarquías”.

“Me siento tratado como un cero a la izquierda y un estorbo, sobre todo en los hospitales.”

Los docentes, a su vez, señalaron que los alumnos:

“No tienen interés en el trabajo en equipo”.

“Hacen prevalecer sus intereses personales y el asistencialismo”.

“Menosprecian las opiniones de los más experimentados”.

“Se guían sólo por lo último de internet”.

Con referencia a las prácticas que a su criterio promovieron aprendizajes significativos para la comunicación, los estudiantes destacaron:

“Algunas prácticas hospitalarias en las que se permitió integración”.

“Observar prácticas de relación médico-paciente con los docentes”.

“Cursado diario en el hospital con docentes con mucha experiencia y mucha pedagogía”.

Y señalaron que:

“Las asignaturas de relación médico-paciente promovieron parcialmente esas competencias”.

Los docentes destacaron como prácticas que promueven la comunicación:

“Los trabajos prácticos y el internado”.

“Tener a cargo pacientes y evolucionarlos”. (Nota de la a.: por “evolucionarlos” entendemos realizar una descripción diaria sobre su evolución clínica)

“Las actividades en terreno, que no se aprovechan en los horarios disponibles”.

Los resultados de la encuesta muestran que tanto los estudiantes como los docentes consideran que el aprendizaje de la comunicación se consigue a través de prácticas que suponen una activa interlocución entre el alumno, la comunidad, los pacientes y el equipo de salud, muchas de las cuales están históricamente incorporadas al currículum de la carrera de Medicina en las Universidades de todo el mundo. Sin embargo, a la hora de evaluar la competencia comunicacional se observan diferencias significativas en la calificación que conceden estudiantes y docentes al logro de las habilidades necesarias para alcanzarla y surgen voces que sugieren la existencia de una trama de significados otorgados a la comunicación-también diferentes para docentes y alumnos-que tienen influencia en la enseñanza y aprendizaje de las mismas.

Nuestro interés es adentrarnos en esa trama de significados y descubrir los sentidos que docentes y alumnos otorgan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y el grupo de pares en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo.

1.2-Planteo y formulación del problema

El modelo tradicional de educación médica ha sido fuertemente cuestionado en los últimos años. Saber diagnosticar y tratar no es suficiente para que el profesional médico logre satisfacer las demandas que la sociedad le exige. Así surge un nuevo

enfoque educativo para la formación médica: el paradigma de la Educación Basada en Competencias.

Aunque la literatura abunda en definiciones acerca de las Competencias, todas ellas coinciden en reconocer que son constructos complejos que, trascendiendo el saber conceptual, requieren para su apropiación el desarrollo de saberes procedimentales y actitudinales. Así, un informe publicado en el Canadian Medical Journal (Kondro, 2009) señala que:

Enseñar competencias tendría como resultado la formación de médicos con mentes más flexibles (...) El resultado esperado de este modelo de educación médica es un profesional científicamente inquisitivo y compasivo, que tenga la motivación, las herramientas y los conocimientos que le permitan encontrar la información suficiente para proveer el mejor cuidado a sus pacientes. (p.136)

En Argentina, distintos autores (Brailovsky, 2008; Buraschi, 2008; Urrutigoity, 2008) coinciden en que la Educación Basada en Competencias constituye un enfoque pedagógico y didáctico que puede mejorar la calidad de la formación médica. En este punto cabe cuestionarnos sobre la importancia que tiene la comunicación en la formación médica y el lugar que le corresponde en un diseño curricular basado en competencias.

Con referencia al papel que cumple la educación formal en el aprendizaje de la comunicación, Buitrón (2003) señala que:

La escuela no sólo funciona como el espacio donde se les transmite únicamente información (a los estudiantes), sino que es el espacio de intercambio continuo y de diálogo con las demás personas, que les ayuda a desarrollar y fortalecer sus habilidades, actitudes y valores. Es ahí donde encuentro que la enseñanza de la comunicación embona y engloba diferentes procesos sociales con los demás y por ende es trascendental para el desarrollo de los pueblos. (p. 2)

Las instituciones de educación superior, lejos de ser la excepción, debieran ser el ámbito privilegiado para alcanzar este aprendizaje, ya que, como señala Prieto Castillo (2005), el interaprendizaje, el respeto, el diálogo y el ejercicio de la libertad son la esencia de la Universidad.

En cuanto a la carrera de Medicina, entre las recomendaciones para el cambio curricular que se sugieren en un informe del Canadian Medical Association Journal (Kondro, 2009) se resalta la necesidad de que en la formación médica se consideren “tanto las ciencias biológicas como las humanas”. En el trabajo de Reta

et al. (2006) se muestra que tanto en el ámbito académico (alumnos, docentes y graduados) como en la comunidad se considera que la habilidad para la comunicación es una de las competencias a alcanzar durante la educación médica de grado.

Ojeda (2005) destaca entre los fundamentos que dieron origen al diseño curricular vigente en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo lo siguiente:

El avance tecnológico deshumaniza y no contiene al paciente en su integridad como lo hace la persona del médico, quien requerirá una profunda comprensión y valorización de las dimensiones humanas de la Medicina, razón por la cual se destaca en el perfil del egresado la condición de ser sensible a las necesidades de salud de las personas y la capacidad para establecer una buena relación médico-paciente. (p.15)

En cuanto a la organización curricular, el plan de estudios de la carrera mencionada pone énfasis en el enfoque antropológico-social, para lo cual incluye cursos anuales relacionados con las dimensiones sociales de la Medicina agregados a los de las otras asignaturas. Entre dichos cursos se encuentran los de la asignatura Relación médico-paciente I, II, III y IV, cuyo primer módulo se denomina, justamente, “habilidades para la comunicación”.

Hasta aquí nos hemos referido a la incorporación de la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación al currículum prescripto de las carreras de Medicina. Sin embargo, es importante reconocer que el aprendizaje de la comunicación comienza mucho antes de la escolarización. Desde la vida intrauterina, el producto de la concepción establece vínculos no solamente con su madre sino con el mundo exterior: es capaz de responder a estímulos sonoros, mecánicos y lumínicos a través de sus movimientos. Después del nacimiento, su “ser en el mundo” continúa construyéndose gracias a mediaciones que tienen lugar en la vida cotidiana: la familia, los vecinos, su casa, su barrio. Así, Busing y Aschenbrener (2009, citados en Kondro, 2009) proponen que desde la admisión a la carrera de Medicina se evalúen, además del rendimiento académico, las condiciones que los aspirantes presenten para la comunicación y la acción solidaria.

Buitrón (2003), tomando las definiciones de currículum de Martha Casarini afirma que no se puede incluir todo lo que quisiera enseñar a sus alumnos en lo que nos establece el currículum formal, si se entiende al mismo como el listado de contenidos, objetivos y actividades que se desarrollan en la institución escolar a un nivel determinado, o como un marco de discusión para fundamentar y dar

justificación a lo que se enseña y al cómo se hace (Casarini,1999 citado en Buitrón, 2003) , sino que se necesita del currículum oculto cuyo propósito es propagar los mitos sociales y las creencias que distinguen a una sociedad de otra y que la mantienen unida. Por lo tanto, la autora mexicana concluye en que “para enseñar Comunicación Verbal, necesitamos entender que se sustenta en toda una investigación sobre el por qué, para qué y cómo enseñarla y mucho de ello, nos lo da nuestra propia sensibilidad para entender a nuestro público principal: los jóvenes”. (Buitrón, 2003, p. 2)

Coincidiendo con lo anteriormente señalado, consideramos que existe en el currículum oculto un universo de significados vinculados a la comunicación que se pone en juego durante las prácticas de enseñanza y aprendizaje. Las diferencias entre la valoración que docentes y alumnos hacen del logro de las habilidades vinculadas a la competencia comunicacional nos lleva a cuestionar los significados que unos y otros les otorgan y su posible influencia en los modos de enseñarla y aprenderla.

Así, nos preguntamos:

¿Cuáles son los significados que docentes y alumnos otorgan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y los grupos de pares?

1.3-Fundamentación

Tal como señala Briones (1986, citado por Achilli, 2005), es importante “recordar la discriminación entre objetivos y propósitos de una investigación a fin de no confundir el “qué” conocer con el “para qué” de ese conocimiento” (p.50). Presentados los interrogantes iniciales, dedicaremos los próximos párrafos al propósito de nuestra investigación.

Históricamente se ha planteado que las tres funciones esenciales de la práctica médica son la asistencia, la docencia y la investigación. Partiendo de este supuesto es que consideramos que esta configuración tradicional del “saber ser” del médico involucra tres dimensiones casi simbióticas: la asistencial, la docente y la del investigador científico.

La producción de conocimientos es imprescindible para fortalecer la calidad de la atención médica. Pero es importante aclarar en este punto que el cambio de

paradigma que significó la transición del médico que “diagnostica y cura” al que “cuida la salud” - entendida como bienestar biológico, psicológico y social de las personas-trajo como consecuencia la incorporación de saberes que no se consideraban necesarios para el ejercicio de la profesión al campo disciplinar de la Ciencia Médica.

Los grandes logros de la Medicina actual –sobre todo en las sociedades del subdesarrollo-no son los que nos ayudan a curar la enfermedad sino los que nos permiten preservar la salud. El rol central que juega el médico hoy es el de actuar como mediador en la conquista del derecho a la salud de su comunidad de pertenencia.

Es aquí donde surge la dimensión pedagógica del médico: en la promoción y acompañamiento de aprendizajes que permiten alcanzar y mantener la salud. La asistencia médica no puede eludir la práctica docente. Los médicos educamos no sólo en la Universidad sino también –y fundamentalmente-en la comunidad.

Ahora bien. Aceptar que el saber ser del médico es un constructo dinámico en el que confluyen el investigador, el clínico y el docente implica reconocer una cuarta dimensión que impregna de sentido a las tres anteriores. Como bien señala Freire (1975), el hombre es “un ser de relaciones en un mundo de relaciones (...) Es hombre porque está siendo en el mundo y con el mundo. Este estar siendo que envuelve su relación permanente con el mundo, envuelve también su acción sobre él”. (pp. 41-42)

El acto médico cobra sentido cuando es en función de los otros. La práctica médica es, por lo tanto-y fundamentalmente-, una práctica de comunicación. Por ello entendemos como cuarta dimensión del saber ser del médico a la comunicación, sin la cual su quehacer se volvería un **sin sentido**.

Nuestro problema surge de la práctica cotidiana: la importancia de la comunicación en la profesión médica, la inquietud frente a las dificultades que los estudiantes próximos a graduarse y los noveles egresados tienen para negociar sentidos con los pacientes y con los pares, las dificultades para la consideración del ser social de los pacientes, la necesidad de contextualizar las situaciones clínicas, la pobreza en la producción de material escrito y de la expresión oral, nos llevan a cuestionar los significados que otorgamos al logro de la competencia comunicacional en la formación médica.

Los argumentos más fuertes que planteamos para realizar esta investigación son:

- La conciencia de la importancia que tiene para la práctica médica el aprendizaje de competencias vinculadas a la comunicación.
- La escasa información que presenta la literatura en relación con la enseñanza de competencias vinculadas a lo comunicacional en la educación médica.
- La disociación entre la valoración que hacen docentes y alumnos respecto del logro de dichas competencias en nuestros estudiantes.
- La convicción de que develar los significados que docentes y alumnos otorgan a la comunicación y que se hacen manifiestos en las prácticas de enseñanza y aprendizaje nos permitirá resignificar dichas prácticas para mejorar el interaprendizaje con nuestros alumnos.

Consideramos que nuestra investigación puede realizar aportes que mejoren el interaprendizaje de la comunicación en la carrera de Medicina, lo cual contribuirá a superar las dificultades que se presentan en la construcción de los vínculos entre los profesionales de la salud y los pacientes individuales, sus colegas y las comunidades en las que desarrollan su práctica.

1.4-Objetivos

1.4.1-Generales

1-Develar los significados que docentes y alumnos de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo otorgan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y los grupos de pares.

2- Establecer el modo en que los significados de la comunicación con los pacientes, la comunidad y los pares se manifiestan en las prácticas de enseñanza y en los procesos de aprendizaje.

3-Proponer alternativas para el desarrollo de las competencias comunicacionales durante la formación médica de grado.

1.4.2-Específicos

1-Descubrir los paradigmas de relación médico-paciente que se hacen manifiestos en las prácticas de enseñanza y en los procesos de aprendizaje de la carrera de Medicina.

2-Descubrir las visiones de salud y enfermedad que se hacen manifiestas en las prácticas de enseñanza y en los procesos de aprendizaje de la carrera de Medicina.

3-Descubrir los paradigmas de relación médico-comunidad que se hacen manifiestos en las prácticas de enseñanza y en los procesos de aprendizaje de la carrera de Medicina.

4-Describir el tipo de vínculo pedagógico que se establece en las prácticas de enseñanza y en los procesos de aprendizaje de la carrera de Medicina.

5-Plantear posibles estrategias para el diseño de prácticas de aprendizaje de la comunicación en la carrera de Medicina a partir de experiencias aportadas por alumnos y docentes.

1.5- Anticipaciones de sentido

La comunicación es un fenómeno complejo, y por lo tanto, su abordaje científico también lo es. Pensar la comunicación como una relación entre individuos supone considerar la concepción que cada uno tiene de sí mismo, del mundo y de los otros. Aquí se plantean los primeros interrogantes: ¿Qué lugar ocupan los otros en la vida de quien se comunica? ¿Qué papel ocupa el contexto -propio y de los otros- en la vida de quien se comunica? ¿Qué connotaciones tiene la relación con el mundo y con los otros para quien se comunica?

Desde estas primeras preguntas se puede plantear que la enseñanza y aprendizaje de la comunicación encierran desde el enfoque filosófico aspectos que se deben considerar:

El ontológico, porque la capacidad para comunicar es esencial en el ser humano.

El deontológico, porque en los modos de comunicar se ponen en juego los valores que para cada quién tienen la persona, el entorno y la cultura del otro.

El ético, porque a partir del juicio de valor que merecen el mundo y los otros se conciben modos distintos de deber ser y por lo tanto, de deber hacer.

De estas primeras preguntas surgen otras, porque ningún ser humano puede construir por sí sólo una percepción del mundo y de los otros. Aristóteles decía que “el hombre es un animal político”, refiriéndose a su condición de ser en comunidad con otros. También Heidegger afirmaba que cuando nacemos somos “arrojados al mundo de la vida”, refiriéndose a que todos nacemos en el seno de una comunidad, por lo que el proceso de socialización comienza desde el nacimiento y nuestra crianza condiciona la manera en que pensamos y actuamos.

Por lo tanto, si la vida social condiciona maneras de ser y de hacer, nuestra manera de ver al mundo y a los otros es parte de ese constructo social. Podríamos cuestionarnos, entonces: ¿Cómo concibe a la sociedad el que comunica? ¿Qué características tiene la sociedad en cuyo seno se construyó el ser social de quien comunica?

El sentido que para cada grupo social tiene la relación con el mundo y los otros llevará a formas distintas de gestionar la comunicación. Entonces, también podemos señalar connotaciones políticas de la comunicación, porque la toda

relación entre sujetos que produce en el espacio público, involucra juegos de poder en los que se negocia la prevalencia de una mirada sobre otra.

Estas distintas miradas a partir de las cuales se construyen los vínculos entre individuos impregnan la vida social de sentidos muchas veces contrapuestos y, por lo general, coexistentes. Es así como a partir de distintas maneras de percibir y significar el vínculo entre seres humanos surgen distintas maneras de comunicar.

Siguiendo a Prieto Castillo (2005), entendemos como comunicabilidad a la capacidad de llegar a los otros y de abrir caminos a la expresión, al fluir del discurso, a la búsqueda de conceptos, al enfrentamiento y resolución de problemas, así como al procesamiento de la información necesaria para profundizar en un tema. La intensidad de la comunicabilidad no se mide en cantidades sino en los modos en los que se establecen las relaciones entre quienes se comunican. Es así como a partir de distintas maneras de percibir y significar el vínculo entre seres humanos surgen distintas maneras de comunicar que impregnan la vida social de sentidos y sin sentidos, por lo general coexistentes.

Dice Freire (1975) que “Cualquiera sea el nivel en que se da la acción del hombre sobre el mundo, esta acción comprende una teoría” (p. 42)

Esto implica que distintas teorías, aún siendo antagónicas pueden encontrarse simultáneamente compartiendo el mismo espacio, y esto produce permanentemente tensiones y negociaciones de sentido entre diferentes maneras de ver, ser y hacer.

Como parte de su saber ser, el médico construye una cosmovisión que involucra una concepción del binomio salud-enfermedad, así como de la relación del médico con el paciente individual y con la comunidad en la que se desarrolla su práctica. Estos paradigmas en los que el médico se sitúa durante su formación lo llevan, necesariamente, a situarse en un paradigma de la comunicación.

En el ámbito académico, el futuro médico establece un vínculo pedagógico con sus docentes y con su grupo de pares. Los paradigmas sobre los cuales asienta la construcción de dicho vínculo también lo llevan a situarse en un paradigma de la comunicación.

Aunque en el diseño curricular de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo se señala la adhesión a una visión antropológico-social de la práctica médica, no están tan claramente establecido cuáles son sus referentes pedagógicos o comunicacionales.

Así, consideramos que:

- Los significados que docentes y alumnos atribuyen al logro de la competencia comunicacional en la formación del médico presentan una amplia variabilidad de unos sujetos a otros.
- La ausencia de referencias al significado de la competencia comunicacional en el currículum prescripto refuerza la coexistencia de significados diferentes –algunos de ellos antagónicos- lo que se manifiesta en conflictos cognitivos tanto en las prácticas de enseñanza y aprendizaje como en la evaluación del logro de la misma.
- Las características del vínculo pedagógico que se construye durante la carrera de grado influyen sobre los significados que los alumnos atribuyen al logro de la competencia comunicacional tanto con los pacientes como con la comunidad y el grupo de pares.

Hasta aquí damos cuenta de las bases de nuestro proyecto de investigación. Pero creemos importante considerar que toda búsqueda de conocimiento se construye sobre cimientos establecidos por otra anterior y, a la vez, hace camino para las siguientes. La nuestra no es la excepción. Por lo tanto, dedicaremos el próximo capítulo del texto a presentar el material que hemos analizado como antecedente para nuestro trabajo.

Capítulo 2-Antecedentes

2.1--El reclamo social

2.1.1-Planteo inicial

El ejercicio profesional, así como la docencia universitaria y la investigación estuvieron regidos por un mismo modelo epistemológico desde finales del siglo XVIII prácticamente hasta la década del 70. Este modelo, denominado de la Racionalidad Técnica llevó a una ilusión de omnisciencia que distorsionó el concepto que los profesionales tenían de su propia erudición, así como el rol social que las comunidades les otorgaron.

En la práctica médica se estableció un modelo de relación médico-paciente que priorizaba los conocimientos del primero sobre las necesidades del segundo, siendo el médico el dueño absoluto de las decisiones. Esta forma paternalista de asistencia fue la única legitimada tanto por la ciencia como por el estado durante más de doscientos años.

Las crisis políticas, económicas y sociales del siglo XX derivaron en una crisis de confianza en las profesiones. El conocimiento científico resultó insuficiente como única solución para los problemas de la humanidad y las comunidades comenzaron a desarrollar otras estrategias para resolverlos. En una lenta pero inexorable transición, el médico dejó de ser un sujeto privilegiado en la relación paciente-enfermedad para pasar a ser un mediador en el vínculo entre el hombre y su bienestar. Lógicamente, este cambio trajo como consecuencia la necesidad de modificar la comunicación médica.

En este apartado de nuestra investigación daremos cuenta del modo en que se desarrolló el reclamo social que dio origen a este cambio de paradigma en las relaciones entre los médicos, los pacientes y la comunidad.

2.1.2-La movilización comunitaria en salud

Introducción

Prieto Castillo (1998) define a la movilización comunitaria para la salud como la participación (autónoma o estimulada externamente) sostenida y protagónica de los individuos, grupos u organizaciones naturales de la comunidad en el planeamiento, ejecución y evaluación de acciones para resolver problemas de salud definidos por consenso de todos los actores.

La movilización comunitaria está asentada en la tradición del sujeto de necesidad, contrapuesto al de sujeto de elección o preferencia: puesto que hay necesidades que los seres humanos deben satisfacer y dado que muchos de ellos están arrojados a una existencia en la cual no pueden atender esas necesidades, hace falta algún tipo de movilización de los demás para apoyarlos.

En este apartado nos referiremos al papel que cumplió la movilización social en las transformaciones que experimentó lo comunicacional en la práctica médica desde la segunda mitad del siglo veinte hasta nuestros días.

El vínculo entre la comunicación y los procesos de movilización comunitaria en salud

Díaz Bordenave (1998) examina la evolución histórica del uso de la comunicación en la movilización comunitaria y encuentra distintas etapas, cada una de ellas caracterizada por una cierta forma de actuación de tres grandes factores: la relación entre los actores del proceso, el contexto y el lenguaje, entendido como el conjunto de los contenidos, códigos y medios utilizados para la interacción comunicativa.

El comunicador paraguayo señala, entonces, seis etapas:

- Asistencialista
- Del involucramiento de la población
- Problematicadora
- De las estrategias sistémicas

- De la movilización comunitaria autónoma
- De la institucionalización

a-Asistencialista:

La relación predominante en las tentativas de movilización de comunidades para el desarrollo consistía en que los técnicos del gobierno percibían la existencia de un “problema” en la comunidad y formulaban y ejecutaban un proyecto para resolverlo. Como la comunidad era dueña –o víctima-del problema, los técnicos se sentían responsables de la solución.

Dicha relación tenía como consecuencia el ejercicio del paternalismo en dos formas: el de donación-dar cosas a la gente- y el de sustitución –los técnicos hacían cosas en lugar de transferir tal responsabilidad a los beneficiarios-.

El papel de la comunicación se limitaba a dar a la población información exclusivamente basada en la percepción de los técnicos, persuadirla a aceptar la solución oficialmente aceptada, instruirla sobre cómo aplicar las soluciones correspondientes e informar sobre los efectos de la intervención.

b-“Envolvimiento” de la población:

Como los cambios de hábito tienen que ver con la cultura de las comunidades, las entidades oficiales percibieron que era necesario conseguir el envolvimento de la población para que se aceptaran las soluciones recomendadas.

Entre los ejemplos de esta etapa podrían incluirse el llamado “proceso de acción social”, que según los sociólogos norteamericanos Bohlen y Beal expresaba la forma en que los Estados Unidos intentaban introducir soluciones en un “sistema social” o la “animación”, consistente en la capacitación de miembros escogidos de la comunidad para que al retornar a la misma actuaran como “animadores comunitarios”.

Como en la etapa asistencialista, la iniciativa y la conducción todavía se encontraban en manos de los agentes externos, pero se procuraba desarrollar el protagonismo de la población.

c-Problematizadora

Las ideas de Paulo Freire dieron origen a un nuevo modelo de movilización comunitaria centrado en la participación protagónica de la comunidad para la transformación de su realidad. El método facilitaba el conocimiento crítico de las mismas y la acción colectiva organizada. Tanto el “Método de investigación-acción” como la “Pedagogía de la Comunicación o Lenguaje total” aplicado por Francisco Gutierrez en Costa Rica eran procesos constituidos por pasos bien definidos, en los que primeramente se hacía un diagnóstico de la situación, luego se analizaba la misma en grupos de trabajo representativos de la comunidad con los que se ideaban propuestas de solución y finalmente, las mismas se llevaban a cabo y evaluaban con la participación de la comunidad en su conjunto.

En la etapa problematizadora, la comunidad deja de ser objeto de la movilización para ser sujeto de la misma. Los medios de comunicación son parte orgánica del proceso, desempeñando un papel concientizador y catalizador.

d-Estrategias sistémicas

Los modelos anteriores fueron, en general, aplicados en el ámbito de comunidades locales. En la búsqueda de modelos que fueran adecuados para la movilización de comunidades nacionales o regionales, los planificadores de programas de gran alcance recurrieron a la teoría general de sistemas para montar estrategias globales de carácter sistémico, dentro de las cuales pueden distinguirse dos tipos: el marketing social y la movilización social.

El Marketing social (M.S.) nació en Estados Unidos en la década del 50 basándose en la idea de aplicar principios del marketing comercial. Mc Kee (1992, citado en Díaz Bordenave, 1998) lo define como:

El diseño, implementación y control de programas calculados para influenciar la aceptación de ideas, productos y prácticas sociales, envolviendo elementos de investigación, planeamiento, fijación de precios y uso sistémico de los medios de comunicación social, tanto individuales como grupales y masivos. (p. 87)

El M.S. fue una estrategia cuidadosamente planeada, utilizada en educación y salud en cuestiones vinculadas principalmente a la planificación familiar. Se basaba en rigurosas investigaciones de público para la definición de los mensajes, elaboración de los embalajes y materiales de la campaña en general. Para el diseño de los materiales de instrucción aplicaba los principios de la Psicología Conductista y combinaba el uso de los medios de comunicación social con personas adecuadamente entrenadas.

En la movilización social, a diferencia del marketing social que apuntaba a los individuos, todos los sectores sociales se consideraron objeto de influencia para que la comunidad se movilizara y apoyara.

A diferencia del marketing social la movilización social procuraba conseguir el apoyo nacional y local a un programa general mediante un proceso mucho más abierto e incontrolado, procurando que se apropiara del mismo el conjunto de la sociedad.

e-Movilización comunitaria autónoma

En los modelos de movilización comunitaria mencionados hasta aquí, la relación predominante consistía en que el Estado lideraba el proceso y la población colaboraba con un protagonismo subordinado.

En varios países se constituyeron organizaciones no gubernamentales y populares que tomaron iniciativas autónomas de mejoramiento social y persiguieron sus propias metas, independientes de las del Estado, desde la lucha contra determinada enfermedad hasta la inclusión de objetivos vinculados a la salud en el marco de la construcción de una sociedad participativa y democrática.

En esta etapa se observó la formación de alianzas o aparcerías entre distintos actores sociales, existiendo casos en los que el Estado tercerizó servicios de movilización comunitaria en el campo de la salud. Estas alianzas o aparcerías inter-institucionales se dieron en todos los aspectos de la movilización comunitaria, inclusive en el uso de los medios de comunicación. Un interesante ejemplo de esta etapa lo constituye la experiencia boliviana de participación popular en salud, producto de una nueva categoría definida en el marco conceptual del proceso salud-enfermedad: la defensa de la salud, que surge como parte del proceso de

recuperación de la democracia y de la búsqueda de reivindicaciones que mejoraran la calidad de vida de la comunidad.

Detengámonos en los comentarios que realiza Torres-Goitia (1988) acerca del caso boliviano.

En octubre de 1982 se reinicia el proceso democrático después de una dictadura militar que, entre otros actos, había decretado en 1971 la disolución de la Confederación Médica Sindical Boliviana (COMSIB).

De acuerdo con los estudios de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el 80% del país se encontraba por debajo de la línea de pobreza y solamente el 20% de la población restante disfrutaba de una situación de bienestar estable. La escasa información estadística oficial revelaba una mortalidad infantil de 167 por mil, que aumentó en estudios posteriores a 200 por mil en las zonas de mediano desarrollo y a 300 por mil en las poblaciones más atrasadas. En el 65% de la población escolar padecía bocio además de otras enfermedades endémicas, como paludismo y Chagas.

Un grupo formado por comunicadores, dirigentes sindicales, universitarios y otros miembros de la comunidad que habían compartido el exilio impulsaron la conformación de Comités populares de salud, considerando que las organizaciones populares eran la mejor garantía para sostener la democracia.

El proceso comenzó con la reunión de los distintos grupos sociales para hablar con franqueza de la situación y reunir esfuerzos para defender la salud como recurso indispensable para la recuperación de la comunidad. En la primera etapa, se formó un Consejo Popular de Salud que reunía delegados de organizaciones populares que habían adquirido relevancia como compensación a la debilidad de los partidos políticos. Así participaron la Central Obrera Boliviana, la Confederación Nacional de Juntas vecinales, la Central Única de Trabajadores campesinos, el Comité ejecutivo de las Universidades Boliviana y San Andrés, así como otras organizaciones estudiantiles y el Colegio Médico-aunque estos últimos con una relación tirante, ya que se estableció que ningún médico ni trabajador sanitario podía organizar o formar parte de un Comité popular de salud-.

Por debajo del Comité Nacional se organizaron los Comités populares departamentales, distritales y de barrio, que fueron dirigidos por los secretarios

generales de la central obrera departamental o los dirigentes de las juntas vecinales, con total independencia de las ideologías políticas.

La tarea de estas agrupaciones populares fue poner en práctica el concepto integral de salud y movilizarse por todo lo relacionado con la calidad de vida.

Los trabajadores de salud que tomaron a cargo cada área recibieron previamente un curso intensivo en el que se los familiarizaba con las nuevas corrientes sociológicas y de salud, así como con el manejo de tecnologías apropiadas para la atención de enfermedades prevalentes y con la repercusión sobre la salud de los principales problemas económicos de la comunidad.

La conciencia plena de los objetivos a cumplir y el respeto recíproco permitieron que los equipos de salud y los comités populares trabajaran en forma mancomunada para definir las prioridades en cada área y las acciones pertinentes. Algunos miembros de los comités se convirtieron, además, en Responsables Populares de la Salud (R.P.S.), promocionando entre sus compañeros las actividades de los comités, tanto médicas como en otros ámbitos del trabajo comunitario.

La experiencia boliviana resulta una interesante demostración de los alcances de la movilización comunitaria, que logra a través del entendimiento mutuo y la cooperación de los distintos actores sociales la recuperación del derecho a la salud como parte esencial de la calidad de vida de su pueblo.

f-Institucionalización

La democratización ha generado lazos entre el Estado y la sociedad civil, existiendo experiencias de institucionalización de la participación comunitaria en el campo de la salud pública como la iniciada en Brasil en la década del 80, cuando aparecieron órganos colegiados en el aparato estatal compuestos por representaciones mixtas de segmentos de la sociedad y de reparticiones estatales.

A lo largo de todo el proceso que describe Díaz Bordenave, pero fundamentalmente en las últimas dos etapas, una población cada vez más deseosa de ser protagonista no solamente reclamó una participación más activa en la discusión de

sus problemas de salud sino que cuestionó fuertemente los vínculos entre los actores del sistema de salud y la comunidad, poniendo en tela de juicio tanto los modelos de relación médico-paciente como la comunicación comunitaria. Dicho cuestionamiento quedará presentado en los próximos párrafos de este texto.

2.1.3-La incidencia colaborativa en salud

Se define como Incidencia Colaborativa a la intervención ordenada de personas y organizaciones que, de manera no confrontativa, tiene la finalidad de influir en espacios de decisión y opinión. Genera propuestas conjuntas, crea garantías respecto de resolver problemas y mejora el modelo democrático porque se basa en el diálogo y el respeto por la diversidad. (Jones, 2009). Las asociaciones de pacientes que han surgido en todo el mundo desde principios del siglo XXI muestran claramente cómo funciona esta estrategia en el campo de la salud.

En nuestro país, la incidencia colaborativa en salud está representada por Paradigma XXI, una alianza integrada por un grupo promotor de once organizaciones de la sociedad civil: Liga Argentina de lucha contra el Cáncer (LALCEC), Movimiento ayuda Cáncer de mama (MACMA), Fundación Natalí Dafne Flexer, Fundación Huésped, Asociación Civil Sjögren Argentina, Asociación Civil Creciendo, Concebir, Asociación para el cuidado de la diabetes en Argentina (CUIDAR), Fibroamérica, Prader Willi Argentina y Fundación Cambio Democrático. Esta red que nació en Buenos Aires, el 7 de abril del 2009, coordinada por la socióloga Mercedes Jones, cuenta actualmente con el apoyo de más de 300 personas y entidades.

Entre los objetivos primarios de Paradigma XXI se encuentran la incorporación del concepto de atención centrada en la persona (A.C.P.), el fortalecimiento de las asociaciones de pacientes, la mejora de su desempeño a nivel sociopolítico y la promoción de la atención en Salud Centrada en el paciente. Su estrategia básica es la adhesión y concientización social de los cinco principios propuestos por la Alianza International Alliance of Patients' Organizations (I.A.P.O.). Con el fin de que estos principios fueran conocidos por la sociedad y tomados en cuenta en las políticas de Salud de nuestro país, Paradigma XXI emitió en el año 2010 la Declaración sobre una asistencia sanitaria centrada en las personas.

Dicho documento señala que:

En todas las regiones del mundo, los sistemas de asistencia sanitaria se encuentran sometidos a una gran presión a la que no podrán hacer frente si continúan centrándose en las enfermedades en vez de centrarse en las personas. Se necesita que cada persona ejerza sus derechos, se implique en su propio tratamiento, y lo asuma como propio (...) Paradigma XXI -Alianza para la incidencia colaborativa en salud- considera que el elemento clave de una asistencia sanitaria centrada en las personas es que el sistema esté diseñado participativamente y dirigido a atender las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios de salud, considerando sus derechos al acceso con equidad y responsabilidad. Las experiencias de participación activa de los interesados indican que de esta manera se logra que la asistencia sanitaria resulte más adecuada y eficiente. La asistencia centrada en las personas puede ser un modelo positivo para lograr una ciudadanía más saludable. (p. 1)

Los cinco principios básicos sobre los que se sustenta la asistencia centrada en las personas son los siguientes (I.A.P.O., 2006; Paradigma XXI, 2010):

1. Información. Una información precisa, relevante y amplia es esencial para que las personas y los cuidadores puedan tomar decisiones fundamentadas sobre el cuidado de su salud, tratamiento y sobre la convivencia con la enfermedad. La información se debe presentar en un formato acorde con los principios de la información médica comprensible, teniendo en cuenta asimismo el tipo de enfermedad, el idioma, la edad, el nivel de comprensión, la capacidad y la cultura cada persona.

2. Acceso y apoyo. Las personas deben tener acceso a los servicios sanitarios garantizados por el Estado que les corresponden en virtud de su condición. Esto incluye el acceso a cuidados preventivos y actividades de promoción de la salud, a servicios, tratamientos y prácticas adecuadas, seguras y de calidad. Dichos servicios deben proporcionarse de manera que se garantice que todas las personas puedan acceder a ellos, independientemente de su condición o estado socioeconómico. Para que el paciente pueda alcanzar la mejor calidad de vida posible, la asistencia sanitaria debe prestar apoyo a sus necesidades emocionales y tener en cuenta factores ajenos a la salud, como la situación educativa, laboral y familiar, que afectan al enfoque y gestión de sus opciones de salud.

3. Implicación y participación en la política sanitaria. Los pacientes y familiares, y las organizaciones de pacientes merecen compartir la responsabilidad y ser considerados en la toma de decisiones sobre políticas sanitarias que afectan sus vidas. Se debe facilitar su participación mediante un compromiso significativo y fundamentado en todos los ámbitos y en todos los niveles de toma de decisiones, para asegurarse de que dichas políticas se diseñan de manera que las personas, y sus necesidades reales, sean el elemento central de las mismas. Y ello no debe limitarse a la política sanitaria, sino que debe incluir, por ejemplo, las políticas sociales, educativas y laborales que

repercutirán finalmente en la vida de las personas en situación de enfermedad.

4. Elección y poder de decisión. Los usuarios de los servicios de salud tienen el derecho y la responsabilidad de participar como interlocutores, de acuerdo con su nivel de capacidad y sus preferencias, en la toma de decisiones referentes al cuidado de su salud y procedimientos que afecten su vida. Esto exige un equipo sanitario receptivo y capacitado. El equipo de salud debe ofrecer opciones adecuadas para el tratamiento y la toma de decisiones, acorde con las necesidades de las personas. Al mismo tiempo, proporcionar estímulo y apoyo para que los usuarios de los servicios de salud y los cuidadores, que dirigen y gestionan estos cuidados, consigan la mejor calidad de vida posible. Las organizaciones de pacientes deben poder ejercer un papel de acompañamiento significativo y complementario al del equipo de salud en apoyo de los pacientes y sus familias a fin de que puedan ejercer su derecho a tomar decisiones médicas estando informados.

5. Respeto. Los usuarios de los servicios de salud y los cuidadores tienen el derecho fundamental a una asistencia centrada en las personas, que respete sus necesidades, preferencias y valores, así como su autonomía e independencia. La cultura del respeto requiere reciprocidad. Por tanto, se debe incluir al equipo de salud y promover el trato respetuoso entre todos los actores del sistema. (p. 1)

Así, la meta que Paradigma XXI se propone alcanzar es que todos los actores sociales puedan aprender, reflexionar y mejorar su desempeño en difundir el derecho a la salud como un capítulo clave de la defensa de la ciudadanía. En forma colaborativa se busca promover los derechos de los pacientes e incidir en los espacios de decisión y opinión.

En el logro de una asistencia sanitaria centrada en las personas la comunicación entre el equipo de salud, los pacientes y la comunidad adquiere un papel protagónico, ya que ninguno de los cinco principios anteriormente desarrollados puede alcanzarse sin ella.

En una entrevista realizada a Mercedes Jones (Bairesalud, 2011) la socióloga argentina cuenta que la historia de Paradigma XXI se remonta al año 2008, oportunidad en la que fue convocada para dictar un seminario sobre incidencia a distintas organizaciones y señala que “Aquel era un momento de confrontación permanente, estaba el conflicto entre el campo y el gobierno y el país vivía confrontando sin propuestas” (p. 1) y explica que:

Decidí dejar de lado el modelo clásico de incidencia y trabajar con un modelo de incidencia innovador que actualmente está creciendo como tendencia en el mundo entero y que es la incidencia colaborativa, es decir, cómo sentarse a dialogar con aquellos que tienen perspectivas e

intereses diferentes y cómo generar propuestas. Una de las formas de incidencia apunta a la protesta y la otra a la propuesta. (p. 1)

Continúa Jones relatando que después de aquellos seminarios “conformamos una alianza y comenzamos a trabajar con algunas organizaciones, que nunca habían trabajado entre sí y que, incluso, eran competidores” (p.1), y explica que:

Ese trabajo conjunto estaba basado también en el concepto de cooepetencia, donde por un lado, las organizaciones cooperan entre sí dentro de la red para alcanzar objetivos comunes, como pueden ser impulsar una política pública o una ley para los pacientes, y por otro lado, por fuera de la red, las mismas organizaciones pueden seguir compitiendo, por ejemplo, por recursos (...) así comenzamos a pensar que lo que proponíamos era un cambio de modelo, de paradigma del sistema de salud. (pp. 1-2)

A partir de allí, durante más un año, las organizaciones que se habían constituido en red debatieron y llegaron a la conclusión de que a todas las organizaciones les convenía trabajar por un cambio en el sistema de salud que, según afirma Jones:

...en vez de centrarse en cada enfermedad –lo que hace que cada organización se centre en su nicho e intereses y no tenga un visión global del sistema ni piense en salud- trabajaran todas juntas con el objetivo de incidir todas juntas en un plano más global. (p. 2)

Y agrega: “llegamos a la conclusión de que lo que era común a todas las organizaciones, el interés que todas compartían, era trabajar sobre los derechos de los pacientes”. (p. 2)

Afirma Jones que

Nosotros sabemos que hablar de principios y trabajo colaborativo en nuestro país puede parecer algo utópico pero lo que estamos proponiendo es algo muy práctico, porque nadie sabe mejor que las organizaciones de pacientes acerca de las enfermedades” y agrega que “una red de organizaciones de pacientes conoce lo que pasa con respecto a la enfermedad en todo el país, en cambio un médico tiene una visión más limitada, acotada a su ámbito de trabajo. Hay mucha información que no está aprovechada y que al mismo tiempo no permite que se tomen decisiones lúcidas en el plano político, técnico y profesional. (p. 2)

En cuanto a la mirada que tienen los sectores académicos y científicos de estas organizaciones, destaca la coordinadora de la red que:

Lo toman bien porque en definitiva todos buscamos lo mismo, un mejor sistema de salud. Además, dentro de nuestras organizaciones de pacientes hay profesionales médicos que trabajan en ellas. No estamos alejados de lo que es el equipo de salud. Dentro de Paradigma XXI está

la Federación argentina de enfermería, el observatorio de salud de la U.B.A. Los principales referentes de la salud en argentina nos apoyan, y lo toman no solo como algo innovador, sino como algo que todos estamos necesitando. (p. 2)

En 2009, la red de organizaciones que venía trabajando experimentalmente bajo los conceptos de incidencia colaborativa y coopectencia, presentó públicamente los resultados de dicha experiencia como Paradigma XXI – Alianza para la incidencia colaborativa en salud. Ese mismo año se aprobó la Ley de los derechos del paciente, (Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.) basada en la ley española y por la cual Paradigma XXI trabajó fuertemente en la difusión y en la recolección de firmas para apoyar la sanción.

Durante los años 2010 y 2011 Paradigma XXI ha tenido una activa participación en actividades vinculadas a la Salud de la población como las jornadas de actualización para pacientes sobre artritis reumatoidea, el tercer coloquio internacional “Derechos sociales para Todos y entre Todos. Hacia una ciudadanía plena” y el X simposio internacional de SIDA, realizando aportes y generando reflexiones desde nuevas perspectivas. Asimismo, ha generado y tomado parte en reuniones de trabajo con agentes de salud y autoridades gubernamentales y expuesto sus puntos de vista a través de artículos como los publicados en el diario La Nación de Buenos Aires, Argentina, (Czubaj, 2010) en los que se señala, por ejemplo que:

Hoy vemos, por lo menos, dos modelos de médicos: el que aún mantiene una distancia muy marcada con el paciente y brinda información hermética, y la camada de médicos más actualizados, que no sólo dan información, sino que también derivan a los pacientes a O.N.G. para compartir información o hasta organizan grupos de pacientes. (p. 1)

2.1.4-A modo de reflexión

Siguiendo a Ronald Havelock, Díaz Bordenave (1998) señala que cuando la comunidad se torna sujeto la comunicación resulta una parte orgánica del proceso de resolución de problemas por las comunidades. Así, la comunicación debe

ponerse al servicio del protagonista activo de una población que deja de ser objeto para convertirse en sujeto de las acciones.

El reclamo social de una mayor participación en los problemas de salud movió desde sus cimientos el modelo médico hegemónico de relación médico-paciente, así como las relaciones entre el sistema de salud, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto. Este fue el punto de partida para que los agentes de salud nos preguntáramos acerca de las habilidades necesarias para la comunicación individual y grupal a la vez que nos cuestionáramos nuestra propia capacidad para lograrlas. Así, el reclamo social se trasladó al ámbito académico, desde donde se buscaron alternativas para darle respuesta.

En el próximo apartado realizaremos un itinerario breve por las distintas líneas de investigación que desde la década del 80 hasta nuestros días se han ocupado de la comunicación en Medicina, tanto en la práctica asistencial como en la formación profesional.

2.2-Investigaciones vinculadas a la competencia comunicacional

Pasando al ámbito académico, el reclamo social generó un proceso de reflexión que derivó en una nueva mirada de lo comunicacional en la práctica médica.

Surgieron así distintas líneas de investigación que intentaron, en primer lugar, reevaluar la importancia de la comunicación en la práctica médica, en segundo lugar, definir cuáles son las habilidades que caracterizan al profesional capaz de establecer una comunicación a la medida de las actuales necesidades de los pacientes y en tercer lugar, cómo enseñar dichas habilidades.

2.2.1-El rol de la comunicación en la práctica médica

El documento de consenso de Toronto sobre comunicación médico-paciente (Simpson et. al., 1991) señala que “la comunicación efectiva entre médico y

paciente es una función central de la clínica que no puede ser delegada.” (p. 1385) Esta afirmación se basa en una serie de estudios iniciados a fines de la década del 80, de los cuales el ejemplo clásico es el Headache study realizado en la Universidad de Western Ontario (Bass et.al.,1986) que demostró que el factor más importante en la mejoría de la cefalea crónica no era un diagnóstico claro ni la indicación de medicamentos efectivos, sino la percepción del paciente de que había tenido una oportunidad de contar su historia y de discutir en profundidad sus preocupaciones y creencias. Estudios posteriores realizados en otros grupos de pacientes (diabéticos, por ejemplo) muestran que la comunicación no actúa simplemente induciendo una mejora psicológica, sino que es capaz de generar cambios en las funciones biológicas, por lo cual hasta podría considerarse como una parte esencial del plan terapéutico (Kinmonth, 1998; Lewin, 2001; Roter, 1995).

En una revisión sistemática realizada sobre una serie de investigaciones que evaluaron distintos estilos de comunicación en el sector salud, Stewart (1995) se propuso encontrar evidencia que pudiera sostener esta afirmación y que contribuyera a identificar los atributos de una comunicación excelente. Para ello, realizó una búsqueda de artículos publicados en inglés bajo los términos “relación médico-paciente” entre 1983 y 1993 en la base de datos MEDLINE a la que agregó una consulta de bibliografía sobre el tema. Del material obtenido se seleccionaron solamente los estudios observacionales y de intervención que tuvieran medida de los resultados en los pacientes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Diseño: estudios de intervención aleatorizados doble ciego que usaran como punto final el impacto sobre la salud de los pacientes u observacionales en las que se evaluarán los efectos de la comunicación cotidiana de los médicos sobre la salud de sus pacientes.
- Sujetos: los sujetos de los estudios fueron pacientes de todas las edades y médicos (incluidos los residentes) de cualquier especialidad en comunidades u hospitales escuela), consultorios ambulatorios e instituciones privadas.
- Variables e intervenciones: cualquier descripción acerca de los aspectos de la comunicación examinados debía ser lo suficientemente completa como para poder ser replicada. Los métodos de recolección de datos debían ser a través de la evaluación de grabaciones de audio o video, o bien de percepciones tomadas de médicos y pacientes.

- Puntos finales: se limitaron a la evaluación de resultados sobre la salud de los pacientes medidos como estados psicológico, funcional, emocional y mejoría de los síntomas.
- Análisis de los datos: los resultados se registraron como diferencias de porcentaje entre grupos, diferencias de medias entre grupos o significación estadística.
- Idioma: se incluyeron publicaciones en idioma inglés exclusivamente.

Se consideraron como relevantes dos momentos de la comunicación: la realización de la historia clínica y el acuerdo sobre el plan diagnóstico-terapéutico. Cuando la comunicación fue estudiada en situaciones distintas de las anteriores se categorizó como “otras”.

Dada la gran variedad de metodologías y puntos finales utilizados fue imposible realizar un metanálisis cuantitativo, por lo que se diseñaron tablas en las que se describieron los niveles de significación estadística reportados por los investigadores. Según este criterio los resultados se clasificaron en positivos y negativos, considerándose como no concluyentes a los resultados no significativos en estudios con poder estadístico insuficiente.

En cuanto a los resultados, los estudios enfocados en la historia clínica mostraron que tanto la educación del médico como la del paciente mejoraron la salud del paciente. La educación del médico actuó positivamente sobre el estado emocional de los pacientes y la educación médica de los pacientes mejoró su salud física. De los ocho estudios de este grupo, siete obtuvieron resultados positivos.

En los estudios que examinaron situaciones de discusión de planes de diagnóstico y tratamiento, la educación del paciente influyó tanto sobre su estado físico como psicológico, mientras que la educación del médico influyó en el estado emocional de los pacientes.

El total de los ensayos clínicos aleatorizados y seis de los ocho estudios analíticos considerados encontraron una asociación estadísticamente significativa entre intervenciones vinculadas a la comunicación y el bienestar de los pacientes.

En la tabla II se pueden observar los aspectos comunicacionales que tuvieron impacto significativo sobre la salud de los pacientes (p.323)

Finalmente, tres ensayos clínicos aleatorizados y un estudio analítico que estudiaron otras situaciones lograron establecer diferencias significativas entre

modalidades prescriptivas o participativas de comunicación, especialmente en casos en los que el médico debía plantear la existencia de una duda diagnóstica.

La autora canadiense concluye en que:

- Una buena comunicación tiene efectos positivos sobre la salud de los pacientes. Los trabajos evaluados sugieren que una comunicación efectiva influye positivamente no sólo en la salud emocional de los pacientes sino en la mejoría de los síntomas, la recuperación de las funciones orgánicas, el estado psicológico y el alivio del dolor.
- Al realizar una entrevista clínica, sería conveniente que los médicos preguntaran no solamente acerca de los aspectos físicos de la enfermedad, sino que ahondaran sobre los sentimientos, preocupaciones, expectativas de tratamiento y comprensión de la enfermedad por parte de sus pacientes.
- Los pacientes necesitan sentir que participan en forma activa en su propio cuidado y que su problema ha sido discutido en forma exhaustiva.
- Sería importante que los pacientes compartieran las decisiones concernientes a su plan terapéutico.
- Sería favorable para los pacientes que se los motivara a formular preguntas y se les brindara información clara por vía oral y, en lo posible, material impreso complementario.
- El acuerdo entre médico y paciente acerca de la naturaleza de la enfermedad y el curso de acción que se tomará mejoran los resultados.

En cuanto a las implicancias para futuras investigaciones, Stewart sugiere tres líneas de trabajo: la primera, evaluar las iniciativas en el campo de la educación tanto de médicos como de pacientes, realizando estudios de efectividad de los programas y cambios en la conducta de médicos y pacientes; la segunda, estudiar cohortes de pacientes para analizar el impacto sobre el bienestar de los pacientes de variables vinculadas a la comunicación que aun no han sido estudiadas y la tercera, realizar estudios cualitativos que permitan una descripción más detallada de lo que sucede en la interacción entre el médico y el paciente.

Griffin et. al. (2004) realizaron una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados seleccionados de tres bases de datos (MEDLINE, HealthSTAR y PsycINFO) entre 1966 y 1999, cuyo objetivo fue identificar intervenciones capaces

de modificar la interacción entre médicos y pacientes, para luego clasificarlas y evaluar sus efectos sobre el bienestar de estos últimos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Estudios desarrollados en centros de atención primaria o secundaria, así como centros de cuidados de enfermería.
- Asignación de pacientes al azar a una intervención cuyo objetivo fuera modificar la interacción entre pacientes y médicos en el ámbito de la consulta externa.
- Presencia de técnicas de enmascaramiento en la asignación de pacientes y en el análisis de los resultados.
- Evaluación que midiera algún impacto sobre la salud o grado de satisfacción del paciente con la consulta.
- Publicaciones en cualquier idioma

Considerando que las intervenciones utilizadas para modificar la interacción entre médicos y pacientes son variadas y difíciles de clasificar, los autores desarrollaron una taxonomía basada en el paradigma de relación médico-paciente denominado “el nuevo método clínico”, en el cual el profesional de la salud y el paciente llegan a una mutua comprensión de los modelos de salud y enfermedad a partir de las visiones que ambos aportan. Así, se supone que la consideración de las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes en todas las etapas del proceso de atención permitiría un encuadre más preciso de la enfermedad y del manejo de la misma que mejoraría los resultados a través de distintos mecanismos.

Los autores consideraron como intervenciones centrales del nuevo método clínico aquellas dirigidas, por un lado, a incrementar la contribución del paciente en todas las etapas de la entrevista clínica y por otro, a mejorar la habilidad comunicacional del profesional de la salud para integrar la visión del paciente con el punto de vista biomédico.

De los 35 ensayos clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, seis midieron resultados en forma objetiva y diecinueve en forma subjetiva. Cuatro evaluaron la resolución de los síntomas, diez midieron ansiedad o depresión y cinco grado de bienestar y estado funcional. Dos estudios midieron adherencia al tratamiento. En ocho estudios se consideró el grado de satisfacción como principal resultado.

La mayor parte de las intervenciones consideradas involucraba la motivación del paciente en la consulta para que tomara un rol más activo (por ejemplo, instándolo a preguntar o a escribir las inquietudes que se le presentaran para ir contestándolas en el curso de la consulta). Once estudios consideraron el grado de entrenamiento en habilidades comunicacionales del profesional actuante (escucha, consideración del punto de vista del paciente, acuerdo en los planes de tratamiento, etc.).

Los autores concluyen en que el peso de la evidencia obtenida en el estudio contribuye a sostener la hipótesis de que el modo en que interactúan médicos y pacientes puede evaluarse y modificarse a través de intervenciones. El efecto de estas intervenciones sobre la evolución de los pacientes no resulta tan clara. Tres cuartas partes de los estudios considerados marcan una tendencia favorable; sin embargo, las diferencias son significativas en menos de la mitad de ellos. El análisis según el tipo de intervención realizada muestra que cuando las mismas están dirigidas hacia los pacientes se obtienen mejores resultados.

En cuanto a la complejidad de las intervenciones realizadas, el estudio muestra que medidas sencillas como alentar a los pacientes a proveer información por escrito a los profesionales acerca de sus necesidades, situación emocional y preocupaciones con anterioridad a la consulta ayudan a disminuir la ansiedad de los primeros y mejoran la calidad de atención de los segundos.

Finalmente, los autores no encontraron evidencia suficiente como para recomendar un estilo determinado de consulta en la práctica médica general o para lograr que los pacientes puedan tener una participación más activa en la consulta sin prolongar excesivamente su duración.

Si la anamnesis es un punto clave de la entrevista médica, no lo es menos el momento de acordar con el paciente un plan de tratamiento. Distintos autores han estudiado el efecto de la comunicación médico-paciente en la prescripción y adherencia a los tratamientos.

Britten, Stevenson, Barry, Barber y Bradley (2000) realizaron en el Reino Unido una investigación cualitativa cuyo objetivo fue identificar malos entendidos entre pacientes y médicos asociados a las decisiones terapéuticas. Participaron en el estudio 20 médicos y 35 pacientes. Para la recolección de los datos se grabaron consultas y se realizaron entrevistas semiestructuradas con los pacientes antes de las consultas y con pacientes y médicos después de las consultas.

Los autores encontraron malentendidos en 28 de las 35 consultas estudiadas y fueron independientes del tipo de consulta (consultorio o guardia) y de su duración. Las causas de los mismos fueron la falta de intercambio de información relevante en ambos sentidos, la presencia de información o de presunciones conflictivas, la falta de comprensión por parte del paciente del diagnóstico o de la decisión médica de tratamiento y la intención de preservar la relación médico-paciente. El estudio muestra que la falta de participación del paciente en la consulta (lo cual no le permite expresar sus expectativas y preferencias, así como su respuesta a las acciones y decisiones del médico) es el factor más importante en esta cuestión.

El análisis detallado del comportamiento de los actores en la consulta muestra que la mayor parte de los pacientes tenían tópicos para tratar que no se expresaron. Muchos de los malentendidos se basaron en presunciones inadecuadas de ambas partes. Los autores señalan que los médicos no tienen conciencia de la relevancia de la opinión de los pacientes en el éxito de los tratamientos y de la resistencia generalizada que tienen a tomar medicinas. Ocho de diez pacientes que no querían una prescripción omitieron mencionarlo en la consulta, y en los casos en que los pacientes verbalizaron sus preocupaciones u opiniones, éstas no fueron indagadas por el médico.

En cuanto al intercambio inadecuado de información, los autores encuentran dificultad en señalar cuál de las dos partes tiene mayor injerencia en el problema; sin embargo los hallazgos muestran modos específicos en los que las expectativas del paciente no son expresadas y subrayan la importancia de investigar cuáles son las prioridades de los pacientes en la consulta.

Finalmente, los resultados del estudio señalan situaciones en las que el médico realiza una prescripción inapropiada solamente para sostener la relación médico-paciente y que esto deriva en consecuencias adversas para la adherencia a los tratamientos.

Por todo lo anteriormente señalado, los autores consideran que:

- La falta de participación de los pacientes en la consulta médica lleva a malentendidos con consecuencias adversas para el desarrollo de los tratamientos farmacológicos.
- Los médicos tienden a considerar que conocen a sus pacientes lo suficientemente bien como para asumir la certeza de las presunciones que

realizan sobre ellos. Sin embargo, aunque las mismas podrían ser razonables no siempre son correctas, por lo cual es necesario dialogar con los pacientes para verificarlas.

- Los estudios que evalúan satisfacción del usuario son insuficientes para valorar la calidad de la consulta
- Aunque mejorar la comunicación requiere de modificaciones en la conducta de ambas partes, son los médicos los que tienen la posibilidad de generar dichos cambios alentando a los pacientes a expresar sus ideas y expectativas haciéndoles saber que esta información es una contribución no sólo valiosa sino absolutamente necesaria para el éxito de la consulta.
- Los médicos no solamente deberían aprender a escuchar, sino a formular las preguntas correctas, y el desarrollo de estas habilidades requiere intervenciones en la educación médica.

Dos revisiones sistemáticas tomaron en consideración estudios cuyo tema fueran las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos. La primera de ellas, realizada en Canadá (Coombs, 1995) concluye que altos niveles de adherencia están asociados sólo con aquellos modelos de comunicación que toman en consideración las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes permitiendo un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión. La segunda, publicada por la biblioteca Cochrane (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao, 2008) muestra que, en el caso de los tratamientos de corta duración, la tarea de consejería, el seguimiento telefónico personalizado y la información escrita contribuyen a mejorar los resultados. Para los tratamientos de larga duración, en cambio, casi todas las intervenciones efectivas resultaron ser estrategias complejas que involucraron tareas de información, consejería, automonitoreo y las tareas de contención personal y familiar.

Otra línea de investigación se ha orientado hacia la intencionalidad educativa de la comunicación en la práctica médica. Así, Campero Cuenca (1990) realizó una investigación en la que se buscaba conocer la calidad de la relación pedagógica médico-paciente durante la consulta externa en diferentes centros de salud del estado de Oaxaca, México. La fundamentación de este estudio fue la ausencia de información acerca de las características del vínculo pedagógico que une a estos dos sujetos. La autora mexicana partió del supuesto de que la interacción médico paciente debía redundar en un incremento de los conocimientos del paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico y que, por lo tanto, la

interacción de ambos en la consulta externa era analizable desde la perspectiva pedagógica.

En el diseño de investigación, se caracterizaron las seis tareas que estructuran la relación médico-paciente en la consulta externa de los centros de salud de Oaxaca- identificación del paciente, elaboración de la Historia Clínica, exploración física, proceso diagnóstico, prescripción y tratamiento-seguimiento- y se elaboró una guía de observación que permitió recabar información sistemática en torno a ellas.

El estudio se aplicó sobre una muestra representativa de centros de salud de Oaxaca, del personal que trabajaba en ellos y de los pacientes atendidos por ese personal. La autora señala que, debido a la heterogeneidad de los centros de salud, se aplicó una técnica de muestreo estratificado que aseguró una selección aleatoria de cada uno de los universos mencionados.

Las variables evaluadas en cada una de las tareas fueron las siguientes:

Identificación del paciente

- Saludo
- Ubicación física del paciente por parte del médico dentro del consultorio
- Identificación del grado de escolaridad del paciente

Elaboración de la Historia Clínica

- Tipo de interrogatorio entre médico y paciente
- Indagación en torno a los antecedentes clínicos en general
- Espontaneidad del paciente durante el interrogatorio

Exploración física

- Indicación del médico al paciente de lo que va a explorar
- Indicación del médico al paciente en torno a cómo colocarse al momento de realizar la exploración
- Información al paciente del estado físico encontrado por el médico al término de la exploración
- Formulación de preguntas durante o al término de la exploración por parte del paciente

Proceso diagnóstico

- Forma en que el médico da el diagnóstico al paciente

- Relación del diagnóstico del médico con los síntomas expresados por el paciente

Prescripción y tratamiento

- Canal de comunicación de la prescripción
- Comprobación por parte del médico de la comprensión del tratamiento por el paciente

Seguimiento

- Despedida
- Tiempo de duración de la consulta
- Consignación de la información en el expediente clínico

Los resultados de la investigación fueron:

Identificación del paciente

- Sólo en el 25% de los casos el médico saludó al paciente cuando entró al consultorio, sólo en el 19% de los casos le asignó explícitamente un lugar dentro del mismo y solamente en el 9,5% se le preguntó al paciente el nivel de escolaridad alcanzado.

Elaboración de la historia clínica

- En el 93% de los casos el médico obtuvo la información que requería del paciente a través de un interrogatorio estrictamente conducido por él. Como señala Campero “el rol predominante corresponde al médico: este determina con sus preguntas lo que necesita saber, llegando incluso a interrumpir al paciente cuando da más información que la solicitada.” (p. 197)
- Con referencia a los antecedentes clínicos, en el 60.1% de los casos los médicos interrogaron solamente sobre algunos de ellos, mientras que el 39.9% restante no interrogó al respecto. A la inversa de lo esperado, la indagación de antecedentes fue menor en consultas de primera vez.
- En cuanto a la espontaneidad del paciente durante el interrogatorio, se evaluó como indicador la posibilidad de que el paciente hiciera comentarios fuera de lo estrictamente médico. Se observó que el 66.7% de los pacientes limitó sus respuestas y comentarios a temas estrictamente vinculados a lo médico.

Exploración física

- En el 26.9% de los casos, el médico no le informó al paciente que lo iba a explorar y en el 38.3% de los casos, el médico “no les indicaba nada a los pacientes y manipulaba por su cuenta sus cuerpos”. (p. 199)
- En el 40.8% de los casos el médico proporcionó alguna información sin mediar preguntas del paciente, mientras que en el 45.3% de los casos el médico no proporcionó al paciente ningún dato relacionado con sus hallazgos. Al cruzar esta variable con la indagación por parte del paciente acerca de la exploración de la que había sido objeto, se observó que el 35.7% de los pacientes no sólo no recibió información sino que no demandó ningún tipo de explicación al respecto, por lo que la autora señala que “la exploración transcurrió y terminó en un marco de completo silencio por parte de los dos actores” (p. 200) y agrega que “se trata pues de un silencio que no educa al paciente ni homogeneiza a los actores involucrados, sino que acentúa sus diferencias.” (p. 200)

Proceso diagnóstico

- En el 34.1% de los casos, el médico no proporcionó ningún diagnóstico y solamente entregó al paciente una receta con indicaciones a seguir mientras que en el 1.4% de los casos el médico proporcionó al paciente su diagnóstico recurriendo exclusivamente a su nombre clínico (Ejemplo: “usted tiene amibiasis”), por lo que Campero infiere que el 45% de los pacientes no llegó a conocer la naturaleza de su enfermedad.
- Asimismo, la autora señala que en el 47% de los casos los pacientes recibieron una explicación “profana de su enfermedad, misma que no incluía el nombre clínico de su diagnóstico (por ejemplo, la niña tiene lombrices en la panza)” (p. 200) y que solamente en el 7.5% de los casos se proporcionó a los pacientes el diagnóstico por su nombre clínico, ofreciendo al mismo tiempo una explicación acerca del significado del mismo.
- En cuanto a la relación que hace el médico entre su diagnóstico y los síntomas expresados por el paciente, se observó que solamente en el 47% de los casos el médico formuló un diagnóstico retomando la información referida por el paciente como expresión de su enfermedad actual. Solamente el 5.15% de los pacientes recibió información sobre el resultado de su exploración física y una explicación sobre su diagnóstico al término de la consulta.

Tratamiento

- En el 36.3% de los casos el médico combinó los canales oral y escrito para la prescripción, aun considerando que los niveles de alfabetización de la comunidad de pacientes estudiada era bajo y hubiera requerido de un doble refuerzo para conservar la prescripción y comprenderla. Por otra parte solamente el 5.13% de los médicos buscó cerciorarse de que el paciente había comprendido las indicaciones, así como solamente el 14.53% de los pacientes formularon alguna pregunta sobre la prescripción recibida.

Seguimiento

- Solamente en el 14.9% de los casos existió un cierre formal del encuentro entre el médico y el paciente, con acuerdo de cómo sería el seguimiento.
- En cuanto a la duración global de la consulta, el 39.9% de los pacientes fueron atendidos en menos de diez minutos y solamente el 8.3% fueron atendidos durante más de veinte minutos.

Conclusiones

- Existió en forma predominante un interrogatorio estrictamente dirigido por los médicos, con una indagación significativamente baja de los antecedentes clínicos de los pacientes, así como una muy baja espontaneidad del paciente para comentar sus impresiones durante el interrogatorio. La autora mexicana considera que lo descrito atenta contra las posibilidades del paciente de ser informado y formado en torno a su padecimiento.
- La exploración física constituyó, en un número significativo de casos un ámbito en el cual el paciente fue tratado como un objeto, sin que mediara una devolución en términos de información y educación respecto de su cuerpo.
- Ante la falta de una explicación adecuada sobre su diagnóstico se favoreció en escasa medida la posibilidad de que el paciente comprendiera su enfermedad y pudiera prevenirla en próximas ocasiones.
- La prescripción constituyó una oportunidad desaprovechada para la educación de los pacientes.
- La formación del médico se ubica predominantemente en el aprendizaje para la determinación de un diagnóstico y una serie de prescripciones que den solución parcial o total a la enfermedad en un determinado momento.

Sin embargo se encuentra poco habilitado para transmitir los conocimientos que se generan y aplican a lo largo de una consulta para la formulación de un diagnóstico, de manera tal que puedan servir de información y formación a quien padece la enfermedad.

- El médico se centra en la enfermedad que atiende y esto aumenta la distancia entre él y su paciente.

La autora atribuye lo observado a una lógica específica:

A través de su formación el médico adquiere una estructura autoritaria, la cual reproduce en la práctica ante sus pacientes, en detrimento de la calidad de la atención que les brinda (...) Lo anterior hace evidente que el modelo predominante en la relación médico-paciente es el que se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona. (p. 203)

Comentario

Nos permitimos proponer algunas reflexiones acerca del material presentado hasta aquí.

La primera, que la comunicación en la práctica médica es la estrategia que posibilita la construcción de un vínculo satisfactorio y productivo entre los médicos, sus pacientes y la comunidad a la que ambas partes pertenecen. Las investigaciones muestran claramente que los resultados son positivos solamente cuando se establece un alto coeficiente de comunicabilidad, esto es, cuando tanto el médico como sus pacientes se encuentran en situación de percepción permanente. Resulta entonces que los pacientes logran bienestar cuando participan activamente en la comprensión y resolución de sus problemas, mientras que los médicos sienten mayor satisfacción con su propia práctica cuando perciben que han logrado empatía con el paciente. Volveremos sobre este tema en el curso de nuestra investigación.

La segunda, que lo que se denomina “habilidad para la comunicación” no es una condición innata, sino una construcción de sentidos y que por lo tanto se aprende, se mejora y se recrea permanentemente.

En el siguiente apartado presentaremos algunos trabajos que intentaron resolver el problema de la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en la formación médica.

2.2.2- Acerca de los desafíos en la enseñanza de la comunicación clínica

Quienes hemos elegido el camino de la docencia sabemos que no es una tarea sencilla, sino que plantea desafíos en forma permanente. Esa es probablemente una de las características que la hacen tan interesante.

La toma de conciencia acerca de la importancia de la comunicación para una buena calidad de atención y para la satisfacción de los pacientes generó también conciencia sobre el hecho de que el modelo médico hegemónico que durante siglos había caracterizado la relación médico-paciente no contemplaba el desarrollo de habilidades para la comunicación en la formación médica. Surgieron entonces varias líneas de investigación cuyo interés fue analizar distintos aspectos de lo comunicacional en la educación médica así como propuestas para su enseñanza y evaluación tanto en la formación de grado como en el postgrado.

2.2.2.1-Los modelos de comunicación clínica

Ruiz Moral (2004) señala que en los últimos veinte años se han propuesto diferentes tipos de modelos de comunicación clínica, en los que pueden distinguirse dos perspectivas básicas: por una parte los que se centran en el proceso de la entrevista y por otra, los que ponen énfasis en el contenido de la misma, enunciando tareas u objetivos que deberían lograrse y habilidades que deberían desarrollarse para cumplirlos.

El autor español presenta en su trabajo una síntesis de estas propuestas en orden cronológico, que presentamos en la tabla III. (pp.324-325)

Destaca el autor español que todos estos modelos, aunque desarrollados en ámbitos culturales diferentes, comparten una visión similar, poniendo énfasis no solamente en la enfermedad del paciente sino en sus creencias, ideas, temores y expectativas para obtener la mejor respuesta terapéutica en cada persona. Señala también que para cumplir las tareas que proponen estos modelos es necesario poner en práctica una serie de habilidades estratégicas, entendiendo por tales

secuencias de acciones intencionadas que se pueden repetir voluntariamente y que conducen hacia el logro de un objetivo. Así, la empatía, por ejemplo, podría delimitarse a través de tres acciones: escuchar lo que dice la otra persona, hacer un esfuerzo mental para darnos cuenta de lo que representa esa experiencia y entonces decirle algo que le transmita con claridad nuestra comprensión de su experiencia.

El modelo CICAA empleado en España define diez habilidades estratégicas:

1. Recibir
2. Escuchar
3. Empatizar
4. Cerrar
5. Preguntar
6. Integrar la información
7. Comprobar
8. Negociar
- 9 Informar
10. Motivar

En Latinoamérica el modelo que cuenta con mayor reconocimiento es la guía Calgary-Cambridge, en particular después de que uno de sus autores, Suzanne Kurtz, participó durante el año 2005 en un proyecto financiado por la Pontificia Universidad Católica de Chile que dio lugar a la creación de la Unidad de Comunicación y Atención en Salud de la Escuela de Medicina.

Kurtz (2002) resume los intentos de mejorar la comunicación entre las personas en dos perspectivas básicas: el enfoque del lanzamiento de bala, que enfatiza el mensaje bien concebido y bien entregado, y el enfoque "frisbee" o del lanzamiento de platillo, que otorga relevancia a la relación interpersonal a través de dos conceptos centrales: la confirmación (reconocer, darse cuenta y apoyar a otra persona) y el entendimiento mutuo en un terreno común.

La importancia de esta "base o terreno en común" en medicina está implícita en los estudios sobre la 'toma de decisión compartida' o "*shared decision taking*".

A partir de este contexto histórico, Kurtz, Silverman y Draper (2005) caracterizan la "comunicación efectiva" con cinco principios básicos

- Asegura una interacción en lugar de una transmisión directa.
- Reduce la incertidumbre innecesaria.
- Requiere planificación en función de los logros requeridos.
- Demuestra dinamismo.
- Sigue un modelo helicoidal más que un modelo lineal.

El diseño de la guía de observación Calgary Cambridge (Guía C.C.) (Kurtz et.al.2005), compila las habilidades específicas que ayudan a una comunicación efectiva. Los criterios de inclusión de cada una de dichas habilidades consideran tanto la evidencia científica disponible como conceptos teóricos y la experiencia de los autores.

Señalan Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010) que:

Esta estructura refleja las tareas que están involucradas en cualquier entrevista médica: construir la relación, dar estructura a la entrevista, iniciar la entrevista, recoger información, explicar, planificar y, por último, cerrar la entrevista. Estas tareas, con excepción de la construcción de la relación y la estructuración de la entrevista, generalmente siguen un orden secuencial. La construcción de la relación y la estructuración de la entrevista se dan a todo lo largo de cualquier consulta. Muchas de las habilidades nombradas en las diferentes etapas de la entrevista contribuyen a la creación o mantención de la relación. Sin embargo, la construcción de la relación médico paciente está definida como una categoría independiente para enfatizar su tremenda importancia. (pp. 1050-1051)

La guía CC se utiliza actualmente en más de una docena de países, por lo tanto su aplicación ha superado diferencias culturales e idiomáticas. Ha sido usada en todos los niveles de educación médica y en distintas especialidades.

Señalan Moore et al. (2010) que “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.” (p. 1052) Destacan además que “Más que una norma rígida, constituye una guía con considerable flexibilidad para permitir ser aplicada en médicos con estilos y personalidades muy diferentes”. (p.1052)

Y agregan que:

Si se fortalecen las habilidades de comunicación en medicina el "premio" que se ofrece es sustancial”. Este "premio" incluye:

- Lograr entrevistas más efectivas con respecto a la precisión y a la base común, a la eficiencia, al apoyo y a la colaboración
- Reducir los conflictos y reclamos de los pacientes.
- Mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos. (p.1053)

Desarrollar ambientes y prácticas de enseñanza-aprendizaje para un saber largamente postergado en la formación médica (en primer lugar, porque se consideraba que la tarea del médico era simplemente prescriptiva; en segundo lugar, porque se pensó que la comunicabilidad era una condición innata o adquirida por la experiencia, y por lo tanto no se necesitaba enseñarla y en tercer lugar, porque habiendo comprobado su importancia no se sabía cómo enseñarla) supuso un largo camino, con marchas y contramarchas.

La puesta en práctica de estas visiones de la comunicación clínica dio lugar a distintas experiencias e investigaciones, algunas de las cuales revisaremos a continuación.

2.2.2.2- La etapa inicial

Como vimos anteriormente, el cuestionamiento de la comunicabilidad en la relación médico-paciente provino de los propios sujetos de la atención médica y se convirtió en un reclamo de la sociedad en su conjunto. Resulta bastante lógico pensar que las primeras propuestas de enseñanza de lo comunicacional se dirigieran a aquellos que, en pleno ejercicio de la profesión y carentes de la formación necesaria, se encontraban en situación de vulnerabilidad frente a dicho reclamo.

Es así que las primeras experiencias de enseñanza-aprendizaje de la comunicación se realizaron en la educación médica de postgrado y, curiosamente, por fuera de las instituciones universitarias.

Consideramos que las dos investigaciones que presentamos seguidamente pueden representar lo sucedido en esta etapa y permitirnos comprender el enfoque actual de la enseñanza de la comunicación en la formación médica.

La aparición de una serie de programas de entrenamiento en habilidades para la comunicación ofrecidos por algunas organizaciones no gubernamentales de Estados Unidos a médicos tanto generales como especialistas, llevó a Betz Brown,

Boles, Mullooly y Levinson (1999) a estudiar el impacto generado por estos programas sobre la satisfacción de los usuarios de la atención médica. Para ello realizaron un ensayo clínico controlado en el que participaron 69 profesionales de la salud (médicos de atención primaria, cirujanos y otros especialistas, fisioterapeutas y enfermeras) pertenecientes al Kaiser Permanente Medical Group of the Northwest, una organización sin fines de lucro dedicada al cuidado de la salud que desarrollaba un programa de educación continua denominado “Thriving in busy practice: Physician-Patient Communication”.

Dicho programa consistía de dos talleres de cuatro horas cada uno y una actividad práctica desarrollada en el mes de intervalo entre ambas sesiones. El primer taller estaba enfocado hacia las habilidades necesarias para construir relaciones médico-paciente efectivas, incluyendo la escucha activa, la respuesta a los sentimientos expresados por el paciente y la comunicación al paciente de la preocupación la comprensión y el respeto del profesional. El segundo taller se enfocaba en las habilidades para lograr una negociación satisfactoria con los pacientes y llegar a acuerdos en situaciones de controversia. En el mes de intervalo entre ambos talleres se solicitaba a los participantes que grabaran por lo menos dos consultas con sus pacientes y escucharan el material obtenido. Durante esta etapa, los instructores se comunicaban con los participantes para indagar sobre el desarrollo de este proceso, las dificultades que se les pudieran haber presentado y para alentarlos a realizar la actividad práctica.

Los dos talleres estaban coordinados por dos médicos con amplia experiencia docente y expertos, además, en comunicación médico-paciente e incluían algunos elementos teóricos relacionados a cuestiones clínicas y dramatizaciones que permitían a los participantes practicar habilidades para la comunicación aplicadas a situaciones que resultaban para ellos particularmente relevantes. Los instructores actuaban en forma interactiva, alentando el diálogo entre los integrantes del grupo.

La muestra se tomó entre los inscriptos en el programa, asignándose los aleatoriamente a un grupo “intervención” que participó del programa durante el estudio o a un grupo “control” que realizó la capacitación después de terminado el estudio.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue un cuestionario anónimo (El “Art of Medicine Survey”) que se envió a los pacientes dentro de los diez días posteriores a la consulta con el médico participante en el estudio y cuya

finalidad fue que estos calificaran siete aspectos de la comunicación del profesional en el contexto de la consulta ambulatoria. Además, se pidió a los pacientes que asignaran un puntaje global a la atención recibida.

Los aspectos evaluados fueron:

- Grado de respeto y cortesía mostrados por el profesional
- Grado de comprensión del problema planteado por el paciente
- Calidad de la explicación dada por el profesional acerca de los procedimientos que realizó durante la consulta (Qué hacía y por qué)
- Claridad del lenguaje utilizado para explicar la situación al paciente
- Calidad de la escucha de los problemas y preocupaciones del paciente
- Tiempo empleado en la consulta
- Grado de confianza del paciente en la competencia del médico
- Grado de satisfacción con la atención recibida

Asimismo, los participantes en el estudio hicieron una autoevaluación referida a los aspectos anteriormente mencionados. Se compararon las medias de los puntajes obtenidos por los participantes antes y después de la capacitación.

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que los profesionales percibieron una mejora en su habilidad comunicativa con pacientes en situaciones difíciles y también en su capacidad para realizar preguntas abiertas, su empatía y su capacidad para evaluar el contexto psicosocial. Sin embargo, a la hora de realizar una evaluación global de la actividad, los profesionales consideraron que el programa era “moderadamente útil”. En cuanto a la evaluación de los pacientes, la participación de los profesionales en este programa no tuvo un impacto significativo sobre su grado de satisfacción con la consulta.

Los autores concluyen en que mejorar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica en el mundo contemporáneo requiere mucho más que un curso- por muy interactivo, bien diseñado y pedagógicamente mediado que este sea- y resaltan la importancia de un entrenamiento intensivo, del feedback con los pacientes y de la reestructuración de la práctica médica para lograr los beneficios de una mejor comunicación con los pacientes.

La residencia, sistema universalmente considerado como el más adecuado para la formación en las especialidades médicas, fue otro ámbito en el que se comenzó a prestar especial atención al desarrollo de las habilidades para la comunicación.

En una investigación realizada en Cataluña, Ros Martrat (2004) se propuso analizar y contrastar las percepciones de tutores y médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Para ello diseñó un estudio descriptivo triangulando datos obtenidos a través de técnicas de investigación cuantitativa (cuestionarios de opinión con escalas de medición) y cualitativa (entrevistas de grupos focales).

El cuestionario incluía dos partes claramente diferenciadas. La primera era una escala compuesta por 42 competencias profesionales distribuidas en 10 áreas diferentes, a saber: habilidades clínicas básicas, técnicas instrumentales, habilidades de manejo, comunicación, atención a la familia, actividad preventiva, atención a la comunidad, aspectos organizativos, docencia e investigación. La finalidad era recoger las percepciones de tutores (evaluación) y residentes (autoevaluación) sobre el grado de capacitación adquirido por éstos últimos al finalizar el periodo de residencia. Las opciones de respuesta propuestas fueron: 1=nada; 2= poco capacitado; 3= suficiente; 4= bastante capacitado; 5=mucho. La segunda parte constaba de otras preguntas abiertas sobre el modelo formativo y su contribución a la adquisición de las competencias correspondientes al perfil que inspira el programa de formación de la especialidad.

Como áreas más valoradas destacaron las habilidades clínicas básicas, manejo, comunicación y preventiva. Las áreas con menor puntuación fueron atención a la comunidad (inferior al 3 o suficiente en los dos casos), docencia e investigación.

En comunicación, los resultados muestran una media de 3.8 tanto en tutores como residentes. No obstante, cuando se analizan competencias concretas como "Facilitar herramientas para la modificación de conducta" ambos grupos reconocen tener dificultades que atribuyen al poco tiempo de que disponen en la consulta y por la dificultad de generar cambios con sólo ofrecer consejos, que es la práctica más habitual.

Por otra parte, la autora señala que:

Tutores y residentes manifiestan percepciones diferentes sobre la competencia y disposición a "negociar" con el paciente. Al margen de si están

preparados o no, tampoco coinciden en la manera de entender esta negociación e incluso algunos tutores ponen en duda la necesidad de negociar. (p. 32)

Cuando se valora la atención a la familia, los tutores opinan que las medias obtenidas (3,2/3,4) son demasiado optimistas y puntualizan que no solamente no se practica sino que ni siquiera se tiene conciencia de ello, dado que la información que se obtiene del entorno se facilita sin que el profesional la pida y se hace escaso uso de los recursos familiares.

En cuanto a la atención comunitaria, la media se encuentra por debajo de 3 tanto para los tutores como para los residentes. Consideran que hay poca intervención, poco planificada y con grandes dosis de voluntarismo.

Respecto de la competencia comunicacional la autora concluye que a pesar de que la comunicación es un área que se atiende y se valora especialmente en la medicina de familia, la valoración realizada sobre algunas competencias comunicativas concretas, pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando sobre todo a nivel actitudinal. Del mismo modo, y entendiendo que estas competencias son transversales para cualquier profesional de la medicina, la autora apuesta por una decidida integración de estos contenidos ya en el pregrado, igual que se ofrece en otras titulaciones sanitarias.

Coincidiendo con los citados, surgieron otros estudios que impulsaron el desarrollo de la competencia comunicacional dentro de la educación médica formal, tanto en el grado como en el postgrado.

2.2.2.3-La incorporación de lo comunicacional a la enseñanza de grado

A fines de la década del 90 la organización *Best Evidence Medical Education* (BEME) publicó una revisión sistemática de 31 ensayos randomizados sobre la capacitación en habilidades comunicacionales (Aspegren, 1999). Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Todos los estudiantes de medicina deben recibir una capacitación formal en habilidades comunicacionales porque de esta forma logran diagnósticos más precisos y las relaciones con sus pacientes son, en sí mismas, terapéuticas.
- Para que la docencia en comunicación sea efectiva se deben usar métodos experienciales y focalizarse en practicar las habilidades para lograr las metas fijadas.
- Para que sea más efectivo el aprendizaje se debe realizar la capacitación durante las pasantías clínicas.

Otro informe sobre la enseñanza de la comunicación en Medicina generó ocho recomendaciones: (Makoul, 2001)

- La enseñanza y la evaluación deben estar basadas en la evidencia de una comunicación efectiva, para lo que se debe usar información proveniente de la literatura tanto clínica como de las ciencias de la conducta. Deben centrarse en las habilidades pero mantener una visión amplia de la aplicación de estas en su contexto y en la ética de la relación médico-paciente.
- Debe haber coherencia entre la enseñanza en comunicación y la enseñanza clínica. Por ello, es muy importante que los clínicos conozcan los elementos que se enseñan en comunicación y que se refuercen estos conceptos en la clínica. Por otro lado, es necesario que la enseñanza en comunicación sea altamente relevante en el trabajo clínico. El aprendizaje de habilidades comunicacionales debe ser entendido como una herramienta para lograr el desarrollo de una relación médico-paciente más efectiva y terapéutica. El desarrollo de competencias relacionales debería ir de la mano del desarrollo de las competencias clínicas.
- Se debe definir claramente qué es lo que necesita lograr un buen médico en términos comunicacionales. Un enfoque centrado en los logros que quiere alcanzar el estudiante le da un sentido al aprendizaje de dichas habilidades. Además, este tipo de enfoque preserva la individualidad de los estudiantes, alentándolos a idear un abanico de estrategias y habilidades.
- La enseñanza en comunicación debe ser apoyada por el desarrollo personal y profesional. Los estudiantes deben tener un espacio de reflexión sobre temas como autoconocimiento y autocuidado.

- La escuela de medicina debería tener una estructura coherente que permitiera la existencia de instancias de aprendizaje sobre comunicación a lo largo del currículo de manera continua.
- Debe existir una evaluación directa de los logros que alcanza el estudiante. En las presentaciones de pacientes el docente no debería preguntar únicamente sobre la anamnesis y los diagnósticos sino también sobre la perspectiva del paciente respecto a su enfermedad, sus preocupaciones y el impacto que ella tiene en su vida. Una evaluación directa implica observación directa, guiada por instrumentos válidos y confiables.
- Tanto la enseñanza como la evaluación de habilidades comunicacionales deben ser evaluadas para así asegurar que cada actividad sea un complemento de las otras.
- Debe desarrollarse una capacitación del equipo docente (*Faculty development*) que cuente con el apoyo y los recursos necesarios. Existe un número importante de docentes para quienes este es un tema nuevo porque no han recibido ninguna formación en comunicación. Los profesionales involucrados en docencia y en evaluación deberían sentir que su trabajo es apoyado y valorado.

Trabajos realizados con posterioridad a estas recomendaciones muestran que las dificultades en la enseñanza de la comunicación no resultan tan simples de resolver en la práctica docente del ciclo clínico.

Alonso González y Kraftchenko (2003) realizaron un estudio en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas (Cuba), para valorar en qué medida se contribuía en dicha institución al desarrollo de la comunicación médico-paciente según la percepción y valoración de estudiantes y profesores. El propósito del trabajo fue analizar el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación (informativa, afectiva y regulativa) y de la empatía como mecanismo de comprensión mutua. Para ello se tomó una muestra de 124 estudiantes de primero, tercero y sexto año de la carrera y de 43 profesores de diferentes años de la misma. Como instrumentos para la recolección de los datos se utilizaron cuestionarios que fueron respondidos por estudiantes y docentes y se recurrió también a fuentes documentales de la institución.

Las investigadoras cubanas encontraron que el 90,69% de los docentes encuestados referían que en los programas de sus asignaturas se contemplaba la enseñanza de la comunicación médico-paciente como parte fundamental del desarrollo ético-profesional de los estudiantes, tanto en el área básica (88,88%) como en el área clínica (91,17%). Sin embargo, al inquirir sobre la frecuencia en que estos temas se discutían en las actividades metodológicas de los profesores (reuniones de comités, claustros, colectivos de asignaturas, etc.), el 46,51% de los profesores opinó que “pocas veces”, “casi nunca” o “nunca”. Al analizar la percepción de los estudiantes acerca de cómo se cumplían las funciones de la comunicación en los profesores en su condición de docentes y médicos, se comprobó que en todos los años, la función regulativa ocupaba el primer lugar (89,51 %), la afectiva el segundo (70,96 %) y la informativa el tercero (60,48 %). Tanto los estudiantes de tercero como los de sexto año consideraron positiva la influencia del proceso de enseñanza aprendizaje sobre el logro de una relación médico-paciente adecuada; sin embargo no consideraron a sus profesores como ejemplos de ética profesional.

En cuanto al nivel de conocimiento de los elementos que caracterizan la comunicación médico-paciente, se observó un nivel bajo en el 57,25% de los estudiantes encuestados, siendo esto más notorio entre los estudiantes de sexto año que entre los de tercero. En el caso de los profesores esta cifra alcanza al 51,16% de los encuestados.

Respecto de las funciones de la comunicación, en los tres cursos estudiados se considera que la afectiva debe ser prioritaria en la relación médico-paciente; sin embargo esta opinión se observa en un menor porcentaje entre los alumnos de sexto año que en los de tercero. La función informativa resulta más importante que la regulativa entre los alumnos de tercero y sexto año que entre los de primero. Las autoras consideran interesante resaltar que a la hora de evaluar su propia comunicación con los pacientes, los alumnos consideran que la misma está más centrada en aspectos de la función informativa que en la afectiva, siendo la regulativa la que menos se expresa. También señalan el hallazgo de otras funciones que caracterizan la comunicación médico-paciente en el caso particular de los estudiantes, como el interés cognitivo (aprender la patología que presenta el paciente) que es priorizado sobre la función afectiva, hecho más notorio entre los estudiantes de sexto año que entre los de tercero.

Se manifiesta una tendencia creciente en cuanto al interés, a la impresión amable, el trato bondadoso y el respeto al pudor tanto en los estudiantes de primero como de tercero y de sexto año mientras que en la confianza que inspiran, la seguridad, la comprensión, la paciencia, el amor y la preocupación por los demás, aunque se eleva para tercer año decrece en el sexto curso, no obstante, ningún valor es menor de 80 %, lo que denota que la imagen que tienen de sí mismos los estudiantes es muy favorable en estos indicadores. Sin embargo, los docentes valoran que existe un pobre desarrollo en la mayoría de los elementos afectivos en la comunicación tanto con sus colegas como con los pacientes, más evidente en el área clínica.

Las autoras concluyen que:

- Se otorga una importancia insuficiente a la comunicación como a toda la formación ético-profesional ya que, si bien se formulan objetivos relativos a esta cuestión en los objetivos educacionales de sus asignaturas, la misma no constituye un aspecto de trabajo metodológico ni se refleja en el perfeccionamiento o capacitación de los docentes. Los estudiantes perciben la presencia de las tres funciones de la comunicación en la relación que entablan sus profesores con los pacientes. Sin embargo, no es lo habitual que la función afectiva sea el centro de la relación médico-paciente, percepción que podría tener influencia en la formación ético-profesional de los estudiantes.
- En cuanto a la percepción que tienen los estudiantes de la formación recibida para el desarrollo de una comunicación adecuada en la relación médico-paciente, se resume que existe una imagen positiva de la influencia del proceso docente en la formación, sin embargo, un porcentaje alto, no considera que sus docentes sean un ejemplo de ética profesional.
- Tanto estudiantes como profesores, privilegian los factores afectivos como función principal que debe cumplir la comunicación médico-paciente. Sin embargo, no consideran que en la práctica docente, sea esta la función que centre la relación con los pacientes, particularmente en el sexto año, lo que inclina a interpretar que no existe correspondencia entre lo que *debe ser* y *lo que es* según el criterio de los estudiantes.
- Los motivos predominantes en las intenciones conductuales de los estudiantes analizados no tienen en su base la necesidad de brindar bienestar, apoyo, comprensión, orientación e información adecuada al paciente, sino la necesidad relacionada con la posición o prestigio social,

asociados a esta profesión, o de beneficio personal relacionado con la búsqueda de la aprobación del profesor, de una buena evaluación o temor al fracaso.

- La valoración positiva que tienen los estudiantes de los elementos de la función afectiva que se ponen de manifiesto en la relación con los pacientes, contrasta con la de los profesores que no consideran adecuadamente desarrollados estos elementos en sus estudiantes.

En definitiva, las investigadoras consideran que:

Estas contradicciones no resueltas, permiten valorar que el proceso docente no tiende a dirigirse en su acción educativa con la coherencia y sistematicidad necesarias, para que su influencia en la formación de los estudiantes trascienda el plano formal y ejerza su rol en la educación ética de los futuros médicos, para una adecuada comunicación médico-paciente. (p. 44)

de la Uz Herrera, M.C, de la Uz Herrera, M.E., Lemus Sarracino, Valdés Santiesteban y Padrón Morales (2010) realizaron una investigación cuyo propósito fue evaluar el desarrollo de la competencia comunicativa en los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río (Cuba).Nuevamente aparece aquí el concepto de las tres funciones de la comunicación (informativa, reguladora y afectiva). La población en estudio fueron los asistentes al curso de “Introducción a la Clínica”-correspondiente al tercer año de la carrera de Medicina- en el que abordan el tema de la comunicación y sus aspectos más generales, la comunicación verbal y extra verbal y específicamente en la práctica médica comienzan a entablar una relación especial con los pacientes. Se realizó un muestreo al azar no estratificado por sexos y el tamaño de la muestra correspondió al 16% de la matrícula del año.

El objetivo del trabajo fue identificar los logros y limitaciones en las funciones de receptor y emisor a través de la autovaloración de los sujetos. El instrumento utilizado fue un test elaborado a partir de recomendaciones para la buena escucha y la adecuada elaboración de mensajes registrada en la literatura por Fernández (1996, citado en de la Uz et.al. 2010) y Álvarez (1997, citado en de la Uz et.al. 2010) donde se plantea que para el desarrollo de la competencia comunicativa es importante la valoración personal del sujeto que se propone mejorar su comportamiento en situaciones comunicativas.

La caracterización de los buenos receptores y emisores considerada en el estudio se detalla en las tablas IV (p. 326) y V (p. 327).

Para comprobar la fiabilidad de las respuestas de cada sujeto, debían coincidir las respuestas de los ítems 1, 3, 6 y 13, además debían coincidir 4 respuestas del test del Receptor con otras tantas del Emisor, en la siguiente forma: 8:10, 2:5, 10:15, 11:12. Se utilizó una escala ordinal con tres categorías: frecuentemente, a veces y casi nunca. Calificaron como logros las selecciones en la categoría frecuentemente, mientras que las dificultades estuvieron dadas por las selecciones en las categorías a veces y casi nunca. Se evaluó a cada individuo como receptor y como emisor, para ello se consideró un criterio superior al 70% de dominio de las habilidades, es decir, que en el test del receptor se obtuvieran 11 aciertos (73%) y en el de emisor 12 (75%) y se obtuviera una coincidencia del 52% de evaluados como buenos emisores y receptores. El análisis de los datos mostró que solamente el 38% se calificaron como buenos comunicadores.

Las autoras concluyen que:

- El nivel de desarrollo de la competencia comunicativa es bajo, solo un 38% de los autoevaluados manifiesta dominio de las habilidades relacionadas con esta competencia.
- El resultado de cómo perciben los estudiantes su nivel de desarrollo de la competencia como emisor es del 52% y como receptor es del 52%.
- Para el futuro médico, la formación inicial es el marco óptimo para su preparación, pero para el profesional en activo habría que contemplar ésta en su formación permanente.
- La carencia de estudios sobre el desarrollo de competencias comunicativas en la formación inicial, amerita plantear propuestas que orienten los futuros programas de intervención.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo desarrolló un trabajo de investigación coordinado desde su Asesoría Pedagógica cuyo objetivo fue definir los conocimientos, habilidades y actitudes a evaluar y los instrumentos de evaluación a utilizar al egreso de la carrera de Medicina, tomando como marco teórico el paradigma de la EBC. (Reta de Rosas et. al. 2006)

En la primera etapa de la investigación se propuso determinar cuáles eran las competencias que debían evaluarse en los estudiantes al momento de graduarse

y en la segunda, identificar la metodología de evaluación más adecuada para dichas competencias.

Con los aportes de la bibliografía nacional e internacional y los resultados de 147 entrevistas realizadas a médicos, pacientes, enfermeros, empleadores de médicos, docentes y alumnos de la carrera de Medicina, se identificaron y definieron seis competencias fundamentales para el profesional médico, una de las cuales se denominó “habilidades para la comunicación” y se definió de la siguiente manera:

- **Habilidades de comunicación:** Poseer habilidades de comunicación e interpersonales, que resulten en un intercambio efectivo de información y trabajo en equipo con los pacientes, sus familias y otros profesionales.

Respecto del modo como debía verificarse la existencia de las competencias médicas, las opciones elegidas para evaluar habilidades para la comunicación fueron la observación del desempeño con los pacientes y la evaluación continua con retroalimentación. Respecto de la oportunidad de la evaluación, el 100% de los entrevistados coincidió en que las habilidades para la comunicación debían evaluarse en los dos últimos años de la carrera.

En coincidencia con esta investigación se realizó un cambio en el diseño curricular de la carrera de Medicina en el que se introdujo el modelo antropológico-social de relación médico-paciente y se creó una nueva asignatura dictada en los primeros cuatro años de carrera, denominada relación médico-paciente, cuyo primer módulo, correspondiente al primer año de la carrera se denomina “Habilidades para la comunicación”.

En un segundo trabajo, el mismo grupo de investigadores (Reta de Rosas et. al. 2008) se propuso establecer la pertinencia, validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados para evaluar las competencias definidas en el estudio anterior. Para ello, se realizó una selección de asignaturas dentro de los cuatro tipos de exigencias que tienen que cumplir los estudiantes para graduarse. Se utilizó como criterio que fueran representativas de las características de cada grupo, por los instrumentos de evaluación que utilizan. Se eligieron seis cursos biomédicos intensivos, tres cursos longitudinales, seis rotaciones por especialidades clínicas y las dos pruebas globales.

El análisis pormenorizado de las competencias valoradas por cada uno de los instrumentos de evaluación estudiados mostró que las competencias vinculadas a las habilidades para la comunicación no se evaluaban en los cursos biomédicos intensivos ni en la prueba global del ciclo básico, mientras que se consideraban tres de ellas en los cursos longitudinales y en las rotaciones por especialidades clínicas. Analizado el porcentaje de asignaturas que verificaban la existencia de los componentes de las competencias médicas en su sistema de evaluación, se observó que en el 70.6% de las asignaturas estudiadas no se evaluaban habilidades para la comunicación, mientras que el 5.9 % valoraba dos y el 23.5% tres de los componentes de dicha competencia.

Un nuevo análisis realizado a posteriori de un proceso de capacitación docente mostró una diferencia significativa en la consideración de las competencias vinculadas a la comunicación en el diseño y aplicación de los instrumentos de evaluación.

Un párrafo aparte merece la tarea de investigación desarrollada por la Unidad de Comunicación y Atención en Salud de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CREAS).

Tomando como punto de partida los hallazgos de estudios anteriores que muestran un aprendizaje más efectivo de la comunicación cuando este se realiza como un complemento de las habilidades clínicas en pequeños grupos a través de una metodología basada en experiencias (Moore & Gómez, 2007) y asumiendo que muchos de los docentes clínicos, que realizan docencia en comunicación no recibieron estos conceptos en su formación de pre-grado ni están familiarizados con la metodología señalada, Gómez, Moore y Araoz-Baeriswyl (2012) realizaron un estudio de intervención en el cual compararon los resultados de la co-docencia en el curso de “Entrevista clínica” correspondiente al tercer año de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile con un grupo control.

La población en estudio estuvo constituida por los estudiantes de tercer año de Medicina, que fueron divididos en forma aleatoria en catorce grupos de siete u ocho estudiantes cada uno, asignados a siete docentes clínicos que trabajaron con dos grupos cada uno. La intervención consistió en sumar un docente no clínico, especialista en comunicación (una licenciada en relaciones humanas y familia, formada en el enfoque centrado en la persona, con quince años de experiencia en metodología experiencial en pequeños grupos en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica) a un grupo por cada paciente clínico. Los objetivos,

metodología y tiempo de los talleres fueron iguales en ambos grupos (intervenidos y controles): cada grupo trabajó quincenalmente con un docente clínico en cinco talleres interactivos (espejo y video) durante los cuales observaron estructuradamente (con pauta) una entrevista entre estudiante y paciente simulado a través del espejo uni-direccional, A partir de lo observado y de la retroalimentación que entregó el paciente simulado, se analizó y reflexionó sobre aspectos clínicos y comunicacionales.

Los grupos intervenidos se diferenciaron de los controles por la presencia de la especialista en comunicación que facilitó el feedback a los estudiantes sobre su competencia comunicacional, describiéndole aquellas habilidades que favorecían u obstaculizaban la relación. Los estudiantes, conocieron, practicaron y recibieron feedback sobre historia clínica utilizando una pauta que presentaba nueve descriptores de competencias comunicacionales basadas en la guía Calgary Cambridge. Además, los co-docentes reflexionaron al final de cada sesión sobre dinámica del grupo, comunicación entre estudiantes durante el taller y avances en su aprendizaje.

Al finalizar el semestre se evaluó, en primer lugar, la percepción de los estudiantes sobre:

- Aprendizaje de Historia clínica con encuesta auto-aplicada, anónima, repartida a todos los estudiantes del curso, con un formato SI/NO, si conoció, practicó y recibió *feedback* sobre los 27 ítems de historia clínica separada en tres áreas: Iniciando la entrevista, recogiendo información y atención centrada en el paciente . Dichos ítems fueron los siguientes:

a-Iniciando la entrevista

- 1-Saludar al paciente por su nombre.
- 2-Estar atento al confort físico del paciente, indicarle dónde sentarse.
- 3-Presentarme al paciente diciendo su nombre.
- 4-Describir mi rol de paciente de tercer año.
- 5-Explicar al paciente que el tutor me supervisará.

6-Explicar al paciente que le formularé algunas preguntas.

7-Hacer preguntas al paciente manteniendo el contacto visual.

8-Comenzar la entrevista con una pregunta abierta referida al motivo de consulta antes de obtener la información demográfica.

9-Permitir al paciente relatar el motivo de consulta sin interrupción precoz.

10-Explicar al paciente que le preguntaré algunos datos que no están referidos al motivo de consulta.

11-Reconfirmar el motivo de consulta con un resumen.

12-Utilizar de manera atinente preguntas abiertas y cerradas.

b-Recogiendo la información

13-Escuchar activamente permitiendo al paciente completar las explicaciones sin interrupciones.

14-Aceptar que el paciente hable a su ritmo sin terminarle las frases

15-Facilitar en forma verbal las respuestas del paciente (continuadores, parafraseo, repeticiones)

16-Facilitar en forma no verbal las respuestas del paciente (silencios, asentimientos con la cabeza, etc.)

17-Verificar mi comprensión haciendo pequeños resúmenes de lo que el paciente ha descrito

18-Chequear con el paciente cuando yo no entendí algo

19-Explorar si el paciente tiene otros problemas.

20-Usar lenguaje adecuado al paciente, sin tecnicismos.

c-Atención centrada en el paciente

21- Usar lenguaje adecuado, sin tecnicismos.

22- Captar señales verbales y no verbales del paciente

23- Reconocer las emociones expresadas

24- Verbalizar las emociones que reconozco en el paciente

25- Indagar las creencias del paciente relativas al motivo de consulta.

26- Indagar los temores del paciente relativas al motivo de consulta.

27- Indagar expectativas del paciente relativas al motivo de consulta.

- Co-docencia, con encuesta anónima y auto-aplicada a los intervenidos.

En segundo lugar se evaluó la percepción de los docentes clínicos sobre metodología de co-docencia utilizando entrevistas semi-estructuradas según guión temático, aplicada por un estudiante-ayudante. Estas fueron grabadas, transcritas textualmente y luego analizadas.

En tercer lugar, se programó un examen clínico objetivo estructurado (ECO/OSCE) del cual se consideraron los puntajes de cuatro estaciones en las que el estudiante realizó una entrevista con un paciente estandarizado. Las habilidades comunicacionales evaluadas fueron:

1-Saluda al paciente y lo invita a ponerse cómodo

2-Se presenta

3-Mira a los ojos al paciente durante la entrevista

4-Utiliza al menos dos preguntas abiertas

5-Investiga aspectos psicológicos y/o afectivos del paciente (temores)

6-Utiliza un lenguaje simple, sin tecnicismos

7-investiga datos demográficos del paciente

8-Permite al paciente relatar sus síntomas sin interrupción precoz (antes de los treinta segundos)

9-Pregunta por el motivo de consulta

Resultados:

El grupo intervenido de estudiantes percibió que, comparado con grupo control, había conocido, practicado y recibido *feedback* en mayor porcentaje en todos los ítems de la historia clínica, con excepción de uno; sin embargo, esta diferencia fue estadísticamente significativa solamente en 14 de los 81 ítems (19%): cuatro ítems en el área "Iniciando la entrevista", tres ítems en el área "Recogiendo la información" y 7 ítems en el área de "Atención centrada en el paciente".

El 72% de los docentes entrevistados expresaron adhesión a la propuesta de co-docencia en tercer año con un especialista en comunicación. Consideraron que podría complementar la formación clínica del estudiante. Asimismo, Los entrevistados reconocieron falta de formación en comunicación, indicando que su docencia es más bien intuitiva.

Los docentes participantes en co-docencia identificaron mayor profundización en elementos comunicacionales en los grupos intervenidos. Sin embargo visualizaron dificultades en la organización al masificar esta metodología, entendiendo que habría que duplicar el número de docentes y demostraron preocupación por el poco tiempo que se dispone para cada sesión.

En cuanto a la evaluación de competencias, los estudiantes de los grupos intervenidos mostraron resultados significativamente mejores en tres de las cuatro estaciones elegidas para la valoración. La nota final del ECOE fue significativamente mejor en los grupos intervenidos que en los controles.

Las autoras concluyen que los docentes clínicos tienen dificultades en la enseñanza de lo comunicacional y que la co-docencia ha resultado una estrategia exitosa en la enseñanza de habilidades comunicacionales. Sin embargo, la co-docencia requiere mayores recursos tanto humanos como económicos, lo que haría recomendable la capacitación formal de todos los docentes clínicos del curso "Entrevista Médica" por ser el inicio de la formación de los estudiantes en la relación médico-paciente. Aunque algunas escuelas de medicina ya incluyen este tipo de capacitación en la formación de sus docentes, las investigadoras consideran que persiste la necesidad de apoyo "en terreno", escenario donde cobraría relevancia el aporte de un co-docente especializado en comunicación.

Así, señalan que:

Si queremos enseñar a nuestros estudiantes habilidades que les permitan realizar entrevistas efectivas y centradas en el paciente, tenemos que seguir investigando cuál es la mejor forma de apoyar a los docentes clínicos. Es clave capacitarlos para que puedan modelar, enseñar y evaluar historias clínicas. La co-docencia con un especialista en comunicación es una forma muy aceptable de apoyar a los docentes "en terreno", y puede ser complementaria a la capacitación de éstos. Debemos estar atentos al estilo de evaluación que usamos y asegurar que el mensaje enviado a los estudiantes sea claro: para ser un buen médico tanto las competencias clínicas como las comunicacionales son importantes. (p. 402)

2.2.2.4-Lo comunicacional en la oferta universitaria de postgrado

En la última década se ha observado un incremento de las temáticas relativas a la comunicación en la oferta de postgrado de las universidades que dictan carreras de ciencias de la salud.

Aunque los proyectos educativos presentan algunas diferencias en los contenidos, en general coinciden en el enfoque, considerando como central el papel del paciente en el proceso de comunicación. A modo de ejemplo tomaremos algunos de los que se han desarrollado recientemente en países de habla hispana.

Durante los años 2010 y 2011 se llevó adelante un proyecto educativo de postgrado elaborado en conjunto entre la Universidad Católica Argentina (U.C.A.) y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Dicho proyecto, denominado "Postgrado en comunicación centrada en el paciente" (CCMPOW) se fundamentó en la convicción de que la población sigue considerando el contacto directo con los profesionales como la fuente de información más confiable pese al avance de los medios masivos de comunicación. Por lo tanto se consideró fundamental el desarrollo de competencias comunicacionales en la educación médica.

Tal como se puso de manifiesto en el documento de presentación del curso (IDEC- Universitat Pompeu Fabra, 2011):

Si bien es cierto que la comunicación profesional-paciente es actualmente reconocida como un aspecto esencial en la práctica asistencial, estos últimos reclaman más información, atención personalizada por parte de los médicos y una medicina más humanizada, tres demandas estrechamente vinculadas con el desarrollo de competencias comunicacionales en el colectivo de profesionales de la salud. (p.1)

Y agrega:

En la actualidad, el profesional de la salud no sólo debe enfrentar las crecientes exigencias de un paciente devenido en consumidor. Además, debe hacerlo en un contexto donde la práctica médica se ha convertido en una actividad itinerante con dos y hasta tres ámbitos de consulta médica diferentes a lo largo del día. Por otro lado, el vertiginoso avance de la ciencia y de las posibilidades terapéuticas le ha creado una constante necesidad de actualización. ¿Cómo hacer frente a estas demandas en un escenario restringido por el lapso de una consulta médica que dura escasos minutos? Sin duda, la incorporación de competencias comunicacionales también puede ser de gran ayuda para el profesional de la salud a la hora de gestionar adecuadamente sus tiempos.

Asimismo, el creciente impacto de la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en nuestras sociedades hace imprescindible brindarle al profesional de la salud los conocimientos y herramientas necesarios para hacer frente a las nuevas oportunidades y los desafíos de la llamada e-salud. (p. 1)

Con referencia a la fundamentación del postgrado, explica el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina, Carlos Benjamín Álvarez en un comunicado de prensa emitido por el laboratorio Novartis (Iglesias Seoane, 2011) lo siguiente:

Desde siempre, frente a la enfermedad se han planteado dos problemas: por un lado, las pasiones, los sentimientos y las emociones que se generan en el grupo social entre sí y con el enfermo, y por el otro, el problema "científico" referido a la naturaleza y el mecanismo de la enfermedad. Ambas situaciones hacen sin lugar a dudas al tipo de formación de los médicos, que en general, se centra en el problema científico dejando de lado la atención del aspecto espiritual de las relaciones". En relación con el uso de las nuevas tecnologías, el Académico destaca que "han irrumpido en las relaciones de los profesionales con sus pacientes y agrega que "su utilización se ha hipervalorado y sobreestimado, llegando a desnaturalizar en ciertas ocasiones, la esencia del acto médico y por ende la relación médico paciente. (p. 1)

La propuesta del postgrado es "aportar a los participantes los conocimientos, recursos y herramientas necesarios para reflexionar acerca de su práctica

profesional e introducir cambios que impliquen mejoras en la relación con sus pacientes" (IDEC-Universitat Pompeu Fabra, 2011, p. 1).

Los objetivos del proyecto son:

- Facilitar el conocimiento acerca del papel de la comunicación médico-paciente como medio para potenciar la actuación de los profesionales de la salud en relación con el usuario.
- Brindar herramientas y recursos para mejorar las competencias comunicacionales de los profesionales de la salud.
- Fortalecer y dinamizar la relación médico-paciente a través del uso de las nuevas tecnologías.
- Reflexionar acerca de los desafíos que plantean el avance científico y la revolución 2.0 en la relación médico-paciente y anticiparse a los nuevos escenarios que ellos abren.
- Aportar conocimientos y recursos que permitan, además, desarrollar estrategias comunicacionales en el entorno de las relaciones interprofesionales y de los centros y servicios de salud.

El plan de estudios está compuesto por seis módulos, cuyos ejes temáticos son los siguientes:

- Módulo I. El papel de la comunicación en la relación médico-paciente.
- Módulo II. Habilidades comunicativas y de relación interpersonal en el encuentro con el paciente.
- Módulo III. Situaciones especiales en la relación con el paciente.
- Módulo IV. Impacto de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la relación médico-paciente.
- Módulo V. Bioética en la relación médico-paciente.
- Módulo VI. La comunicación interprofesional.

La Escuela Andaluza de Salud Pública, con sede en la Universidad de Granada, desarrolló entre los años 2005 y 2006 una carrera de postgrado en Comunicación Asistencial para Profesionales Sanitarios (Escuela Internacional de posgrado, Universidad de Granada, 2006) . En su fundamentación, se señala que:

La comunicación asistencial se encuentra entre las competencias más relevantes que debe tener un profesional de la salud. Su correlación con la satisfacción de usuarios, satisfacción del profesional, adherencia al tratamiento, prevención de conflictos, mejoría de los resultados clínicos y eficiencia de los servicios ha quedado demostrada. (p.1)

Y agrega:

La Entrevista Clínica (EC) es el instrumento más utilizado por estos profesionales. Es la 'Tecnología' sanitaria esencial para comunicar, educar, diagnosticar, tratar y controlar a los pacientes. Nuevos modelos comunicacionales con la Comunicación centrada en el paciente (incrementando entre otras cosas la participación del paciente en el proceso), o los modelos de entrevista motivacional, se perfilan como necesarios por sus importantes beneficios. El abordaje de situaciones conflictivas frecuentes en nuestro entorno (pacientes hiperfrecuentadores, somatizadores, agresivos...) y las aportaciones que las técnicas comunicacionales aportan a la gestión de la demanda o a la prevención del burnout, hacen de la comunicación una herramienta fundamental para cualquier profesional sanitario (...) Se perfila por tanto como un tema relevante para cualquier profesional que quiera dedicarse a labores asistenciales o que sea responsable de comunicación con el usuario tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como a nivel hospitalario. (p.1)

Los ejes temáticos y contenidos que aborda este cursado son los siguientes:

Módulo 1- Generalidades de la comunicación.

Módulo 2- Modelos comunicacionales.

Módulo 3- Manejo de situaciones especiales.

Módulo 4- Manejo de emociones en la consulta.

Módulo 5- Motivando al paciente.

Módulo 6- Comunicación y equipo.

Módulo 7- Comunicación oral. Aspectos éticos de la comunicación.

Módulo 8-Evaluación en comunicación.

Módulo 9-Investigación en comunicación.

Módulo 10-Formación de comunicadores en comunicación

Los dos proyectos aquí considerados abordan aspectos generales de la comunicación y enfatizan tanto las habilidades (escucha, motivación del paciente, utilización de diferentes medios y recursos) como los aspectos emocionales que se ponen en juego durante el proceso (empatía, asertividad). Es interesante considerar que ambos cursos consideran de especial interés por su complejidad al manejo de situaciones especiales (malas noticias, acompañamiento de pacientes terminales, pacientes agresivos o conflictivos), a las relaciones interprofesionales y a los aspectos éticos de la comunicación.

Como diferencias, podríamos mencionar que el cursado de la Universitat Pompeu Fabra pone énfasis en el manejo de las nuevas tecnologías para mejorar la comunicación, mientras que el de la Universidad de Granada dedica más tiempo a la formación en investigación sobre comunicación y salud y a la formación docente (la “formación de formadores”) en comunicación y salud.

Con referencia a este último tópico, la Escuela de Postgrado de la Universidad Autónoma de Barcelona en asociación con la Fundación Dr. Robert dicta desde el año 2008 un curso de Comunicación en Educación Médica dirigido a profesionales de las Ciencias de la Salud que ejercen funciones relacionadas con la docencia en cualquiera de los niveles educativos, ya sea grado, postgrado, formación especializada o desarrollo profesional continuo (Universitat Autònoma de Barcelona, 2008). La propuesta consta de ejes temáticos desarrollados en tres módulos. Es interesante señalar que el cursado diferencia claramente dos contextos: el del aprendizaje y el de la comunicación clínica y da especial importancia al rol que desempeñan el estudiante y el paciente como sujetos de la comunicación.

2.3-Comentario final

En las últimas décadas se ha hecho manifiesta desde las instituciones educativas una preocupación cada vez mayor por promover y acompañar a los médicos en aprendizajes que les permitan una mejor comunicación, especialmente en la relación médico-paciente. Los actuales modelos de comunicación clínica priorizan

el papel del paciente como perceptor en concordancia con el paradigma antropológico-social en el que se orienta hoy la educación médica.

Las investigaciones sugieren la presencia de conflictos cognitivos a la hora de enseñar: se proponen distintos modelos de enseñanza, distintas prácticas de aprendizaje, pero los resultados muestran que todavía hoy la práctica médica sigue orientándose más a las patologías que a los pacientes.

En el desarrollo de nuestra investigación avanzaremos sobre las visiones de lo comunicacional que circulan entre los docentes médicos y los alumnos que cursan su último año en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

SEGUNDA PARTE

Marco teórico

Introducción

El marco teórico de nuestro problema de investigación se nutre de dos disciplinas: por un lado, la educación médica y por el otro la comunicación, que como hemos anteriormente señalado, entendemos como una negociación de sentidos entre dos o más personas y que resulta imprescindible tanto en la tarea del educador como en la del médico.

En esta segunda parte de nuestro trabajo presentamos un itinerario conceptual que se inicia en el paradigma al que adhiere actualmente la Educación Médica, continúa con una síntesis acerca de los principales núcleos teóricos de la Ciencia de la Comunicación y culmina en una mirada sobre el papel que ésta juega en la educación, en la salud y en los vínculos que se establecen entre los sujetos del hecho educativo y de la práctica médica.

Capítulo 3 –Educación médica basada en competencias

En los últimos años las facultades de Medicina de distintos lugares del mundo adhirieron a un nuevo paradigma en la formación médica: La Educación basada en Competencias.

El surgimiento de este nuevo paradigma está vinculado a un cuestionamiento de la dicotomía entre dos grupos de saberes- los respetados académicamente y los valorados en la práctica profesional-que ha promovido la escisión entre las Universidades y las profesiones, la investigación y la práctica, el pensamiento y la acción. (Schön, 1988)

El modelo epistemológico que dominó la concepción de las profesiones y las relaciones institucionales de investigación, educación y práctica hasta la década del 70 consideraba que la actividad profesional consistía en la resolución de problemas instrumentales que se volvieron rigurosos por la aplicación de la teoría científica y la técnica. Este modelo de **racionalidad técnica** influyó tanto en la visión de los profesionales respecto de su propia erudición como en la de las comunidades respecto de su rol social.

Así, se consideraba que las denominadas profesiones principales (Ingeniería y Medicina, por ejemplo) estaban arraigadas en un conocimiento sistemático y fundamental del que el conocimiento científico era el prototipo o tenían además un alto componente de conocimiento estrictamente tecnológico, basado en la ciencia. (Glazer, 1974)

Schein (1973), describía tres componentes del conocimiento profesional:

1. Una disciplina subyacente o ciencia básica componente sobre la cual descansa la práctica, o a partir de la cual se desarrolla.
2. Una ciencia aplicada, o componente de “ingeniería”, de la cual se derivan muchos de los procedimientos de diagnóstico cotidianos y las soluciones a los problemas.
3. Un componente de habilidad y actitud que concierne a la real ejecución de los servicios al cliente, utilizando el conocimiento básico y aplicado subyacente. (p. 44)

De acuerdo con esta visión, la regla era comenzar la formación profesional con la ciencia básica pertinente y la ciencia aplicada, para luego continuar con las destrezas para su aplicación a los problemas del mundo real de la práctica. Como señalaba Thorne (1973) para la carrera de Medicina:

La separación del currículo escolar médico en dos etapas disyuntivas, la preclínica y la clínica, refleja la división entre teoría y práctica. La división también aparece en la ubicación de la formación y en los servicios de la facultad de Medicina. Las ciencias de Bioquímica, fisiología, patología y farmacología son aprendidas en las aulas y en los laboratorios, esto es, en escenarios académicos formales. La formación más práctica en artes clínicas tales como medicina interna, obstetricia y pediatría, tiene lugar en los hospitales clínicos, dentro de las verdaderas instituciones de servicio. (p. 31)

Es importante destacar que este paradigma puesto en tela de juicio continúa fuertemente arraigado en nuestras instituciones universitarias. Baste mencionar como ejemplo el diseño curricular de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo, que aún con la reforma de la década del 90 no ha podido superar la tensión entre las ciencias básicas y el ciclo clínico. Schön (1988) encuentra una explicación plausible para este fenómeno, cuando señala que “la racionalidad técnica es la epistemología positivista de la práctica”. (p.40)

Y agrega:

A finales del siglo XIX y principios del XX, las profesiones de ingeniería y medicina lograron éxitos espectaculares ajustando de forma fiable los medios y los fines y se convirtieron en modelos de la práctica instrumental. El diseño y análisis de materiales y artefactos por el ingeniero, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad por el médico, se convirtieron en prototipos de la práctica técnica basada en la ciencia que estaban destinados a suplantar la destreza y el talento artístico. Ya que, de acuerdo con la epistemología positivista de la práctica, la destreza y el talento artístico no tenían un lugar permanente en el conocimiento práctico riguroso (...) pero la profesionalización de las ocupaciones pagó un precio por ello. Tuvieron que aceptar la epistemología positivista de la práctica que ahora estaba incorporada en el mismo tejido de las Universidades. (pp. 42-45)

Sin embargo, a pesar de que las profesiones se consideraban esenciales para el funcionamiento mismo de la sociedad, en las décadas del 70 y 80 se produjo una crisis de fe en el ejercicio profesional: mientras algunos pusieron en tela de juicio la pretensión de omnisciencia de los graduados universitarios en temas de importancia para el desarrollo humano (Illich,1970), otros sostuvieron que los profesionales realizaban una malversación del conocimiento a favor de sus propios

intereses y los de las clases dominantes (Gross & Osterman, 1972, citados en Schön, 1988). Se sumó a esto una serie de crisis de alcance mundial-deterioro de las ciudades, pobreza, polución ambiental, escasez de energía y de alimentos-en las que el avance científico-tecnológico y la política parecían participar más como causa que como remedio. Al respecto, señala Schön (1988) que:

Abogados por la paz y los derechos de las minorías han unido sus fuerzas y se han vuelto contra los expertos, a los que ven como instrumentos de un sistema todopoderoso. En torno a temas tales como la polución ambiental, la explotación del consumidor, la desigualdad, y el alto coste de la atención médica o la perpetuación de la injusticia social, los científicos y los profesionales preparados científicamente se encuentran a sí mismos en el inusual papel de villanos. (p. 21)

Y agrega que:

La crisis de confianza en las profesiones, y quizá también el declive en la autoimagen profesional, parece tener sus raíces en un creciente escepticismo en la efectividad profesional en el más amplio de los sentidos, una escéptica revalorización de la verdadera contribución al bienestar de la sociedad a través del suministro de servicios competentes basados en un conocimiento especializado. (p. 24)

El autor norteamericano destaca que frente a esta crisis de confianza, profesionales de distintos campos (Medicina, Gestión, Ingeniería) han analizado la situación y coinciden en que el conocimiento profesional se aviene mal con el carácter cambiante de las situaciones prácticas – la complejidad, incertidumbre, inestabilidad, carácter único y conflictos de valores-, que son crecientemente percibidos como centrales para el mundo de la práctica profesional y se refieren a una nueva conciencia de la complejidad que se resiste a las habilidades y las técnicas de la pericia profesional. (Schön, 1988).

Desde la Pedagogía surgen voces que hablan de la necesidad de una educación alternativa en la Educación Superior.

Prieto Castillo (2005) afirma que lo alternativo representa siempre el intento de encontrar otro sentido a relaciones y situaciones y de construir sentido en una relación en la que participan la creatividad, la novedad, la incertidumbre, el entusiasmo y la entrega personal.

Para el pensador mendocino, educar para la incertidumbre significa:

- Educar para interrogar en forma permanente la realidad de cada día, cambiando la pedagogía de la respuesta por una pedagogía de la pregunta.

- Educar para localizar, reconocer, procesar y utilizar información, ofreciendo recursos para trabajar en una sociedad de la información que, paradójicamente, conduce a la desinformación cuando no se sabe trabajar con ella.
- Educar para resolver problemas. Aquí señala el autor la importancia de la práctica para el diagnóstico, la comprensión y la decisión a través de una actitud activa que muestre creatividad, capacidad de relacionar los conocimientos adquiridos y de buscar otros nuevos.
- Educar para saber reconocer las respuestas mágicas de certidumbre, para desmitificarlas y resignificarlas, pasando de ser un consumidor de textos a ser un lector crítico de los mismos.
- Educar para crear, recrear y utilizar recursos tecnológicos de escala humana.

El modelo de la racionalidad técnica concibe la práctica profesional como un proceso de resolución de un problema, que se logra a través de la selección, con los medios disponibles, del más adecuado para los fines establecidos. La debilidad de este modelo radica en que ignora el encuadre del problema y los procesos a través de los cuales se elaboran las decisiones.

La práctica médica abunda en ejemplos de situaciones en las que el medio que se supone más adecuado para la resolución del problema no brinda el resultado esperado. Como afirma Schön (1988):

En la práctica del mundo real, los problemas no se presentan como dados para el profesional (...) Para convertir una situación problemática en un problema, el profesional debe hacer cierto tipo de trabajo. Tiene que dar sentido a una situación incierta que inicialmente no lo tiene. (pp. 47-48)

Esta comprobación nos lleva a tomar conciencia de la importancia de ciertos saberes para la práctica que no pueden encuadrarse dentro del modelo de la racionalidad técnica. Citando nuevamente a Schön (1988):

Por tanto, podemos comprender fácilmente no solamente por qué la incertidumbre, el carácter único, la inestabilidad y el conflicto de valores son tan molestos para la epistemología de la práctica, sino también por qué los profesionales limitados por esta epistemología se encuentran atrapados en un dilema. Su definición del conocimiento profesional riguroso excluye los fenómenos que han aprendido a ver como centrales para su práctica. Y las vías artísticas para hacer frente a estos

fenómenos, según ellos, no lo califican de conocimiento profesional riguroso. (p. 49)

Desde nuestro lugar en la práctica médica y en la docencia universitaria coincidimos también con otros autores (Alexander, 1968; Barnard, 1938; Polanyi, 1967) en su afirmación de que la acción experta revela saberes que trascienden lo escrito en los libros y en que la reflexión desde la acción (Schön, 1988) aporta una visión epistemológica alternativa que supera la de la racionalidad técnica y se acerca a lo que cotidianamente vivimos en la práctica profesional.

Ahora bien. Aceptar un cambio de paradigma en la Epistemología de la práctica profesional implica asumir la necesidad de cambiar la enseñanza en los centros de formación profesional. Llegados a este punto, la pregunta que surge es cómo promover y acompañar en nuestros estudiantes el aprendizaje de estos saberes que se encuentran “por fuera” de lo estrictamente disciplinar pero que son imprescindibles para la práctica.

Una de las posibles respuestas a ese interrogante es pensar los procesos de enseñanza-aprendizaje como una construcción de competencias.

¿A qué denominamos competencias?

Kane (1992, citado en Brailovsky, 2008) define la competencia profesional, para un individuo dado, como “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.” (p. 105)

Epstein y Hundert (2002) definen las competencias como “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, la habilidad técnica, el razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión sobre la práctica diaria para el beneficio tanto de los individuos como de la comunidad a la que sirven.” (p. 226)

Según la Asociación Médica Canadiense y a la Asociación Americana de Colegios Médicos (Kondro, 2009), se denomina competencia al “conocimiento, habilidad o actitud que permite a un individuo aprender y actuar en la práctica médica, así como a alcanzar y superar los estándares de la profesión.” (p. 136)

Brailovsky (2008) agrega a estos conceptos que:

La competencia es un constructo complejo, multifacético, multivariado, multidimensional, a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, en particular en el campo de la medicina. Lo que hace que la investigación sobre la evaluación de la competencia clínica o de los mecanismos del razonamiento clínico sean tan fascinantes para los que investigan en estas áreas, es la complejidad misma del tema que se aborda, ya que siendo tan complejo, crea desafíos enormes, en particular en lo que concierne a su evaluación. (p. 103)

Reta (2010) señala que la Educación basada en competencias integra las aptitudes personales con conocimientos razonados, habilidades cognitivas y motrices, actitudes y valores. En su trabajo realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo (Reta et al., 2006) se propone una clasificación de las competencias médicas en cinco grupos:

- Habilidades clínicas: cuidar la salud del paciente de una forma adecuada, efectiva y eficiente, en el ámbito de la medicina general.
- Conocimiento médico: poseer conocimiento médico, biomédico y humanístico y aplicarlo al cuidado del paciente.
- Habilidades de comunicación: Intercambiar efectivamente información, tanto en forma oral como escrita y trabajar en equipo con pacientes, sus familias, otros profesionales y la comunidad.
- Actualización y desarrollo profesional y personal: evaluar su práctica médica para mejorarla, valorando y asimilando la nueva evidencia científica, atendiendo a su desarrollo profesional y personal.
- Aspectos éticos y legales de la profesión: comprometerse a llevar adelante las responsabilidades sociales de acuerdo con principios morales y normas legales, teniendo en cuenta las diferencias individuales entre los pacientes.
- Sistema de salud y contexto social: tener en cuenta el contexto social y el sistema de salud en su conjunto, desarrollando la capacidad de utilizar los recursos disponibles para proveer atención de calidad.

Hasta aquí, hemos presentado definiciones de distintos autores acerca de la educación basada en competencias. Nuestro interés se centrará en los significados que otorgan al logro de la competencia comunicacional los actores del hecho educativo. Por tal motivo, consideramos importante dedicar los próximos apartados

de este texto a definir los significados que desde nuestro lugar damos al proceso de comunicación.

Capítulo 4-Acerca de las bases del proceso de comunicación

Preguntarse qué significa ser competente para comunicarse ya sea con los pacientes, los pares o la sociedad en su conjunto, implica formularse preguntas acerca del proceso de comunicación como totalidad.

Reconocemos junto a otros autores dos tipos de relación comunicativa con características y problemáticas específicas: la colectiva y la intermedia (Prieto Castillo, 1997), denominadas también, respectivamente, generalizada y grupal (Greimas, 1976). Ambas son parte de la vida cotidiana del médico: la comunicación colectiva se pone en práctica con todas las acciones destinadas a la prevención y promoción de la salud en la comunidad, mientras que la intermedia se juega en la relación con el paciente –que si bien tiene instancias individuales, involucra su entorno familiar-, en el vínculo con los otros miembros del equipo de salud y en el vínculo pedagógico con sus alumnos.

4.1-Elementos del proceso de comunicación

Desde la perspectiva señalada, se distinguen ocho elementos que se encuentran presentes en un proceso de comunicación (Prieto Castillo, 1997):

- Emisor: todo individuo o grupo de individuos que expresa un mensaje.
- Código: conjunto de reglas sociales de elaboración de mensajes, que fijan la forma de estructurar cada signo y su combinación con otros.
- Mensaje: elemento objetivo del proceso, lo que del emisor llega a los sentidos del perceptor. En un proceso de comunicación humana, los mensajes fundamentales son los verbales y los audiovisuales (imágenes,

sonidos, posturas, gestos, objetos...). Los mensajes pueden ser individuales o sociales. Mientras los primeros son generalmente únicos y se conservan en la memoria de sus perceptores, los segundos llegan a gran número de seres que los comparten aún sin conocerse y a través de diferentes medios y recursos.

- Medios y recursos: el medio es el vehículo a través del cual se propaga el mensaje. Prieto Castillo habla de medios y recursos porque incluye en este término no solamente al vehículo de difusión sino también a todo lo que ello implica: materiales, tecnologías, energía, recursos humanos, etc.
- Perceptor: todo ser que entra en relación con un mensaje. El término **perceptor** indica mucho más que una recepción automática de los mensajes; supone un esfuerzo de decodificación y también de interpretación, con aceptación o rechazo de los mismos.
- Referente: aquello a lo cual alude un mensaje, ya sea algo concreto (se habla de tal persona, de tal paisaje, de tal situación, de tal objeto...) o imaginario en sentido amplio (un anillo que permite volverse invisible, un genio que sale de una lámpara, un guerrero galáctico...).
- Marco de referencia: para la comprensión del mensaje se necesita una previa comprensión y valoración del contexto en el que el mensaje se encuentra inserto. A esta comprensión la denominamos marco de referencia. Por lo general, el emisor está inserto o conoce tanto el marco de referencia como la formación social del perceptor y elabora su mensaje a partir del mismo. Este hecho es fundamental en el proceso de comunicación, ya que el emisor tendrá que adaptarse de algún modo al perceptor para hacerle llegar el mensaje.
- Formación social: conjunto de interdeterminaciones económicas, políticas y sociales correspondientes a un determinado período histórico y a un determinado espacio social.

4.2-Intencionalidad del emisor

Todo mensaje está orientado hacia un fin: lo que el emisor espera lograr del perceptor. Como en todo acto de comunicación existe una determinada intención por parte del emisor, el papel que cumple el emisor en el proceso se denomina función de intencionalidad.

Entre los distintos tipos de intencionalidad señalaremos tres que nos parecen de importancia para nuestro trabajo (Prieto Castillo, 1997):

- **Mercantil:** El perceptor es tomado como un comprador a quien debe persuadirse para que consuma el producto. La intencionalidad mercantil es dominante en la comunicación social de nuestros países y alcanza a todas las capas de la población
- **Propagandística:** Ligada estrechamente a la primera, intenta persuadir en relación con una ideología, entendiendo por tal al conjunto de percepciones y valoraciones de la realidad que son comunes a los miembros de una determinada clase social y que condicionan su modo de vivir. La intencionalidad propagandística apunta a reafirmar las bondades de la propia ideología entre miembros de una misma clase o a su apropiación por los miembros de otra.
- **Educativa:** Resulta compleja de definir, porque las distintas concepciones de educación implican concepciones diferentes del proceso de comunicación. Compartiendo la visión de nuestros educadores latinoamericanos (Freire, 1975; Gutiérrez Pérez & Prieto Castillo, 1999) pensamos que en la intencionalidad educativa el emisor y el perceptor se transforman mutuamente, compartiendo mensajes y experiencias para lograr un fin común-el interaprendizaje -en sentido horizontal y a través de prácticas concretas. Las nociones tradicionales de educando y educador ceden el espacio a una tarea compartida en la que se ejerce no la simple persuasión sino el mutuo convencimiento.
Señala Prieto Castillo (1997) que “cuando la educación sale de ese proceso, nosotros no hablamos de intencionalidad educativa, sino que asimilamos la cuestión a la intencionalidad mercantil o propagandística.” (p. 25)

4.3-Calificación y autocalificación del perceptor

La estructuración del mensaje supone, por parte del emisor, una calificación del perceptor y una autocalificación. El punto de referencia para esta calificación es el concepto de sí mismo y de los otros que el emisor construye a partir de las relaciones sociales en las que se sitúa.

Desde un enfoque psicológico, Arbiser (1998) afirma que la singularidad de un sujeto se encuentra en relación con el grado de diferenciación que haya podido lograr respecto de su grupo de pertenencia. Señala especialmente la fuerza que tiene el grupo social a través de las demandas que le hace al sujeto, la adjudicación y la asunción de roles, en el interjuego con el mundo pulsional. El sujeto se encuentra entramado en la red social con sus pulsiones, su historia vincular y las circunstancias que le toca vivir en la actualidad.

Martí (2008) reconoce el papel fundamental de los vínculos en la estructuración de la identidad y el reconocimiento de la alteridad y considera que el advenimiento de los mismos se produce en una estructura fantasmática no sólo del grupo familiar sino del conjunto formado por las ideologías y creencias de lo sociocultural que atraviesan todos los vínculos.

Aulagnier (citada en Martí, 2008) sostiene que existe entre el sujeto y la cultura un contrato narcisista, por el cual la cultura reconoce al sujeto en un lugar de pertenencia a cambio del cual deberá transmitir los enunciados del discurso social. Martí (2008) agrega que cuando se mantiene el contrato narcisista entre sujeto y sociedad el sujeto tiene la garantía de contar con una pertenencia social que otorga identidad.

En una formación social, cada quien ocupa un lugar de acuerdo con las relaciones sociales de producción en las que está inserto. Dicho lugar tiene fuerte incidencia en su percepción y evaluación de la realidad. Por lo tanto, podemos considerar que todas estas evaluaciones y autoevaluaciones tienen siempre una connotación ideológica.

De acuerdo con la relación entre su contenido ideológico, el referente y el contexto, el mensaje puede cumplir una función reafirmadora (cuando no existen contradicciones entre ideología y lo que se vive en determinado espacio social) o dominante (cuando dicha contradicción está claramente marcada). Es importante señalar aquí que en situaciones de crisis, dicha contradicción entre ideología y existencia cotidiana suele ser tan brutal que no puede eliminarse a través de mecanismos ideológicos.

Señala Prieto Castillo (1997) que:

La evaluación y autoevaluación que protagoniza el emisor depende de su clase social. Ambas incluyen la descalificación de los miembros de las clases "inferiores" y la sobrevaloración de los integrantes de la propia clase, *lo sepa o no el emisor*, es decir, sea consciente o no de que se está evaluando y autoevaluando. De acuerdo con esto, insistimos, es como se elabora el mensaje. (p. 26)

Además de esa relación social general, la evaluación y la autoevaluación significan en la práctica de la comunicación la elección de las palabras, de las imágenes, la gestualidad, la forma de mirar y de relacionarse; es decir, ambas se aprecian en los detalles de la comunicación.

4.4-La formación social

Ningún proceso de comunicación puede estudiarse aislado de su formación social.

Señala Prieto Castillo (1997) que:

Hay formaciones sociales centrales y periféricas y dentro de estas últimas hay distintos matices, según sea la inflexión concreta de los modos de producción y, sobre todo, de las relaciones sociales que de ellos derivan. Hay mensajes internos a cada una y hay mensajes que circulan entre ellas. (pp. 26-27)

Así, los sectores que concentran el poder producen y difunden mensajes dominantes no solamente dentro de la misma formación social sino en otras. Más aún, al tener dichos sectores intereses idénticos en distintas formaciones sociales, se apela a los mismos mecanismos de elaboración y difusión, resultando el producto final en mensajes que responden a estructuras similares.

Aunque podrían parecer conceptos semejantes, la formación social y el marco de referencia no significan lo mismo. Mientras el marco de referencia es aquello que alcanza a percibir o a concebir un grupo social y que viene condicionado por el lugar que ocupa en las relaciones sociales vigentes, la formación social abarca la totalidad de los fenómenos, uno de los cuales es el proceso de comunicación.

Señala Prieto Castillo (1997):

La formación social constituye la totalidad de los fenómenos, uno de los cuales es el proceso de comunicación; abarca, de una manera general, la comprensión que de la misma (en su forma más inmediata- marco de referencia-) tienen sus integrantes. Cuanto más amplia sea dicha comprensión, mayor será la posibilidad de conocer y evaluar los motivos reales de un proceso de comunicación. Cuanto menos amplia, mayor apego al marco de referencia, mayor aceptación de lo que los mensajes indican, mayor creencia en los medios, mayor ingenuidad, mayor actitud acrítica... (p. 28)

La comunicación en la práctica médica tiene una alta significación social, no solamente por el número de personas al que alcanza sino por los aspectos cualitativos que comprende: las diferentes intencionalidades desde las cuales se pueden trabajar los mensajes, la autocalificación de los emisores y su calificación de los perceptores, el marco de referencia y la formación social de emisores y perceptores. Dichos aspectos, que condicionan la forma en que se llevarán a cabo los momentos del proceso de comunicación condicionan también la valoración que se realiza sobre la competencia de quienes comunican.

Coincidimos con Prieto Castillo (1997) en que prescindir de alguno de los ocho elementos implicaría una parcialización que condicionaría la comprensión y constituiría un vaciamiento del proceso de comunicación. Por ello nos proponemos descubrir los significados que quienes enseñan y aprenden asignan a la competencia comunicacional a la luz de las relaciones entre estos elementos fundamentales de dicho proceso.

4.5-Momentos del proceso de comunicación

En todo proceso de comunicación se reconocen tres momentos esenciales: elaboración, difusión y lectura.

Supongamos el caso de una sociedad signada por la necesidad de obtener adherentes a ciertas ideologías dominantes. Probablemente, la elaboración, difusión y lectura de mensajes estarían al servicio de intereses de quienes tienen poder económico y trabajan para lograr hegemonía en determinado contexto social. En este caso hablaríamos de una comunicación orientada por el autoritarismo en la que una primera línea de análisis de los mensajes permitiría identificar el dominio en las fases de elaboración y difusión destinado a lograr una determinada forma de lectura. (Prieto Castillo, 1997).

Sin embargo, como en toda sociedad se plantean contradicciones, los procesos autoritarios nunca son totales y por lo tanto, no pueden determinar ni todas las conciencias ni todas las conductas. Surgen procesos de comunicación alternativos al discurso dominante. Dichos procesos se producen en un proceso social alternativo y la comunicación resulta diferente en los tres momentos mencionados. Mientras en un proceso autoritario se busca lograr un máximo de impacto con la mínima cantidad de información a través de especialistas que hacen recortes de la complejidad de determinado contexto a la medida de los grupos que dominan el discurso, un proceso alternativo se caracteriza por la elaboración de mensajes que buscan ampliar la mirada a través de la comprensión de la trama de la sociedad, muchas veces de la mano de sus mismos actores.

En el proceso autoritario la difusión se logra monopolizando la distribución de mensajes impresos o audiovisuales, en tanto que en el proceso alternativo, todo sistema es válido, porque lo importante es lo que circula a través de los medios, no en manos de quién están.

En cuanto a la lectura, el proceso autoritario persigue una aceptación generalizada de las versiones dominantes, una postura acrítica y la incapacidad de indagar en profundidad. Una lectura alternativa, en cambio, significa en primer lugar poder acceder a mensajes que ofrezcan lo que interesa para orientar la conciencia y la acción (Prieto Castillo, 1997). Todo esto significa un largo y a menudo penoso proceso de aprendizaje que se logra a través de la actividad compartida, la discusión en grupo y el intercambio de experiencias.

En sociedades históricamente marcadas por un discurso autoritario, cabe pensar en la posibilidad de que la formación de comunicadores estuviera atravesada por ese mismo discurso. En el caso particular de los médicos, se sumaría a esta formación

social la de su comunidad científica de pertenencia, lo cual otorgaría al proceso de comunicación algunos matices que merecen ser tenidos en cuenta:

- Una relación asimétrica emisor-perceptor, en la que el emisor puede, según la intencionalidad con la que elabore los mensajes, hacer ostentación del poder que le otorga ser “el dueño de la información” o compartirla acompañando al perceptor a ejercer su derecho de apropiarse de ella.
- La existencia de dos códigos diferentes: el del lenguaje disciplinar, que corresponde al discurso con los pares en el entorno académico y otro protodisciplinar (Litwin, 1997) que caracteriza la comunicación con el público en general y es propio del ámbito asistencial.
- Un marco de referencia signado por modelos de relación médico - comunidad que casi hasta nuestros días promovieron una valoración mesiánica de la autoridad del primero en detrimento de la autonomía de la segunda. Ampliaremos este concepto en los próximos apartados de este texto.

4.6- ¿Comunicación o información?

La vida cotidiana muestra que existe una permanente demanda social hacia la competencia comunicacional del médico. Desde la relación interpersonal con los pacientes hasta la exposición pública en los “reality shows” -donde lo científico se mezcla con lo mágico y se expone frente a millones de personas en un cóctel armado según las leyes del espectáculo-existe una amplia gama de situaciones en las que se pone en juego su yo comunicador.

En este punto consideramos fundamental establecer la diferencia entre comunicación e información.

Pasquali (1964, citado en Prieto Castillo, 1997) señala que

En este nivel inter-racional comunicación definirá el intercambio de mensajes con posibilidades de retorno no-mecánico entre polos

igualmente dotados del máximo de coeficiente de comunicabilidad (R-T), e información, el envío de mensajes sin posibilidad de retorno no-mecánico entre un polo T y un polo R periférico y puramente aferente. De ese modo, el término de información connotaría la principal diferencia específica de la comunicación: es decir, aquella relación que establece entre polos con bajo coeficiente de comunicabilidad. (p. 29)

En la comunicación, ambos polos (emisor y perceptor) comparten el mismo proceso y están dotados del máximo coeficiente de comunicabilidad, lo que significa que la relación dinámica entre uno y otro se actualiza, se hace real por el hecho de que todo emisor se va convirtiendo en perceptor y así sucesivamente (Prieto Castillo, 1997).

Si bien es cierto que la posibilidad del retorno es una condición necesaria para la comunicabilidad, no es suficiente. También es importante la calidad de dicho retorno, en la que juegan un papel decisivo la intencionalidad, evaluación, autoevaluación y el marco de referencia de cada uno de los integrantes del proceso. La forma de comunicación correspondiente a las intencionalidades mercantil y propagandística, contiene siempre un bajo coeficiente de comunicabilidad.

Informar, en cambio, significa dar forma a ciertos datos sobre la realidad y transmitirlos de modo unilateral a través de canales que no permiten un retorno. Al respecto, Wiener (1969) señala lo siguiente:

Damos el nombre de información al contenido de lo que es objeto de intercambio con el mundo externo, mientras nos ajustamos a él y hacemos que se acomode a nosotros. El proceso de recibir y utilizar información, consiste en ajustarnos a las contingencias de nuestro medio y vivir de manera efectiva dentro de él... Vivir de manera efectiva significa poseer la información adecuada. Así pues, la información y la regulación constituyen la esencia de la vida interior del hombre tanto como de su vida social. (p.18)

A favor de la información, reconocemos que la recepción de datos es necesaria para posibilitar las más elementales relaciones sociales. Afirma Prieto Castillo (1997) que “el problema surge cuando se pretende que eso abarca la totalidad de la comunicación. Las relaciones sociales de comunicación se debilitan a tal grado, que pasan a ser relaciones sociales de información.” (p. 31)

Y agrega:

Información es poder, lo que significa que el mantenimiento generalizado de un bajo coeficiente de comunicabilidad en nuestros países proviene del intento de mantener, nacional e internacionalmente, un orden vigente, ya que dicho coeficiente presupone la división nacional e internacional entre informadores e informados.

Desde la intencionalidad educativa se impone la necesidad de buscar, aún en el uso de los medios de comunicación colectivo, un máximo coeficiente. Es decir, revertir el proceso de información hacia la comunicación. (p. 32)

Hemos resaltado ya en este texto el papel del médico como educador. Sin embargo, cabe señalar que en la práctica médica cotidiana nos encontramos con mensajes que parecen tener una intencionalidad más propagandística que educativa y en los que se percibe una infravaloración del perceptor. Tanto en la relación interpersonal como en la comunitaria existe el riesgo de que el médico convierta a la información en una herramienta de poder que le permita obviar el principio de autonomía de quienes necesitan de sus servicios.

La búsqueda de un mejor coeficiente de comunicabilidad llevó al surgimiento de visiones alternativas de la relación entre emisores y receptores que desde los campos de la comunicación social y la educación llegaron a la práctica médica impregnando de nuevos significados a la relación del médico con sus pacientes, la comunidad y los pares. En el anexo 1 del texto presentamos una síntesis del itinerario recorrido por la ciencia de la comunicación desde sus inicios hasta nuestros días. En cuanto a los vínculos entre la comunicación, la educación y la salud, nos referiremos a ellos en los próximos capítulos de nuestro trabajo.

Capítulo 5- Para una historia del vínculo entre Comunicación y Educación

El itinerario del vínculo entre la comunicación y la educación reconoce distintos paradigmas, instituciones y movimientos sociales. Comprender la forma en la que se construyó dicha relación, sobre todo desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, nos parece necesario para poder analizar las distintas formas de vínculo pedagógico que coexisten en las instituciones de educación superior y, en el caso particular de la formación médica, la influencia que el mismo ejerce sobre las relaciones que el graduado construye a posteriori durante su práctica profesional.

5.1-Comunicación para el desarrollo

Prieto Castillo (2006) señala que la comunicación para el desarrollo comenzó en Latinoamérica después de la segunda guerra mundial. En ese contexto los juegos de poder tenían lugar entre dos polos: por un lado, el progreso a través del conocimiento, la ciencia y la técnica, y por el otro, la carrera armamentista capaz de lograr la destrucción masiva. Quien ostentara el poder podía, entonces, alumbrar el porvenir o aniquilarlo.

Estados Unidos, el gran “ganador” de la segunda guerra mundial, era el centro desde el cual se irradiaban la ciencia y la técnica. Los amos del poder económico eran los dueños del universo y los que poseían el legítimo derecho de dictar modos de hacer y formas de llevarlo a la práctica.

Ese poder y ese derecho se sustentaban por un lado, en las claves de la economía norteamericana (el laboratorio y el extensionismo agrícola) y por otro, en el paradigma de la comunicación y la educación reinante en aquella época: la teoría de los efectos. Cuando Truman planteaba los beneficios de la ciencia y la técnica para superar el subdesarrollo, proponía una manera de producir y relacionarse que no era otra que la extrapolación del modelo que había resultado exitoso en su país.

La transferencia del mismo requería una forma de comunicar basada en la convicción de que el discurso podía cambiar conductas.

Dice Prieto Castillo (2006):

Lo que a comienzos de este siglo se vivió como una denuncia ante la supuesta pasividad de las masas, llevadas y traídas por el discurso eficaz de algún líder, se fue deslizando hacia la convicción de que el poder de la palabra basada en cierta verdad y, sobre todo en la ciencia podía también cambiar el ser, el percibir y el hacer. (p. 35)

El maestro mendocino señala dos momentos de la Comunicación para el desarrollo en América Latina: El primero, en los años cincuenta, con el impulso a la extensión rural. El segundo, mucho más vigoroso, hacia 1961, con la Alianza para el Progreso.

La propuesta se sustentaba en la necesidad de cambiar conductas y creencias para impulsar a la gente a salir de modos de ser y de percibir que le eran propios. Así, el paradigma dominante de la comunicación entró en la jerga de los extensionistas, de los promotores de salud y de agentes para el cambio social que trabajaban en el marco del asistencialismo.

La suposición de que el ideal de la comunicación promovido por la Escuela Norteamericana podía aplicarse en cualquier contexto generó en Latinoamérica un movimiento de resistencia que daría lugar a nuevos paradigmas.

Con relación a esta mirada distinta sobre la comunicación nacida en Latinoamérica, Prieto Castillo (2006) señala algunas consecuencias para la práctica generadas por la permanencia del modelo clásico que surgieron de las interacciones, testimonios e intercambios de información a lo largo de 15 años de experiencia en capacitaciones realizadas en distintos países de la región:

- El protagonismo institucional que legitima la emisión privilegiada.
- La reducción de lo comunicacional a medios.
- El énfasis en lo comunicacional en el trabajo con el público que se iba a transformar, sin toma de conciencia de los problemas de la comunicación intraorganizacional e interinstitucional.
- La especialización del trabajo comunicacional como capacidad de unos pocos.
- La confianza excesiva en el poder de los mensajes para cambiar conductas.

- El pobre conocimiento de las conductas de los destinatarios.
- Consecuencia final de lo comunicacional ligado a impactos sin relación con lo cultural: la participación de la gente no constituía una prioridad, interesaban sobre todo los estímulos adecuados y el cambio de conductas.

Vale la pena señalar respecto de este tema que la política neoliberal de las últimas dos décadas contribuyó a que la educación no formal perdiera peso, y al reverdecimiento del paradigma clásico expresado tanto en las inversiones realizadas en proyectos y medios masivos de comunicación como en materiales enviados a la población bajo la pretensión de impulsarla a entrar en procesos de modernización. El análisis de dichos materiales permitió encontrar muchas constantes, como el desconocimiento de las características de los destinatarios, la presencia de estereotipos raciales y de género, la descontextualización y la preeminencia de discursos colmados de tecnicismos así como de indicaciones de tipo directivo.

Las décadas de comunicación signadas por el paradigma dominante no lograron transformar las relaciones económicas y la reducción de las desigualdades sociales, ya que el paradigma era coherente con la estructura institucional de la cual provenían las propuestas. (Prieto Castillo, 2006)

Desde el punto de vista cultural, la pretensión de cambiar conductas y percepciones tradicionales para “entrar en la fase superior del desarrollo” tuvo un resultado tan o más pobre que el esperado desarrollo económico. Tomando como ejemplo el caso de la comunicación rural, el intento de cambiar modos de ser y actuar propios del campesinado apelando al poder persuasivo de los mensajes y a las soluciones dadas por centros especializados no indujo cambios significativos. Como señala Prieto Castillo (2006), “la revolución del campo no fue nunca producto de una pretendida revolución comunicacional” (p. 43)

Desde el punto de vista educativo estas modalidades de educación no formal apostaron al impacto, a la persuasión y a la distribución de soluciones que poseían todo el saber. No hubo base pedagógica, el movimiento se sostuvo en una confianza excesiva en los mensajes y la palabra del especialista.

Como aspectos positivos de este movimiento, se pueden destacar:

- La consolidación en el período considerado de grupos de comunicadores que fueron ampliando el paradigma dominante, tanto por sus

experiencias con distintos sectores sociales como por el intercambio con propuestas locales basadas en otros paradigmas.

- La existencia de instituciones que acompañaron estos procesos, como las agencias internacionales de apoyo al desarrollo que pese a algunas críticas posibles fueron generando espacios de reflexión, de diálogo y de intercambio de experiencias, que reorientaron la forma de comunicar.
- La apertura de las carreras de comunicación social. Si bien se critica que las mismas no se abrieron hacia la educación popular pese al contexto Latinoamericano, algunos de los egresados se fueron incorporando en proyectos de apoyo al desarrollo.
- La presencia de algunas materias de comunicación en los establecimientos dedicados a la formación de ingenieros o técnicos agrícolas.

La comunicación para el desarrollo tuvo pretensiones educativas sin una base pedagógica, por lo tanto no se detuvo en la reflexión; intentó simplemente sembrar conocimientos y transformaciones.

No logró ser una apuesta por la democratización del uso de los medios tanto por las razones técnicas como por la rígida división establecida entre “los que saben” y “los que no saben”.

5.2-La Comunicación popular

La tradición cultural de América Latina fue, al mismo tiempo, una forma de resistencia contra el paradigma dominante y una fuente para abrir caminos hacia una comunicación diferente.

La comunicación popular era parte de la sociedad aún antes de la llegada del paradigma dominante. Señala Prieto Castillo (2006) que “los comunicadores sociales no inventamos nada, la misma sociedad nos fue llevando a reconocer lo que había en su seno.”(p.46)

Y continúa diciendo que:

El sentido de lo comunicacional en nuestras tierras no provino ni de la academia, ni de los especialistas, ni de la mirada de los sectores privilegiados de la sociedad.

Las radios populares fueron un clarísimo ejemplo de esto último (...) Nacieron porque la sociedad las necesitó y los intelectuales luego comenzaron a pensarlas y a abrir la reflexión para colaborar con esos movimientos ofreciendo una sustentación teórica. (p.46)

La diversidad cultural en todo el entramado social favoreció la gestación de un movimiento que, a partir de un mosaico de experiencias, tuvo puntos en común suficientes como para permitir el reconocimiento de una comunicación y una educación populares alternativas a la comunicación y educación dominantes, sobre todo en las décadas del 60 y 70.

La resistencia a los modelos impuestos no fue una cuestión meramente comunicacional; se reclamaban condiciones de vida dignas y el ejercicio real de la democracia. Estos movimientos de resistencia se han actualizado y reafirmado a lo largo de la historia latinoamericana contemporánea frente a la desigualdad social, el autoritarismo y la corrupción económica.

Desde la educación popular se realizaron valiosos aportes:

- La visión de la comunicación como cuestión de sujetos en relación
- La participación como protagonismo necesario para el ejercicio de la democracia
- La importancia de la comunidad y la acción colectiva
- El derecho a la comunicación
- La intención educativa de la comunicación
- La visión de la comunicación y el desarrollo
- El compromiso con los sectores sociales populares

La educación popular se planteó a partir de la necesidad de proveer en el contexto latinoamericano un mecanismo de redistribución de las oportunidades, una posibilidad para tratar temas pendientes en la sociedad y brindar espacios para la reflexión de cara al futuro.

Destaca Prieto Castillo (2006) que siempre hubieron valores válidos en la educación popular: la organización, la crítica y la autocrítica, el no a la corrupción y a la pobreza, la educación para la democracia y la paz, el trabajo en el conflicto y la incertidumbre.

Una síntesis sobre el significado de la educación trabajada y vivida desde lo alternativo y popular fue propuesta por Beltrán (1979) en su texto *Adiós a Aristóteles: la comunicación horizontal*:

- Un proceso igualitario de comunicación acceso-diálogo-participación, se hace sobre la estructura de los derechos-necesidades-recursos y se dirige a la realización de múltiples propósitos.
- El acceso es la precondition para la comunicación horizontal; sin él no puede existir interacción social democrática.
- El diálogo es el eje de la comunicación horizontal, con el fin de evitar la monopolización de la palabra por el monólogo.
- La participación es la culminación de la comunicación horizontal.
- Desde la perspectiva de la viabilidad práctica, el acceso-diálogo-participación constituye una secuencia probabilística. Se considera más factible obtener que más gente reciba los mensajes que construir circunstancias que hagan factible el diálogo, y el hacer esto último se considera más factible que efectivamente convertir a cada persona en un emisor importante
- El acceso es esencialmente un asunto cuantitativo-El diálogo es eminentemente cualitativo y la participación es cualitativa/cuantitativa.
- El acceso, el diálogo y la participación son los elementos clave del proceso de comunicación horizontal

Las propuestas mencionadas son un punto de llegada de procesos sociales, ya que la tensión y la búsqueda en la comunicación existen en la medida en que existen disparidades sociales.

La comunicación popular vuelve siempre en el marco de la educación popular, porque representa una necesidad de amplios sectores de la población y porque surge desde la vida cotidiana de estos últimos y de organizaciones que impulsan transformaciones sociales.

5.3-Revisión crítica de la comunicación popular

Los regímenes autoritarios de la década del setenta atacaron a personas comprometidas con la educación popular. Las formas de llevar adelante la práctica pedagógica produjeron experiencias riquísimas y también, como contrapartida, situaciones de ausencia pedagógica.

A mediados de la década del 80 se inició una revisión crítica de la educación popular. La situación política y económica y su proyección sobre lo comunicacional llevaron a reflexionar sobre los logros alcanzados sobre la misma durante más de veinte años.

Prieto Castillo y Gutiérrez Pérez (1993, citado en Prieto Castillo & van de Pol, 2006) caracterizan la educación popular de las décadas del 70 y 80 como:

- **Partidista sin partido:** Las organizaciones que proponían la oposición al autoritarismo de los partidos tradicionales resultaban tan o más verticalistas que éstos.
- **Popular sin pueblo:** Existía una contradicción entre un discurso que propugnaba el diálogo y la práctica, en la que se observaba una tendencia a la imposición de la palabra y la direccionalidad.
- **Educativa sin Pedagogía:** Se observaba un enfrentamiento entre la educación formal y la no formal, una idealización de los recursos técnicos, el taller y las dinámicas y la falta de conexión con el saber formal. Se trivializó el trabajo educativo, con la prevalencia de lo técnico sobre lo pedagógico.
- **Política sin proyecto:**

Como resultado de lo anterior se generaron tensiones entre la ciencia y la educación, que permanecen hasta nuestros días. Asimismo, la soledad del educador popular resultó un obstáculo para sistematizar y compartir experiencias. Finalmente, la educación de la década del 70 y buena parte de los 80 se mostró demasiado segura de sus certezas y de sus referentes.

Los aportes realizados por la educación popular para la comprensión y la práctica del aprendizaje fueron:

- Un aprendizaje basado en la práctica y la experiencia, tomando como punto de partida la vida cotidiana de la gente.
- El uso de tecnologías apropiadas para comunicarse.
- El privilegio del aprendizaje grupal y comunitario.
- Una actitud de crítica social hacia formas dominantes de la comunicación y el ejercicio del poder.
- Un reconocimiento del papel del educador.
- Un apasionamiento por la voz de los demás, su cultura, su memoria.
- Una educación pensada políticamente hacia el futuro.

Y sus limitaciones:

- La respuesta refleja al paradigma de comunicación dominante
- La creencia en la omnipotencia de las dinámicas

5.4-La comunicación alternativa

Desde su experiencia en el movimiento de comunicación alternativa en Latinoamérica, Prieto Castillo (2006) rescata algunos aspectos relativos a la preocupación por la comunicación en el ámbito de la educación.

La comunicación alternativa, con fortalezas y debilidades, permitió abrir la mirada a tensiones presentes en el tejido social, y mantiene su vigencia porque dichas

tensiones permanecen como una constante en cualquier contexto. En los próximos apartados describiremos algunas formas de concebirla y practicarla.

5.4.1-Práctica de la denuncia

La comunicación orientada a la construcción de una sociedad distinta, impulsora de la concientización y proyectada hacia el futuro. A ella se sumó el recurso de la lectura crítica de mensajes.

La tendencia a la denuncia y la concientización significó en algunos casos la exclusión de otras líneas de análisis y práctica.

Algunas de sus consecuencias fueron:

- La violencia discursiva, con oposición al discurso dominante de otro discurso alternativo, también violento.
- La verdad como una luz que va directo a la conciencia, obviando aspectos formales y estéticos del discurso.
- La legitimación por los sectores portadores del discurso, sostenido por la ilusión de la pertenencia a la exterioridad del sistema.
- La caída en el terreno de la persuasión, cuando en el afán de concientizar terminaba confundándose el discurso alternativo con el político tradicional.

5.4.2-Matices de lo alternativo

Prieto Castillo (2006) reconoce que la expresión comunicación alternativa es demasiado vasta, y que planteándola en forma absoluta debería abarcar el proceso de elaboración de los mensajes, a los mensajes mismos, a su circulación, a su lectura y a su uso, todo lo cual no se da en forma ideal. Asimismo, plantea que la

medida de lo alternativo es el espacio social, la institución, el contexto donde se dan estos procesos.

En el caso de Latinoamérica, el maestro mendocino señala que:

Si la medida de lo alternativo es la situación en que los procesos se viven, en la coyuntura actual de los países latinoamericanos, la medida de lo alternativo pasa por los intentos de recuperar, defender, sostener, ampliar las relaciones democráticas y ello significa, en el campo de la comunicación, una ampliación de los espacios de decisión sobre el contenido y la forma de los mensajes: una organización no vertical para la producción y una generalización de la lectura crítica, tanto de los mensajes dominantes como de los alternativos.(p. 60)

¿Cómo plantear lo alternativo a formas dominantes de orientar el aprendizaje en las aulas y la educación no formal?

La propuesta de Prieto Castillo parte de una mayor responsabilidad de los educadores hacia lo que le pedimos al estudiante que haga para aprender; esto es lo que se denomina práctica de aprendizaje.

En las prácticas de aprendizaje se juega una comunicación alternativa que busca la interlocución, la personalización, la claridad, el entusiasmo y la riqueza expresiva.

Como consecuencias para el aprendizaje, podemos señalar que el concepto de que lo alternativo está en toda sociedad abrió un amplio campo de análisis para la comunicación alternativa. Las aspiraciones de un movimiento a favor de la democratización de la sociedad tienen consecuencias importantes para el aprendizaje porque intentan abrir oportunidades de acceso a la información, a la expresión, a la participación, al impulso crítico, a las tecnologías.

Pese a las nuevas posibilidades abiertas por las tecnologías digitales, los anhelos de la comunicación alternativa permanecen sin cumplir. Porque el juego entre lo dominante y lo alternativo es permanente y la tensión no desaparece nunca.

5.5-Comunicación y Cultura

Dice Prieto Castillo (2006) que “la comunicación popular y la comunicación alternativa tuvieron una fuerte vocación por lo cultural” (p. 62), razón por la cual la corriente de los estudios culturales en la década del 80 no inauguró nada nuevo en

América Latina. Ya se habían generado con anterioridad espacios de constante reflexión en terrenos como el del arte o la educación-desde Simón Rodríguez hasta Paulo Freire-dirigidos hacia el respeto y las alternativas de expresión a la cultura popular.

Desde lo comunicacional se impulsó una recuperación de la estima por la propia expresión, las tradiciones y hacia formas de vida que se encontraban fuera de la oferta de los medios y de la educación formal.

Dicha valorización, sin embargo, estuvo sesgada por cuestiones como el mito de la exterioridad, la idealización de lo que sonara a popular, la desconfianza hacia lo que no sonara “militante”

5.5.1-Estrechamiento de lo cultural

Alfaro (citada en Prieto Castillo, 2006) presenta algunas reflexiones acerca de la consideración de lo cultural, vertidas en una revisión sobre los alcances de la educación popular.

La investigadora peruana resalta algunos matices de lo cultural dentro de la educación popular:

- Modelos intransigentes sobre cultura y ética popular: la comprensión sobre los sujetos se detenía solo a mirar la problemática social objetiva y las capacidades del pueblo como sujeto colectivo, con una comprensión esencialista de las identidades.
- La comunidad sobre el individuo. El colectivismo trajo problemas e incomprendiones basadas en la oposición absoluta entre individuo y comunidad. El fenómeno de la comunicación como encuentro placentero fue descubierto a medias.
- Una comunicación sin perspectiva pública ciudadana. La noción de país, de comunidad amplia se fue perdiendo, limitando la expresión de nuevas formas de lo colectivo. La reclusión en las experiencias alternativas, aisló a los sectores populares de los conflictos nuevos que planteaba una realidad cambiante.

La década del 80 reclamó la comprensión de la complejidad social y de lo comunicacional. Se pusieron en crisis los paradigmas de la influencia mecánica del discurso dominante y de la concientización por coacción externa.

Llegó el tiempo de que Latinoamérica pasara de los medios a las mediaciones.

5.5.2-En torno a la vida cotidiana

Señala Prieto Castillo (2006) que los caminos hacia lo que se denominó en Latinoamérica la “ruptura epistemológica” se fueron construyendo a partir de la confrontación con la realidad de estos países, fundamentalmente a partir del reconocimiento de los alcances de la vida cotidiana.

Se reclamaba una lectura de la vida cotidiana desde el punto de vista de su ambigüedad, su dialéctica en los espacios familiares, de trabajo y en el ámbito social; de su necesidad de recreación y de sus ámbitos de ruptura.

La reflexión acerca del “desde donde” se leían los mensajes, llevó a pensar que los actores sociales son quienes construyen los procesos generales de la comunicación, y a partir de ello, a investigar sobre los modos de vivir y construir esas mediaciones.

Este cambio radical en el modo de concebir y practicar la comunicación también cambió la manera de conceptualizar y practicar la educación.

Mattelart, A. (2003, citado en Prieto Castillo, 2006) plantea fortalezas y debilidades del concepto de mediación cultural:

(...) la noción de mediación ha hecho pensar la sociedad en términos de redes, en términos de cultura y no ya simplemente en términos de comunicación (...)

La noción de mediación ha representado un salto gigantesco porque ha permitido descubrir un conjunto de problemáticas, ha hecho posible plantearse preguntas como qué es la democracia, qué es el Estado (...)

Con la mediación han vuelto problemas como el de la Ciudadanía, la sociedad civil, el problema de la cultura. Pero al mismo tiempo, el concepto de mediación ha llevado a un relativismo en relación con las instituciones del poder y con las relaciones de fuerza entre culturas. (p. 66)

Como consecuencias para el aprendizaje, podemos destacar que los estudios culturales han tenido una gran influencia en la investigación de la comunicación y en los programas de muchas carreras de la especialidad.

Como aporte puede señalarse el reconocimiento y aplicación de técnicas de investigación cualitativa que han permitido la revalorización de los sujetos, un acercamiento a la vida y las interacciones de la gente.

No puede asegurarse, en cambio, su influencia en la educación formal en general y en la enseñanza de la comunicación en particular. Se mira la cultura sin cambiar los viejos modos de enseñar y aprender.

5.6-El marketing educativo

Prieto Castillo (2006) utiliza la imagen del huracán para describir al neoliberalismo de la década del 90, del cual Argentina es el caso paradigmático. Tales vientos llegaron al ámbito educativo proponiendo todo tipo de soluciones a los problemas educativos a través de la técnica del mercadeo.

Según la definición de Manes (2000, citado en Prieto Castillo, 2006), el marketing educativo puede definirse como “el proceso de investigación de las necesidades sociales, para desarrollar servicios educativos tendientes a satisfacerlas, acordes a su valor percibido, distribuidos en tiempo y lugar , y éticamente promocionados para generar bienestar entre individuos y organizaciones.” (p. 67)

Es un hecho que el mercadeo está en todos los rincones de la vida social, y por lo tanto no podría descalificárselo como corriente de pensamiento y acción. Sin embargo, la versión de mercadeo social que se introdujo en América Latina, carente de rigor y de capacidad técnica, abandonó la lógica del marketing comercial y sirvió para retornar al paradigma de la excesiva fe en el uso exclusivo de los medios con supuestos fines educativos.

Los límites del mercadeo social criollo se vieron profundizados por la aplicación del modelo neoliberal que restringió la disponibilidad de recursos para la educación formal y no formal; el Estado pasó a omitir su función de velar por las necesidades de la población al no contar con información acerca de problemas cotidianos.

La década del 90 en Latinoamérica dejó una aplicación del marketing restringida, sujeta a improvisaciones y creencias en la omnipotencia de los medios.

En cuanto al marketing educativo, el concepto resulta chocante para los educadores, porque la educación es una forma de relación social que tiene su propio lenguaje, sus propios espacios y sus propias prácticas; no necesita-ni puede-aplicar las fórmulas aplicables a otros ámbitos, no puede resolver situaciones a través del juego de la oferta y la demanda.

Como consecuencias para el aprendizaje, podemos señalar que se reconoce el valor del marketing para mostrar lo que se posee, para atraer la atención de los estudiantes y de la comunidad, así como el papel que desempeña el marketing social en procesos de movilización de la población y se rescata el valor que esta tendencia atribuye a la segmentación y educación de públicos, porque permite conocer mejor vidas y culturas ajenas.

Sin embargo, las propuestas del marketing educativo no pueden hacerse extensivas a todo lo que sucede en el trabajo educativo.

5.7-Las carreras de comunicación

Lo comunicacional no se constituye porque la Universidad lo piense; sin embargo le cabe a las instituciones de educación superior la profesionalización, la emergencia y la legitimación entre otras profesiones.

¿Cuál es la realidad de las carreras de comunicación en el contexto Latinoamericano?

Señala Prieto Castillo (2006) que “la formación de comunicadores fue hija del periodismo y del viejo discurso universitario”. (p. 72)

Veamos un ejemplo que sustenta esta afirmación:

La iniciativa para la fundación de la primera carrera de Periodismo en Mendoza provino del gremio de prensa: eran los mismos periodistas los que buscaban capacitación y reconocimiento educativo a una labor cimentada sobre la práctica. Se buscaba formar un periodista con buena técnica, bien informado y culto-en la concepción de cultura de entonces-. En general, los contenidos se enseñaron

según la visión de quienes venían de otros campos: las líneas del saber desde ellas mismas, sin mayor orientación a lo comunicacional.

Del viejo discurso universitario se heredaron:

- La división entre ciencias dignas y ciencias siervas
- La fragmentación y el aislamiento de la cátedra tradicional
- La rigidez de los itinerarios curriculares
- El sistema expositivo de transferencia de conocimientos

Señala Prieto Castillo (2006) que el tema de las tecnologías analógicas en la década del sesenta se abordó con el peso del viejo discurso universitario y el mismo problema se aplica hoy a las tecnologías digitales.

La economía de mercado generó un retroceso en el campo de la comunicación y la cultura: el mercado absorbe a los profesionales y también dicta las temáticas de investigación. A la vez, las universidades se encaminaron a las tendencias del mercado con la pérdida del horizonte social de las carreras de comunicación.

Si bien es cierto que todas las líneas vinculadas a una comunicación relacionada con la educación y la cultura se cultivaron en América Latina y tuvieron una gran resonancia en las maneras de hacer comunicación en todo el mundo, dichas líneas fueron siempre opciones de una minoría de establecimientos. Pero también es cierto que a pesar de sus contradicciones, el movimiento latinoamericano generó teoría, metodología y práctica en todos nuestros países.

Las carreras de comunicación tienen una deuda con el tema de la pedagogía y los usos pedagógicos de las tecnologías; sin embargo debe reconocerse que esta deuda no es atribuible a las carreras, sino a la universidad como sistema que no ha logrado aún superar los límites del discurso tradicional.

En este punto, Prieto Castillo (2006) nos da un ejemplo de comunicación educativa: rescata de la vida cotidiana de nuestros pueblos una frase del refranero español mediándola pedagógicamente para nosotros: “dime qué hiciste con las anteriores tecnologías y te diré qué harás con las nuevas” (p. 76)

Y agrega:

“Dime cómo enseñas y promueves el aprendizaje en el resto de las carreras y te diré cómo lo haces con la enseñanza y la promoción del aprendizaje de la comunicación”. (p. 76)

Concluye el maestro mendocino en que las carreras que fueron pioneras en la reflexión y ampliaciones del campo de la comunicación, no lo fueron en innovaciones pedagógicas basadas en la comunicación para enseñar y aprender. Podríamos agregar a esta reflexión que la escasa relación entre las carreras de comunicación y las de ciencias médicas ha contribuido a sostener muchas de las dificultades que presenta la comunicación vinculada a la salud, tema que desarrollaremos en los próximos capítulos de este texto.

5.8-Comunicación y educación en América Latina

Aunque se reconocen como maestros de la comunicación y la educación en América Latina a Simón Rodríguez y Paulo Freire, las transformaciones de fondo que podrían haberse impulsado a partir de sus propuestas continúan demoradas, tanto en la educación formal como en la no formal. Si bien se contaba con sólidos cimientos pedagógicos para impulsar la educación no formal en los años setenta, primaron concepciones que buscaban la movilización hacia proyectos sociales diseñados por quienes impulsaban los procesos sociales.

Existieron, no obstante, experiencias valiosas basadas en una pedagogía que promovía la práctica de la libertad, y si no fueron más, esto se debió a las acechanzas de dentro y de fuera: el autoritarismo, el miedo a la libertad, el predominio del paradigma dominante.

5.8.1-Orígenes y desarrollos de la comunicación educativa

En la década del sesenta, el término “comunicación educativa” suponía dejar en el camino los “lastres” de la cultura tradicional para lograr el desarrollo.

Para la comunicación no formal se contaba con el impulso dado por la comunicación para el desarrollo; para la educación formal el impulso llegaba a

través de la revolución de los medios en la enseñanza. Se produjo la irrupción de las tecnologías analógicas: retroproyectors, filminas, diapositivas, circuitos cerrados de televisión.

Prieto Castillo (2006) recuerda cómo los países en desarrollo gastaron cifras exorbitantes en equipos llamados a cambiar para siempre la educación. El cambio tecnológico, al no acompañarse de un cambio pedagógico tuvo un resultado pobre. La marcha irresistible hacia el progreso consideraba que también debían tomarse otros espacios. La creencia de que los mensajes y los medios eran todopoderosos hacía pensar que la educación y la prensa juntas podían lograr el desarrollo de un proyecto de cambio que sacara del atraso a nuestras sociedades.

En ese contexto nacieron instituciones como el ILCE (Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa), el CIESPAL (Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina) y el ILPEC (Instituto Latinoamericano de Pedagogía de la Comunicación) cuya propuesta fue mirar directamente lo comunicacional en clave pedagógica.

Su fundador, Gutiérrez Pérez (1987, citado en Prieto Castillo, 2006) se refiere a la Pedagogía de la Comunicación como:

(...) la síntesis pedagógica que fundamentándose en una nueva visión del hombre y de la sociedad, concibe el aprendizaje como un proceso endógeno y permanente que hace del educando un ser creador, actualizador y realizador de su propio ser, convirtiéndose por la comunicación con los otros hombres en actor y recreador de la historia. (p.93)

Para Gutiérrez Pérez, una de las tareas prioritarias de la pedagogía de la Comunicación es lograr la integración pedagógica de lo racional con lo afectivo-subjetivo, rescatando lo subjetivo como eje esencial.

Prieto Castillo (2006) propone desde sus treinta años de experiencia en el espacio de la comunicación educativa dos caracterizaciones diferentes, una de la década del 80 y otra de los 90, que tienen en común su punto de partida: la convicción de que no existe educación sin comunicación, lo cual supone pensar la comunicación en clave pedagógica.

Comunicación educativa es aquella que:

- Tiene como protagonistas a los sectores involucrados en ella
- Refleja sus necesidades y demandas
- Se acerca a su cultura
- Acompaña procesos de transformación

- Ofrece instrumentos para intercambiar información
- Facilita vías de expresión
- Permite la sistematización de experiencias mediante recursos apropiados a diferentes situaciones.
- Busca una democratización de la sociedad basada en el reconocimiento de las grandes mayorías para expresarse, descubrir su realidad, construir conocimientos y transformar las relaciones sociales en las que están insertas.

La concepción de comunicación educativa de Prieto Castillo corresponde a una comunicación profundamente humana, comprometida con la socialización no violenta, con el respeto por las diferencias, centrada en la tarea de promover y acompañar el aprendizaje en todos los espacios y con adecuadas mediaciones instrumentales, lingüísticas y sobre todo humanas.

Una comunicación educativa que se basa en los siguientes principios:

- Emergencia de los sujetos en las relaciones sociales
- Valoración de todas las personas
- Diversidad y diferencia de todas las personas
- Flexibilidad
- No violencia comunicacional
- Belleza expresiva
- Eficacia comunicacional
- Comunicabilidad
- Historicidad y prospectiva
- Cooperación y solidaridad

De los principios de la comunicación educativa se desprenden tareas:

- Promover y acompañar el aprendizaje
- Abrir caminos a la emergencia de los sujetos en el acto educativo
- Apropiarse, crear y recrear conocimientos y cultura
- Recuperar la experiencia y la memoria personal e involucrarla en el propio aprendizaje
- Aprender sobre las propias prácticas sociales
- Aprender en la colaboración, en la solidaridad y en el interaprendizaje
- Aprender expresándose y comunicándose

- Aprender de manera placentera
- Desarrollar una actitud investigadora

5.8.2-La Educomunicación

El término educomunicación es utilizado por organizaciones de nuestros países dedicadas a la educación popular, educación para la comunicación, educación para los medios, comunicación en educación no formal y formal.

En relación con este tema, Prieto Castillo (2006) recupera la tradición de la lectura crítica de mensajes, que ha resultado al mismo tiempo una práctica de comunicación y un aporte a la educación formal.

La educomunicación aspira a:

- Dotar a las personas de las competencias expresivas imprescindibles para su desenvolvimiento comunicacional y su creatividad
- Ofrecer instrumentos para comprender la producción social de comunicación, valorar cómo funcionan las estructuras de poder, cuáles son las técnicas y elementos expresivos que manejan los medios y apreciar los mensajes con distanciamiento crítico, reduciendo al mínimo los riesgos de manipulación.
- Fomentar una inteligencia general que despierte la curiosidad general y la necesidad de hacer preguntas.

5.8.3-La Comunicación en la Educación

A fines de los años 90 se comienza a hablar de comunicación en la educación.

Tratando de pensar la comunicación en totalidad dentro de la educación formal, Prieto Castillo (2006) propone seis instancias expresadas en clave comunicacional e integradas en una visión que surge como alternativa a las situaciones que empobrecen el aprendizaje: la entropía comunicacional intra e interinstitucional, la incapacidad del educador de llegar al otro, el desarrollo de materiales a espaldas del interlocutor, la negación del contexto, el cierre a la incorporación de las tecnologías, el desprecio por la experiencia como fuente de conocimientos.

Así, los aprendizajes que comprenden al educador, al grupo, al contexto, a la institución, a los materiales, medios y tecnologías y al propio ser del que aprende (el consigo mismo) se constituyen en una parte central de la Pedagogía del sentido, surgida desde la tradición de la comunicación educativa de América Latina, y a la cual aspiramos en todos los espacios.

5.8.4-La Mediación pedagógica

La metodología de la mediación pedagógica, con su marco conceptual, nació en dos proyectos de educación a distancia en las universidades Rafael Landívar y San Carlos de Guatemala, realizados desde 1987 a 1993.

La mediación se centró en el tratamiento comunicacional de contenidos, formas de expresión y prácticas de aprendizaje en relaciones presenciales o a distancia, para posibilitar el acto educativo con una visión participativa, creativa, expresiva y relacional.

Los principios de la mediación pedagógica son los siguientes:

- Pedagogía del sentido, fundamentada en el hecho de que hay seres involucrados en la tarea de enseñar y aprender.
- En la Pedagogía del sentido el primer referente es el aprendizaje.
- El sentido del acto educativo pasa, fundamentalmente por la posibilidad de que alguien se construya como ser humano.
- En el sentido entra también el educador, tanto en el trabajo con sus estudiantes como en la producción de conocimientos.

- En el sentido entran también las instituciones, no solo en el logro personal de sus educadores y educandos, sino en sus aportes a la relación interinstitucional y con la sociedad en general.
- El sentido implica también el uso de las tecnologías y los materiales en todas sus posibilidades comunicativas y pedagógicas en función del aprendizaje.
- El sentido también se juega en las prácticas de aprendizaje, porque en cada práctica el educador entra en la vida, en el quehacer y en el tiempo de sus educandos.

La búsqueda del sentido, que se construye a partir de un acto de fe en la propia persona y en los otros, supone la existencia de sinsentidos de los cuales busca diferenciarse. Una situación áulica en la que el docente deja de lado la palabra o las experiencias de sus estudiantes, una institución que no acompaña la capacitación de sus docentes, la mirada descalificadora de un médico frente a un paciente que manifiesta una adicción, podrían ser ejemplos de estos sinsentidos que se oponen a la serenidad y la alegría que son fundamentales para que exista el interaprendizaje.

Como señala Prieto Castillo (2006):

Reconvertir la manera de enseñar es un proceso largo que supone cambiarse profundamente a uno mismo, y esto no solo se logra por informarse o por adquirir algunas técnicas, que no descalifico. Se logra por un esfuerzo sostenido de aprendizaje, aprendizaje de uno mismo, de las propias posibilidades, aprendizaje de la cultura de nuestros estudiantes, aprendizaje de las virtudes y defectos de nuestras instituciones, aprendizaje de la comunicabilidad de los medios y materiales utilizados. (p. 128)

La propuesta de una Pedagogía del sentido también incluye sus propias metodologías y recursos. Prieto Castillo (2006) considera que “la mediación pedagógica adquiere en este terreno todo su sentido. La promoción y el acompañamiento del aprendizaje se producen en el juego de las prácticas. Sin ellas no hay qué promover ni acompañar.” (p. 133)

5.8.4.1-La mediación pedagógica de las tecnologías

Para Prieto Castillo, una tecnología adquiere valor pedagógico cuando se la utiliza sobre la base del aprovechamiento de sus recursos de comunicación, y su valor pedagógico proviene de su mediación para promover y acompañar el aprendizaje. La mediación pedagógica de las tecnologías supone el aprovechamiento de sus posibilidades comunicacionales y un propósito explícito de emplearlos desde una situación educativa.

Prieto propone tres alternativas a la hora de trabajar con las tecnologías:

- Uso, producción, distribución y aplicación de información
- Encuentro e interlocución con otros seres
- El placer de la creación, expresado en lo estético y lo lúdico

¿Qué necesitamos para la mediación pedagógica de las tecnologías, cualesquiera que estas sean?

- Construir textos sociales en los cuales leernos.
- Construir conocimientos desde la propia cultura educativa.
- Recuperar, registrar, sistematizar nuestros saberes y experiencias en el campo de la educación, para seguir aprendiendo de ellos.
- Trabajar para la preservación, la recreación y la comunicación de la cultura de la sociedad

5.9-Memoria y balance

En su balance de medio siglo, Prieto Castillo (2006) rescata la experiencia en el contexto latinoamericano en torno a la comprensión del acto educativo y de la tarea de promover y acompañar el aprendizaje.

En lugar primero y preponderante se ubica la valoración de la figura del educador en la labor pedagógica. Las vías abiertas por las nuevas tecnologías hacen urgente la necesidad de educadores con madurez pedagógica. En esto resalta el autor el

compromiso que desde el poder debe asumirse para apoyar el destino del sistema educativo.

En segundo lugar, el maestro mendocino destaca el significado de pensar totalidades: reconocer lo informal tanto como lo no formal en la educación, atender al descuidado rol social de la universidad, cuidar el aprendizaje en todos los frentes de la vida, la re-concepción de todas las instituciones educativas en clave pedagógica y comunicacional en una tarea que corresponde a la comunidad toda.

Señala Prieto Castillo (2006) que “la cultura del fragmento nos ha hecho mucho daño. Lo comunicacional en la educación constituye un ámbito de suma complejidad, no es lícito trivializarlo y mucho menos reducirlo a unas pocas notas que vendrían a representar el todo.” (p. 112)

Uno de los aportes de este autor a la educación en totalidad es su propuesta de la Mediación Pedagógica. En la educación no formal el peso del contexto, los materiales y las tecnologías se hace mayor; sin embargo no puede perderse de vista que sea cual fuere la modalidad educativa, el respeto por el tiempo y la promoción de la creatividad de los estudiantes son sagrados.

En tercer lugar, Prieto Castillo reconoce el valor de los medios de comunicación en la educación, siempre que su empleo busque la apropiación de los mismos por parte de los estudiantes. Así, alerta acerca del envío masivo de mensajes sin preocupación por el aprendizaje. Recordando el pasaje de los medios a las mediaciones, el autor plantea que “no se trata de seguir insistiendo en qué hace la tecnología con nosotros, sino preguntarnos qué hacemos nosotros con la tecnología para promover y acompañar el aprendizaje.” (p.114)

En cuarto lugar, el pensador mendocino destaca que los ideales de la educación popular, la educación alternativa, los movimientos sociales “o son una práctica, o no son nada. Y práctica, en el espacio de la educación, significa práctica de aprendizaje.” (p.114)

En quinto lugar, Prieto Castillo destaca como aprendizaje el reconocimiento del estudiante como centro del proceso educativo pero sin caer en la ilusión del aprendizaje fundado en el todo poder del aprendiz. Entreyudarnos para aprender.

En sexto lugar, el educador destaca la relación entre lo alternativo y lo dominante que se consustancian en el desarrollo de cualquier sociedad y están siempre

presentes en el terreno educativo. La tarea pedagógica insiste en el esfuerzo de profundizar en lo alternativo abriendo nuevas posibilidades para el aprendizaje, siendo ese su sentido último.

Y concluyendo, la más maravillosa de las enseñanzas: la sucesión de los aprendizajes nos constituye como seres humanos, comprendiendo por sucesión la secuencia de todos los aprendizajes, desde el contexto familiar hasta todos los espacios. Por lo tanto, enseñamos para promover y acompañar aprendizajes que acentúen el amor a la vida.

5.10-Comentario

Recorrer el camino de los vínculos entre comunicación y educación nos lleva a transitar senderos que surgieron como alternativa a formas de pedagogía y concepciones del discurso históricamente instaladas en una sociedad que, fundamentalmente en este último siglo, generó un fuerte cuestionamiento sobre la legitimación del conocimiento y de quienes lo detentaban como herramienta de poder.

La pretensión de cambiar conductas, así como de instalar soluciones fundadas en certezas y referentes a través del discurso, fue cediendo paso a una comunicación orientada hacia la construcción de una sociedad distinta. Este proceso tuvo marchas y contramarchas, pero fue encaminándose hacia una pedagogía comprometida en la práctica de la libertad, el respeto por las diferencias, la promoción y el acompañamiento del aprendizaje.

Si como señala Rodríguez (1975) “el dogma de la vida social es estar continuamente haciendo la sociedad sin esperanza de acabarla, porque con cada hombre que nace hay que emprender el mismo trabajo” (p. 419), los caminos de la educación nunca se agotan.

En el capítulo 2 hicimos referencia al reclamo social por una participación activa de los pacientes en las decisiones concernientes a su bienestar. El ejercicio de este derecho no puede ser posible si se deja de lado la intencionalidad educativa en la comunicación entre los profesionales de la salud y la comunidad, comprendiendo

dentro de ella no sólo a los pacientes sino al recurso humano que es necesario formar para asistirlos.

La comunicación atraviesa los vínculos entre seres humanos. La práctica médica no se concibe sin ella. La educación, tampoco. Por tal motivo consideramos que nuestra investigación no podía omitir este itinerario si pretendíamos comprender cómo pensamos y enseñamos la comunicación en el campo de la salud. A este desarrollo dedicaremos los próximos capítulos del texto.

Capítulo 6-Apuntes sobre comunicación y salud

6.1-La mirada unidireccional

En las Ciencias de la Salud-como en otras-existe una marcada tendencia a suponer que el conocimiento del campo disciplinar otorga automáticamente a quien lo posee los derechos exclusivos sobre la difusión de la información concerniente al mismo. Cabe entonces preguntarnos si de manera análoga a la tensión que existe en el ámbito educativo entre los saberes pedagógicos y los científicos propios de cada campo disciplinar, se producen tensiones entre las ciencias de la comunicación y de la salud a la hora de abordar las complejas relaciones que vinculan a este binomio.

¿A quiénes compete la comunicación en el ámbito de la salud? ¿Qué aprendizajes son necesarios para comprometerse con ella y responsabilizarse por ella?

Señala Menéndez Hevia (2008):

La salud y la enfermedad, el envejecimiento, la muerte, los cuerpos medicalizados y tratados, los estilos de vida pretendidamente saludables... junto con los rituales que rodean su organización social se alzan como hechos sociales, psíquicos y biológicos que afectan a nuestra sociedad de forma cada día más intensa. (p. 9)

Según lo que afirma la autora española, parece evidente que la respuesta a estos interrogantes no puede abordarse desde una sola disciplina, ya que la mirada unidireccional acota el campo visual tanto en extensión como en profundidad.

La propuesta de este apartado es, justamente, ampliar la visión del binomio comunicación y salud realizando algunos aportes desde la mirada de otras disciplinas que han demostrado interés por esta temática.

6.2- Salud y sociedad de la información

Siguiendo a Menéndez Hevia (2008), los medios de comunicación desempeñan un importante rol como “impulsores de culturas” o formas de interpretar los signos compartidos de la realidad social. De ellos emergen estilos y tendencias interpretativas, así como se crean signos culturales que se difunden a través de grandes propagadores de innovaciones sociales y culturales – a veces aculturales- que son los medios de comunicación de masas.

La sociedad actual pareciera estar empeñada – muchas veces hasta empecinada- en ser saludable. Sin embargo, como señala la autora española, “los lectores del discurso social, de los textos simbólicos, creemos que, en efecto, “el exceso de celo es recelo” y tanta insistencia puede enmascarar un miedo oculto al opuesto.” (p. 9)

Y agrega:

Además, estos procesos involucran decisiones y tecnologías de poder administrativo, político, académico y profesional, así como el ejercicio de la autoridad médica, por lo que el ciudadano “normal” se ve asediado por conceptos íntimos que son, en gran medida, definidos e impuestos desde fuera. (p. 9)

Una idea de la importancia de los procesos de comunicación en la construcción de estos esquemas sociales la da el incremento que ha experimentado la difusión masiva de información sobre temas de salud a través de los distintos medios de comunicación.

González Huesa (2008a) destaca lo siguiente:

En los últimos años se ha producido un incremento sustancial de las informaciones sobre salud. Por poner un ejemplo, se puede citar el “Informe Quiral” de la Fundación Privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunidad Científica de la Universitat Pompeu Fabra, según el cual en el año 2005 se publicaron 10.913 textos sobre salud y medicina (más de 30 noticias al día durante todo el año) sólo en los cinco diarios de interés general de mayor distribución en España: El País, ABC, El Mundo, El Periódico de Cataluña y La Vanguardia.

En las agencias de noticias las informaciones de salud también están a la orden del día y crece exponencialmente la demanda de este tipo de noticias por parte de los clientes y del público en general. Lo mismo

ocurre en el campo de las publicaciones, siendo cada vez mayor el número de cabeceras dedicadas de forma exclusiva a la información sanitaria, así como el número de lectores de las mismas. (p. 13)

Con referencia a las tecnologías digitales, el mencionado autor agrega:

Este incremento de los contenidos sanitarios también tiene su reflejo en Internet, donde se ha producido un aumento sorprendente del número de consultas sobre este tema. En este sentido, los datos de la Unión Europea son reveladores: uno de cada cuatro europeos utiliza Internet para buscar noticias sobre salud. Asimismo, los “sitios” de Internet dedicados a la información sanitaria también han tenido un espectacular incremento. Y es que, conscientes del potencial de la red, asociaciones de pacientes, instituciones, industria farmacéutica y profesionales sanitarios se han sumado a las nuevas tecnologías, de manera que se ha producido en los últimos años un verdadero *boom* de páginas con información sanitaria.
(p. 13)

Una de las preocupaciones que surgen de esta explosión informativa es la misma que se plantea con otras temáticas: cantidad no es sinónimo de calidad, y resulta evidente que existe disparidad en la calidad del material al que el ciudadano común tiene acceso.

En este sentido, González Huesa (2008a) resalta la importancia de la calidad y veracidad de las informaciones en salud, señalando el decálogo que las asociaciones de pacientes reclaman de los comunicadores de salud:

1. Que **promovamos el conocimiento social de la salud y la enfermedad**. Nos piden que aprovechemos nuestro trabajo para sensibilizar a la población en general, informando y, lo que es más importante, educando de manera crítica, ética y responsable. Asimismo, nos solicitan que otorguemos espacio entre nuestras informaciones a todas las patologías porque “todas ellas tienen algo que contar”.
2. Que **clarifiquemos la información científica para el público en general**. Interpretar y divulgar el lenguaje científico para transmitir informaciones especializadas a un público que, de otro modo, no tendría acceso a dicha información. También nos demandan que esta “traducción” sea comprensible, exacta y rigurosa.
3. Que **contemplemos diferentes puntos de vista para enriquecer la información**. Entre otros aspectos, apuntan a que no siempre un mismo modelo vale para todo el mundo, al tiempo que destacan que el bombardeo de malas noticias puede causar una sensación de impotencia entre el público.
4. Que **pongamos más atención a los enfoques en positivo**. Los pacientes nos piden que busquemos aspectos que atiendan también a las soluciones y no sólo a las limitaciones. También nos demandan que incorporemos temas de prevención y tratamiento en nuestras informaciones y que hablemos de experiencias y conductas saludables.

5. Que **desmontemos falsos mitos**. Para lograr este objetivo nos solicitan que busquemos un tratamiento de conceptos y un léxico adecuados y precisos, y que no abusemos de las comparaciones o metáforas que conduzcan a errores o a inexactitudes.

6. Que **no estigmaticemos**. Éste es uno de los aspectos en los que más se incide. Nos demandan que tengamos siempre presente el impacto que la información transmitida puede tener en el colectivo afectado. Asimismo, nos solicitan que no asociemos siempre determinadas enfermedades a colectivos concretos o grupos de riesgo.

7. Que **evitemos caer en la espectacularidad**. Otro punto en el que se hace especial hincapié. Hay que evitar crear falsas expectativas, debemos utilizar titulares atrayentes pero precisos. De esta forma se evitarían ciertas informaciones de carácter sensacionalista que aparecen en ocasiones en la prensa.

8. Que **aportemos el punto de vista de las personas afectadas**. En este sentido, señalan que acompañar la información del punto de vista del propio afectado la hace más próxima.

9. Que **usemos correctamente las fuentes de información**. Nos solicitan que usemos siempre fuentes de primera mano.

10. Que **tratemos la información de manera continua** y realicemos un seguimiento de la misma, no dejándola aparcada pasado el interés inicial. (pp. 14-15)

6.3-La cuestión ética

El cambio de paradigma que llevó a la transformación de los modelos de salud pública desde una concepción meramente biológica a una biopsicosocial ha resaltado la importancia de la comunicación social en aspectos como los siguientes (Cuesta Cambra, Menéndez Hevia, 2008):

- La transmisión de información que permita a los ciudadanos conocer las diferentes opciones de conducta saludable o de riesgo.
- La creación de hábitos de conducta saludables mediante la implantación de programas de educación para la salud.
- La creación y propagación de marcos de referencia sociales que facilitan la adaptación o desajuste al entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.

Como hemos señalado anteriormente, ya no podemos hablar de un mecanismo comunicativo simple y unidireccional, sino que la dialéctica de los medios también reconoce la complejidad de este proceso y la necesidad de lograr coeficientes altos de comunicabilidad. Así, Cuesta Cambra, Ugarte y Menéndez Hevia (2008) afirman que

“los procesos comunicativos adquieren una especial relevancia en una sociedad donde la lógica dominante apela al consenso establecido mediante el diálogo” (pp. 21-22)

El fracaso de un programa de comunicación social y salud supone un triple costo: social, porque se frustra un proyecto que intenta mejorar la calidad de vida de un grupo social; económico, por el gasto que deviene del desarrollo del programa en sí mismo sumado al que se carga a la atención en salud por su ineficiencia, y académico, porque los modelos teóricos que se proponen desde la universidad no parecen ser adecuados para lograr una comprensión de la realidad social que permita lograr el coeficiente de comunicabilidad esperado. El reconocimiento de la complejidad de la dialéctica de los medios ofrece una nueva perspectiva para el análisis de las causas que llevan a esta situación.

Una reflexión sobre los factores que conducen al impacto social insuficiente de los mencionados programas (Cuesta Cambra y Menéndez Hevia, 2008) concluye en que existe un planteamiento estratégico incompleto de algunas cuestiones vinculadas a lo ético, a saber:

- Una reflexión insuficiente sobre la responsabilidad ética que subyace a la presión de tipo normativo que implica la aplicación de programas de intervención social que afectan a comportamientos profundamente arraigados en el grupo social de referencia. Los mencionados autores señalan que:

Una adecuada reflexión en este sentido incidirá sobre el planteamiento estratégico por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque puede suponer una modificación de los objetivos propuestos —en función de una diferente sensibilidad ética que desvela objetivos más sensibles— y, en segundo lugar, porque una responsabilidad derivada de la ética social comunicativa conduce a la ética discursiva, lo que nos debe conducir al análisis del discurso del grupo (de los grupos, como veremos) socialmente implicado. Este análisis social y, por tanto, simbólico, del discurso de los grupos, incidirá profundamente sobre la estrategia comunicativa.
(p. 20)

- Un análisis discursivo previo que no se detiene a indagar suficientemente en las necesidades de los perceptores y sus códigos de comunicación, sino que suele limitarse a una recolección y análisis de datos dentro de modelos

similares a los estudios de mercado (el “consumer insight”, por ejemplo) sin tomar en consideración otras variables más complejas.

- La consideración insuficiente de dos fenómenos sociales de gran importancia en la cultura occidental a la hora de diseñar estrategias comunicativas: el nuevo concepto de riesgo y las teorías sobre el manejo del terror como la Terror Management Theory (TMT) (Solomon et al 1991,2004) según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte provocan mecanismos complejos de enfrentamiento, tanto cognitivos como emocionales.

Coincidimos con los autores españoles en que el abordaje del campo de la comunicación social y la salud necesita un marco conceptual ético, ya que desde la reflexión en ese campo surgirán la definición de salud a la que adhiere y la intencionalidad con la que emitirá el mensaje quien comunica, así como la estrategia con la que diseñará y desarrollará los programas de intervención.

Una de las mayores dificultades éticas es la resolución de la tensión entre libertad individual y el reconocimiento de determinados estándares objetivos de salud.

Señalan Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008) que:

Desde la posición ética, la comunicación social se alza como un instrumento de salud pública. Como todo lo público, por tanto, debe cooperar a la convivencia, facilitando la toma de decisiones en libertad. Esto se consigue proporcionando la mejor información posible para que el ciudadano escoja la conducta más adecuada, siempre desde sus preferencias personales, tanto éticas como físicas, estéticas, grupales, etc. (p. 20)

Y agregan que esta afirmación plantea un doble problema, tanto teórico como pragmático:

Desde un punto de vista teórico, nos vemos obligados a definir el concepto “la mejor información posible para que el ciudadano escoja”. Desde el momento en que planteamos el criterio “la mejor información”, estamos partiendo de una valoración; hablamos de un problema de “estilos de vida”, configurados normativamente, mediante normas sociales o grupales.

Conviene ser conscientes de que al diseñar estrategias de comunicación en salud —en general, toda estrategia de comunicación

social— estamos incidiendo sobre estilos de vida. Es decir, estamos haciendo un ejercicio de autoridad normativa sobre la población.

El segundo problema es de tipo pragmático: hay determinados criterios que nos resultan muy difíciles de implementar, aun cuando se pensara que sería el adecuado. Vinculado a la dificultad de implementar el criterio, se da otro problema práctico: el de los recursos y su adjudicación, que implica el establecimiento de prioridades y, por consiguiente, de adjudicación de recursos. Frecuentemente las prioridades se establecen en función de dos tipos de criterios: (1) de rentabilidad política y social, debido a la popularidad del problema abordado y (2) en base a análisis epidemiológicos basados, generalmente, en impactos de morbilidad.

Estos criterios de asignación de prioridades son eficaces y prácticos, pero insuficientes, y relegan áreas relacionadas con la salud de extrema importancia, como los problemas derivados de “la relación”, bien sea con el entorno (alimentación, ejercicio, accidentes laborales o infantiles) o con los iguales (relaciones afectivas, disfunciones sexuales, violencia, conductas disociales, etc.). (pp. 22-23)

6.4- El análisis discursivo desde el planteo cultural

Los programas de comunicación social y salud obedecen, por un lado, a criterios derivados de las ciencias tanto médicas como psicosociales y por otro, a imágenes sociales instaladas en la comunidad, y en cuya construcción han participado los medios de comunicación. Esta situación supone una exigencia ética muy fuerte.

Respecto de este tema, Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008) señalan que “antes de definir programas de salud social, es necesario conocer el grado de aceptación por parte de todos los afectados como participantes de ese discurso”. (p. 24)

Y agregan que: “se trata de abordar el discurso social desde los poderes públicos con una actitud dialógica en lugar de desarrollar la planificación mediática únicamente desde la actitud derivada de la autoridad heterónoma.” (p. 24)

Esta forma alternativa de abordar el discurso requiere un cambio de paradigma en la forma de entender las estrategias de comunicación que, a su vez, respalde un marco de ética dialógica en el cual los miembros de las comunidades puedan participar del discurso público y conformarlo junto con los poderes públicos y las iniciativas privadas. Coincidiendo con lo que hemos destacado en otros apartados de este trabajo, este cambio de paradigma supone transformar la intencionalidad del emisor de propagandística a educativa, razón por la cual ya no pueden aplicarse

estrategias basadas en las técnicas habituales de marketing o la comunicación social publicitaria que obtiene el “insight” del consumidor a través de un estudio de mercado. Como señalan Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008):

De lo que se trata, por lo tanto, es de abordar la estrategia de comunicación —todo el modelo de salud social, en realidad— desde el marco de la cultura. Sin embargo, la interacción entre cultura, sociedad y salud es extremadamente compleja y su abordaje se realiza desde diferentes disciplinas, al menos desde la Sociología, la Antropología y la Psicología. (p. 25)

La Sociología médica (Scambler, 2004) diferencia tres aproximaciones diferentes:

- El funcionalismo, desde el cual se define la enfermedad como un estado potencial de desviación social. Se interpreta la salud o su ausencia en base a la función que desarrolla dicho estado para el individuo y el grupo.
- La socioeconomía política, que centra su enfoque en los marcos de políticas socioeconómicas que definen la salud, la enfermedad y, muy especialmente, los tratamientos y sus métodos. Su discurso gira alrededor del “estado de bienestar” y la generación de recursos para promocionar la salud y las infraestructuras focalizadas en modernas tecnologías.
- El construccionismo social, desde el cual se considera que la salud y la medicina —como ciencia y también como técnica— son socialmente construidas. Este enfoque se opone a una definición de la disciplina médica como un cuerpo de conocimientos objetivos e independientes, exclusivamente derivados de las ciencias naturales

La Antropología médica identifica tres perspectivas (McElroy y Townsend, 2005):

- La etnomedicina, que se ocupa de los sistemas sociales que definen el proceso psicosocial de la curación y de los mecanismos sociocognitivos que intervienen en la enfermedad.
- La medicina ecológica, que se concentra en la interacción de las condiciones biológicas con los contextos culturales.
- La Antropología Médica Aplicada, que intenta centrarse en la investigación de la aplicación específica de los conocimientos socioantropológicos a la salud considerando en particular la relación entre creencias culturales y estados saludables. Intenta comprender el significado de los fenómenos de salud social más que de medirlos, a través de un enfoque cualitativo.

La Psicología, a través del enfoque de la Psicología Social de la Salud (Rodríguez Marín, 1995), analiza el modo en que las características individuales, en interacción con las normas sociales, generan creencias, valores y actitudes responsables de las experiencias de salud y enfermedad. Estudia también los procesos cognitivos y emocionales a través de los cuales discurren dichos fenómenos. Aunque se interesa tanto por los contextos culturales como por las variables individuales, el estudio de estas últimas ha sido poco desarrollado por este modelo.

Como señalan Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008):

Desafortunadamente, la mayoría de estos modelos han sido desarrollados a partir de las teorías clásicas de la psicología social, asumiendo sus planteamientos metodológicos y conceptuales sin tener en consideración las variables intrínsecas y específicas del fenómeno, especialmente sus aspectos culturales y contextuales —ni, por supuesto, el problema derivado de la ética discursiva, el cual, es el verdadero origen de todo—. (p.26)

Siguiendo a Cuesta, Ugarte y Menéndez (2006), los modelos dominantes en el contexto global de la comunicación social y la salud pueden sintetizarse en los siguientes:

- El modelo de creencias de salud.
- La teoría de la acción razonada.
- Las teorías del aprendizaje social y de la acción social.
- Los modelos cognitivos y neocognitivos.
- Los modelos de reducción del riesgo y de adopción de precauciones.
- Los modelos de etapas de cambio.
- Las teorías de las jerarquías de los efectos.
- El modelo de difusión de innovaciones y flujos comunicativos.
- Los modelos derivados de la “comercialización” o el “*marketing social*”.

Los modelos de difusión de innovaciones y flujos comunicativos han demostrado utilidad en los programas de cambio social. Asimismo, las teorías del aprendizaje y de la acción social destacan la interacción entre el sujeto y su entorno social en el marco de las influencias contextuales y de los procesos de interacción e interdependencia social.

Actualmente se está trabajando para ampliar estos modelos y proponer nuevos planteos estratégicos en lo que algunos autores como Mac Lachlan (2006) han denominado la Psicología cultural de la salud.

Siguiendo a Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008), consideramos que un planteo estratégico de la comunicación podría surgir del trabajo interdisciplinario entre la Antropología médica, la Sociología médica y la Psicología Social (o Cultural) de la Salud, en el marco de la teoría de la comunicación social. La ética discursiva, a través de una actitud dialógica que permita la participación social y la investigación cualitativa que permita comprender y profundizar en el entramado social puede ser un excelente punto de partida para la construcción de modelos para la comunicación en salud que tengan en cuenta estas interrelaciones. Asimismo, la triangulación en la recolección de los datos permite investigar los fenómenos desde distintos puntos de vista y genera “bucles de retroinformación” a lo largo de todo el proceso de diseño estratégico.

Es importante destacar en este punto el cuestionamiento de algunos supuestos aceptados en los modelos clásicos (Airhihenbuwa, Makinwa, Frith & Obregón, 1999):

- La existencia de una relación directa y lineal entre conocimientos o información médica y acción. Actualmente se propone una relación compleja y progresiva entre el discurso narrativo y la adquisición de hábitos, que ha dado lugar a modelos denominados de “eduentretenimiento y comunicación”. El marco teórico que sustenta este planteo estratégico se encuentra en:
 - La redefinición del constructo “actitud” (Albarracín, Johnson & Zanna, 2005) y las relaciones entre componentes cognitivo- emocionales del individuo y la conducta emitida.
 - Las denominadas “teorías del cultivo” (Gerbner, Gross, Morgan & Signorelli, 1986) que postulan efectos culturales acumulativos y progresivos de los medios.
 - Los postulados derivados del aprendizaje y las modernas teorías de la narrativa y la psicología de los personajes (Cuesta & Menéndez, 2006), que explican la influencia de los personajes de ficción sobre la conducta del espectador.

- La excesiva preponderancia de las técnicas cuantitativas, tanto exploratorias como de contrastación o previsión y, muy especialmente, de recopilación de datos previos, que no consiguen abarcar el fenómeno en profundidad, ni en su complejidad cultural o contextual.
- La preponderancia de los objetivos de corto plazo por la aparente inmediatez de los beneficios que producen.
- La insuficiente atención prestada a las variables culturales y contextuales. Con relación a este tema, señalan Cuesta Cambra y Menéndez Hevia (2008) que una nueva orientación de los ámbitos contextuales debería llevar a considerar otros ámbitos en los modelos de estrategia comunicativa como:
 - La política gubernamental y la legislación en el apoyo (o ignorancia) de los programas de intervención
 - Los niveles socioeconómicos, colectivos e individuales que pueden intervenir en el proceso.
 - Las variables culturales que afectan al proceso, en especial las variables culturales emergentes, como el empoderamiento, de gran importancia en determinados fenómenos de comunicación y salud.
 - Las relaciones de género y entre minorías —especialmente inmigración y grupos marginales—. Un diseño estratégico adecuado dependerá del análisis y comprensión de estas relaciones en su propio contexto cultural.
 - Espiritualidad. Las creencias y normas de los grupos espirituales/religiosos han sido poco analizados en el contexto de las estrategias comunicativas en salud y, sin embargo, su importancia es muy relevante en determinados grupos culturales.

Una reconsideración de los planteos estratégicos en comunicación y salud merece un enfoque global que desde el punto de vista ético apele a un discurso participativo que atienda a las necesidades de los protagonistas de los procesos de salud y otorgue a las variables culturales la importancia que les corresponde. Este abordaje supone el cuestionamiento de algunos postulados tradicionalmente aceptados y realizar cambios metodológicos a través de diseños cualitativos- o cualicuantitativos-de investigación.

6.5- Medios de comunicación social y salud

6.5.1-Itinerario breve

Según González Huesa (2008b) tradicionalmente, la política y la economía han marcado-y todavía continúan marcando- la atención de los medios españoles hasta el punto de marginar las cuestiones sociales a la categoría de género menor.

Afirma el periodista hispano:

Hasta hace bien poco, en los medios de comunicación lo social era la realidad fea que no gustaba contar, porque era el reflejo de nuestras miserias, y toda esa información, a menudo deformada, se agrupaba en un cajón de sastre que no se sabía muy bien de qué se componía, que se denominaba “sección de sociedad”. (p. 69)

Sánchez Martos (2008) corrobora estos dichos cuando señala que la información sobre salud se incluía inicialmente “dentro del cajón de sastre denominado como sociedad”. (p. 78)

Nuestro país no queda exceptuado de este comentario. Existe una contradicción entre el espacio que los medios masivos de comunicación otorgan a la información en salud y la importancia real que tienen para nuestra población. También es cierto que la información en salud se ha confundido muchas veces, respondiendo a una intencionalidad propagandística al servicio de intereses corporativos o personales. Sin embargo, existe una corriente de opinión que está convencida de que un público informado y sensibilizado sobre los recursos destinados a solucionar problemas puede ser capaz de actuar como veedor del cumplimiento de programas y políticas de salud.

¿Quiénes son los responsables por la información sobre temas de salud que aparece en los medios de comunicación?

González Huesa (2008b) señala lo siguiente:

No creo que sea descabellado decir que existe un mayor número de profesionales dedicados a la comunicación sobre estas cuestiones en

las organizaciones, generando información sobre estos temas, que periodistas especializados en esas mismas cuestiones en los medios de comunicación.

Esta situación tan paradójica tiene, sin embargo, la ventaja de que, gracias al impulso que le dan estos profesionales a este tipo de información, los medios de comunicación van paulatinamente ocupándose cada vez más de informaciones que interesan y preocupan a la opinión pública.(p. 70)

Corroborando esta opinión, Alonso (2008) destaca que “existen campos de la actualidad en los que existe mercado, es decir, empleo, posibilidades periodísticas y, sobre todo, que hay áreas especializadas, pero de gran interés humano, a las que se presta poca atención en las facultades.” (p. 73)

En cuanto al interés que representa hoy la sanidad para los medios de comunicación, se reconocen dos vertientes (Alonso, 2008):

En primer lugar, la política, que afecta a un gran número de agentes:

- Políticos: diputados, senadores, autoridades municipales.
- Gobiernos nacionales y provinciales
- Profesionales: médicos, enfermeras, farmacéuticos, bioquímicos, técnicos, etc.
- Empresas: laboratorios farmacéuticos, distribuidores de medicinas, fabricantes de equipos.
- Pacientes.

En segundo lugar, la de salud propiamente dicha, que se refiere a lo científico-social: las enfermedades, la forma de prevenirlas, los avances científicos y, sobre todo, la calidad de vida. Es una corriente que ha despertado un interés creciente en los últimos años, vinculada a deseos y necesidades expresados desde las mismas comunidades.

Los medios son un importante instrumento para la integración social y para la proyección de problemáticas que interesan a la sociedad. González Huesa (2008b), expone los argumentos por los que los considera una herramienta esencial:

Principalmente, porque ayudan a sensibilizar a la sociedad con el fin de lograr una mayor colaboración en función de los principios y causas sociales. También porque ayudan a la formación de la conciencia, que tanta importancia tiene como una realidad imparable en la formación de una sociedad más solidaria. Igualmente, porque contribuyen a la

movilización convenciendo de la necesidad de participación de la sociedad civil como un objetivo estratégico, lo que redundaría a su vez en una mayor credibilidad. Por último, porque mejoran el nivel de representatividad ante la sociedad de las entidades públicas o privadas, lo que tiene un importante reflejo en las vías de financiación de los programas en los que actúan. (p. 71)

Sin embargo, pareciera que aunque nadie duda del papel que desempeñan los medios masivos de comunicación en la convivencia social, existe cierta resistencia al aprovechamiento de los mismos para tratar las problemáticas vinculadas a la salud. Como reflexiona Sánchez Martos (2008)

(...) todavía parece que hay demasiados escépticos en este sentido, al menos a tenor de lo que sucede en los medios de comunicación y en los pocos programas de salud que podemos encontrar en sus parrillas de programación que cuentan con el patrocinio de las instituciones sanitarias, que son las que en definitiva deben contribuir con sus esfuerzos y sus presupuestos a garantizar esa “salud para todos”, que tanto preconizara la propia OMS para el año 2000 y que ahora, y tras el análisis de sus resultados, parece que pospone para el próximo 2020. Y, de seguir así las cosas, tampoco llegará a cumplir sus objetivos. (p. 78)

La relación entre la salud y los medios masivos de comunicación ha recorrido un largo camino en el que transitó desde un sitio escondido entre los artículos denominados “de sociedad” hasta un lugar protagónico en los actuales “suplementos de salud”. Si bien es cierto que este hecho no puede dejar de considerarse como un avance, también supone reconocer ciertos riesgos.

El primero, que los suplementos de salud asuman como definitivos los resultados de investigaciones en desarrollo que se publican en revistas médicas, sin dar lugar a la suposición de que ningún saber se construye sobre certezas absolutas. El segundo, que la multiplicación de usuarios de internet a escala logarítmica ha dado lugar a la inclusión en el ciberespacio de contenidos de dudosa rigurosidad científica que podrían resultar tan o más peligrosos para la salud que la propia ignorancia.

En conclusión, hay dos aspectos que merecen ser tenidos en cuenta a la hora de considerar las relaciones entre comunicación y salud en la sociedad de la información. Por un lado, el papel que ha jugado la medicina basada en la evidencia y por otro, el que han jugado los medios de comunicación en la educación

para la salud y en los hábitos de vida de la población. Sin embargo, como afirma Sánchez Martos (2008)

(...) también hemos de aceptar que ni los profesionales sanitarios tienen una formación adecuada en comunicación, ni los periodistas entienden de salud, lo que obliga a estos dos sectores profesionales a entenderse y a trabajar unidos, si realmente se quiere conseguir que los ideales de salud, esos que todos queremos alcanzar para lograr vivir más años y sobre todo disfrutarlos, puedan llegar hasta su población diana que, desde luego, está compuesta por la totalidad de los ciudadanos. (p.79)

6.5.2-¿Informar y distraer o educar?

Uno de los debates que se generan en los foros de discusión donde se reúnen profesionales de los medios de comunicación y sanitarios es si la función de los medios es informar a la población o educarla. Señala Sánchez Martos (2008) que, salvo honrosas excepciones, los profesionales de los medios insisten en que su deber es exclusivamente informar y distraer a sus audiencias, mientras que los profesionales sanitarios dedicados a la educación para la salud de la población entienden que también tienen la obligación de educar a la población general. Así considera que:

(...) desde un punto de vista holístico, entendemos que los medios de comunicación social pueden, si quieren, influir en la modificación no sólo de conocimientos, sino también de actitudes y hábitos de la población, en este caso en materia de salud, como lo hacen, por ejemplo, en materia de consumo. (p. 81)

Sin embargo, afirma también el autor español que si bien los medios de comunicación pueden reforzar de algún modo ciertas actitudes, no resultan tan efectivos a la hora de modificar aquellas que se encuentran fuertemente arraigadas, lo cual constituye una de sus principales debilidades.

¿Cómo superar las barreras que limitan la función educativa que los medios de comunicación pueden desempeñar en la sociedad? Nuevamente aparece aquí el concepto de comunicabilidad.

Según Sánchez Martos (2008):

La respuesta al modo en que hemos de superar esas frecuentes barreras reside obligatoriamente en uno de los aspectos más

importantes que tiene la comunicación interhumana con sus componentes verbal y no verbal: la bidireccionalidad que se debe establecer entre el emisor y el receptor y que en comunicación se conoce como *feed-back*. Esta posibilidad de doble flujo es la que establece la máxima diferencia entre la “información” y el “proceso de comunicación” al que se hace referencia cuando se habla de un verdadero “proceso educativo”(…)Dicho de otro modo, la información correcta ayuda a generar en la población actitudes positivas para la salud que favorecen, a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la comunicación bidireccional, es decir, a través de un proceso educativo, los cambios permanentes de comportamiento. (p. 82)

Dado que frente a los medios de comunicación social la población funciona como el receptor pasivo de un mensaje, el autor español señala que:

(…) conviene tener en cuenta que la elaboración y transmisión de un mensaje requiere el cumplimiento de unas reglas elementales, que han de comenzar por la comprobación de la fiabilidad de la fuente de información que, por otra parte, ha de ser clara, concreta y concisa. (p. 83)

6.6-La salud en el ciberespacio

Internet es uno de los mayores desarrollos de la comunicación humana; sin embargo, no siempre se utiliza adecuadamente. La red es, al mismo tiempo, una oportunidad para desempeñar la labor social, pero también es el lugar donde se desarrolla el negocio de algunos, que ganando a expensas de la oferta de falsas expectativas y soluciones peligrosas, generan un peligro público para los cibernautas. Cada vez son más los usuarios que intentan reemplazar a los profesionales de la salud con los buscadores informáticos, ya sea porque su médico no les ha proporcionado solución a sus problemas, no tienen tiempo para realizar la consulta, o no creen en el sistema de salud.

Como destaca Sánchez Martos (2008):

Ya en los inicios de Internet éramos pocos, aunque muy criticados, los que pensábamos que este gran avance de la humanidad se convertiría en un gran retroceso del progreso si no se ponían cotas a los más que posibles fraudes que podrían ir apareciendo, y pedíamos que las leyes pudieran protegernos. Hoy, 15 años más tarde, las cosas siguen más o menos igual y bien parece que seguirán así durante muchos años,

porque pedir leyes que nos protejan como *cibernautas* a algunos les parece que es hacer proselitismo de una censura mal entendida (...)
Y a pesar del tiempo de desarrollo de este magnífico medio de comunicación, a pesar de su mayoría de edad, los consumidores seguimos desprotegidos, sencillamente porque ningún Gobierno quiere tomar cartas en el asunto. Y de este silencio legislativo se aprovechan tantos charlatanes y oportunistas que tratan de hacer su agosto particular aprovechándose de la buena voluntad de aquellos que deciden navegar por Internet sin tener claro el norte, ni disponer de un verdadero cuaderno de bitácora. (pp. 89-90)

Existe, sin embargo, un código ético internacional denominado “Honcode” totalmente voluntario, cuyo objetivo es garantizar la seguridad de la página web que el usuario esté consultando.

Al respecto, señala Sánchez Martos (2008) que “es, para que todos lo entendamos, como el “arbitrio” totalmente voluntario pero seguro, al que cualquier empresa se puede acoger para garantizar la seguridad a sus clientes como consumidores.” (p. 90)

6.8- La Salud y el marketing social

Si bien es cierto que existe una gran oferta de programas de Educación para la Salud, no todos están planteados para generar necesidades de salud en la población. Señala Sánchez Martos (2008) que la falta de trabajo en equipo impide utilizar las estrategias que el marketing social puede poner al alcance de la comunicación en salud.

Explica el médico español:

Entendamos *marketing* como sinónimo de *publicidad*. El proceso de comunicación publicitaria se inicia por la voluntad de un emisor que pretende, mediante la difusión de mensajes motivadores, modificar el comportamiento de compra de los receptores hacia el producto que elabora y pone a la venta.

Por tanto, el emisor de la comunicación publicitaria es el productor de la mercancía que el mensaje publicitario pone a disposición del receptor consumidor para que lo compre, llámese a aquélla producto o servicio. Bien, pues tengamos en cuenta que dadas las características del mensaje, que desde luego precisa de una cuidadosa elaboración para ser motivador, el emisor utiliza a determinados especialistas para expresar el contenido de la comunicación, codificada de manera que

permita un contacto eficaz con los receptores, es decir, con la población diana del mensaje.

Si analizamos en detalle esta cuestión, podemos comprobar cómo el emisor de la comunicación publicitaria se desdobra en dos: por una parte, la empresa, como unidad económica productora del servicio que se quiere vender y, por otra, los especialistas, a los que la empresa encarga la elaboración y difusión de los mensajes publicitarios, que trabajando en equipo consiguen una verdadera eficacia. Éstas son las bases operativas en las que se asienta el *marketing* social o la publicidad.

En nuestro caso bien pudiera ocurrir algo similar: la empresa, las distintas administraciones sanitarias, públicas o privadas; los profesionales, los sanitarios trabajando en equipo con los de los medios de comunicación social; el producto o servicio, la salud; y el mensaje, el contenido de nuestro programa de educación para la salud. Llegados a este punto hemos de reflexionar: ¿no será que no aprovechamos las técnicas del *marketing* social, por falta de formación en este campo? (pp. 91-92)

Y agrega:

¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberíamos tener una formación específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de *marketing* social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de un programa de Educación para la Salud, así como para neutralizar adecuadamente y con rigor a quienes practican continuamente el arte de la “charlatanería”? Pues definitivamente sí. Si nuestros objetivos contemplan no sólo la modificación de conocimientos, sino también de actitudes, hábitos y comportamientos saludables, así debería de ser.

En la misma línea de reflexión: ¿quiere esto decir que los profesionales de los medios de comunicación deberían, asimismo, tener una formación específica en materia de salud y su divulgación para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y evitar las tan frecuentes alarmas sociales, así como la “cancha” que se les da a los “charlatanes” sin argumentos científicos? De nuevo, definitivamente sí, de la misma forma que ocurre en materia de deporte, economía o política, por poner algunos ejemplos. (pp. 93-94)

Considerando, como señala Sanchez Martos, al término *marketing* como sinónimo de publicidad, cabe preguntarnos si la modificación de un comportamiento de riesgo hacia otro saludable se logra simplemente difundiendo mensajes o si lo que se requiere es promover aprendizajes. Retomando lo que señalábamos en el capítulo anterior, las carreras que fueron pioneras en la reflexión y ampliaciones del campo de la comunicación tienen como asignatura pendiente la innovación pedagógica basada en la comunicación para enseñar y aprender. Nos parece interesante rescatar, sin embargo, la percepción que el colega español tiene de la necesidad de

establecer vínculos entre profesionales de la comunicación y la salud para la elaboración de mensajes con intencionalidad educativa en este campo.

6.9-La mirada multidireccional

El “modelo integrador” de educación para la salud, nacido en la Universidad Complutense en 1990, defiende el trabajo multi e interdisciplinar como estrategia para lograr que los medios sociales influyan positivamente en la salud de la población. Por un lado, los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que la población necesita saber y por otro, los profesionales de la comunicación conocen los medios más apropiados para que los mensajes lleguen a los perceptores de una manera atractiva y eficaz. Señala Sánchez Martos (2008) que cuando esto no se tiene en cuenta se generan mensajes mal elaborados, mal estructurados y mal transmitidos, que se difunden principalmente a través del rumor y cuya interpretación queda librada a la percepción del perceptor, confundiendo y en ocasiones incluso alarmando innecesariamente a la población.

En este sentido, se señala que el código de la comunicación es fundamental para evitar confusiones en la recepción del mensaje y que los profesionales sanitarios tenemos dificultades para comprender que existen diferencias entre el discurso que se emplea frente a los colegas y el que empleamos frente a la población general.

Concluimos, coincidiendo con el colega español, en que los medios de comunicación pueden contribuir a la prevención de enfermedades, ya que permiten conocerlas mejor y sensibilizar a la población favoreciendo su diagnóstico precoz y, asimismo, debieran contribuir a garantizar la calidad de la información que recibe la población sobre la sanidad, la salud y la enfermedad. Para ello, sería crucial que los comunicadores y los médicos trabajaran en equipo para que los medios de comunicación pudieran expresar lo mucho que pueden decir acerca de la salud.

Capítulo 7- Relación médico-comunidad

7.1-Introducción

Desde las instituciones vinculadas a la salud (Ministerios, hospitales, centros de atención primaria) la relación médico-comunidad se centra en programas que, además de cumplir función asistencial, tienen como objetivo fundamental modificar conductas que ponen en riesgo el bienestar de las personas a través de la educación. A esta actividad se la conoce como “acción comunitaria” o bien “tarea de extensión”, término acuñado desde las universidades para denominar las acciones realizadas por los agrónomos con el campesinado a partir de la tecnificación de la agricultura y que continúa aplicándose hoy a todas las tareas que desde un campo disciplinar determinado proponen una proyección de dichos saberes en la comunidad.

Como ya señalamos, la construcción del saber ser del médico supone su formación como educador. Asimismo, hemos destacado que la intencionalidad educativa requiere la búsqueda del máximo coeficiente de comunicabilidad. Ahora bien, teniendo en cuenta la forma que toman la mayor parte de los mensajes en los países latinoamericanos-la información colectiva- y considerando, además, el modelo que durante siglos ha constituido el marco de referencia para el vínculo médico-paciente en la práctica médica, cabe pensar en los peligros de asimilar la comunicación social a la información colectiva en la formación de nuestros médicos.

Desde esa convicción, compartimos la visión de lo comunicacional que se plantea desde la Pedagogía Latinoamericana y que consideramos relevante para caracterizar la mirada desde la cual analizaremos los significados que otorgan a la competencia para la educación comunitaria los docentes y alumnos de la carrera de Medicina.

7.2- Autoevaluación del emisor y evaluación del perceptor

En el primer capítulo de su libro *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*, Paulo Freire (1975) desarrolla un análisis semántico del término **extensión**, considerando fundamentalmente su sentido contextual, ya que es el contexto el que delimita sus sentidos potenciales o virtuales. En este caso el término extensión se refiere a la acción de extender, según señala el autor, en su “regencia sintáctica de verbo transitivo relativo, de doble complementación: extender algo a (...) o hasta alguien”. (p. 18)

Igual que el agrónomo, el médico pretende extender sus conocimientos a los hombres para mejorar su calidad de vida. Freire toma como objeto el término extensión, y buscando descubrir las dimensiones de su campo asociativo, señala que la acción “extensionista” implica, independientemente del sector en que se realice, la actitud de “normalizar” la “otra parte del mundo” considerada inferior, para hacerla más o menos semejante a su mundo. Dicha acción implica, por un lado, una visión del hombre como objeto (lo transforma en una “casi cosa”, dice el maestro brasileño) negándolo como el sujeto de la transformación del mundo y por otro, la negación de la constitución de conocimientos auténticos.

Así, el concepto de extensión se opone al de un saber educativo liberador y resulta por lo tanto inaceptable denominar con ese término una tarea que debe tener como condición fundamental la de ser educativa.

Como contraposición al concepto de saber liberador, el autor presenta el concepto de domesticación, con el que denomina a las prácticas que promueven la persuasión para la aceptación de la propaganda, en lugar del aprendizaje. Afirma Freire (1975):

No vemos cómo se puede conciliar la persuasión para la aceptación de la propaganda, con la educación que sólo es verdadera cuando encarna la búsqueda permanente que hacen los hombres-unos con los otros, en el mundo en y con que están-de su Ser más. (p. 23)

Y agrega:

Ni a los campesinos ni a nadie, se persuade o se somete, a la fuerza mítica de la propaganda, cuando se tiene una opción liberadora. En este caso, se les problematiza su situación concreta, objetiva, real, para que, captándola críticamente, actúen, también críticamente sobre ella. (p. 23)

En un análisis gnoseológico, Freire afirma que el término extensión muestra una incompatibilidad de significado con una acción educativa de carácter liberador. Así, la expresión “extensión educativa” tiene sentido solamente si la educación se entiende como práctica de la domesticación. El trabajo del “extensionista”, que corresponde al dominio de lo humano, envuelve por lo tanto un problema filosófico, que no puede ser desconocido ni tampoco minimizado.

A partir de la reflexión filosófica, Freire resuelve el problema gnoseológico vinculado al término extensión, concluyendo en que:

*La concepción del conocimiento del mundo como algo que debe transferirse y depositarse en quien aprende implica una visión ingenua que desconoce la confrontación con el mundo como la verdadera fuente de conocimiento.

*Suponer que los educandos aprenden por recepción pasiva de información significa desconocer la presencia curiosa del hombre frente al mundo, la constante actitud de búsqueda que lo lleva a transformar la realidad inventándola y reinventándola permanentemente y la necesidad de la reflexión crítica para que, reconociéndose conociendo perciba el “como” de su conocer y los condicionamientos de su acto.

*Concebir a los educandos como objetos supone, por lo tanto, desconocer que sólo aprende quien se apropia de lo aprendido, volviéndose así capaz de reinventarlo y aplicarlo a situaciones existenciales concretas

*Llenar a un educando de contenidos que contradicen su propia forma de estar en su mundo, sin que este sea desafiado, implica no percibir su inteligencia y ayudarlo a que no aprenda.

*Para que haya aprendizaje en la situación educativa, educador y educando deben asumir el papel de sujetos cognoscentes .La pretensión de extender un conocimiento elaborado a los que aún no lo tienen mata la capacidad crítica de estos últimos para tenerlo.

* En el proceso de extensión, observado desde el punto de vista gnoseológico, lo máximo que se puede hacer es mostrar, sin revelar o descubrir, a los individuos, una presencia nueva: la presencia de los contenidos extendidos. Captar los objetos como mera presencia no posibilita el conocerlos.

*Así como el hombre no puede ser comprendido fuera de sus relaciones con el mundo, tampoco puede ser comprendido fuera de su relación con el trabajo y la transformación del mundo.

Dice Freire que “el hombre es un ser de la “praxis”, de la acción y de la reflexión. En estas relaciones con el mundo, a través de su acción sobre él, el hombre se encuentra marcado por los resultados de su propia acción”. (p. 29)

Actuando, transforma; transformando, crea una realidad que, a su vez, “envolviéndolo”, condiciona su forma de actuar. No hay, por esto mismo, posibilidad de dicotomizar al hombre del mundo, pues no existe uno sin el otro.”

Es importante señalar aquí que la “visión ingenua” a la que alude Freire, no siempre es tal. Señala Prieto Castillo (1997) que en el terreno de la información colectiva no hay ningún mensaje inocente. Cuando “extiende” conocimientos, el emisor –en este caso, la comunidad científica médica- actúa como un influenciador del cual depende la permanencia de las relaciones de una o varias formaciones sociales. Aun suponiendo que quien transmite el conocimiento pretendiera educar, si la evaluación de los perceptores-la comunidad en este caso-se realiza desde el ángulo del emisor, los mensajes que se construyen pueden resultar impregnados de estereotipos mientras su intencionalidad no deja de ser meramente propagandística.

En este punto, cabe preguntarse si lo que se denomina competencia comunicacional para con la comunidad desde las instituciones universitarias tiene intencionalidad educativa o si las propuestas de educación comunitaria son en realidad una coartada para mantener formas de información colectiva que sostienen las diferencias entre informadores e informados. Para nuestra visión, como la intencionalidad del vínculo médico-comunidad debe ser netamente educativa, la comunidad tiene el derecho y los médicos la misión de optar por un saber liberador.

7.3-Invasión cultural versus educación comunitaria: códigos y mensajes

Anteriormente definimos al código como el conjunto de reglas sociales de elaboración y combinación de signos. Prieto Castillo (1997) afirma que dentro de las intencionalidades mercantil y propagandística, el grupo minoritario que emite los mensajes “*tiene en sus manos la decisión sobre el código*” (p. 39)- esto es, la posibilidad de establecer reglas de elaboración y combinación correspondientes a un tipo de discurso funcional a la intencionalidad buscada-.

Tanto el discurso mercantil como el propagandístico se caracterizan porque las palabras están calculadas en función de persuadir. Son, por lo tanto, discursos de tipo retórico entre cuyos elementos más destacan los tópicos, el silogismo retórico o entinema y la vía del ejemplo.

Con el nombre de tópico (del griego *topói*= lugar) se designan aquellos lugares sociales que pertenecen al terreno de la vida cotidiana y en los que todos emiten opiniones concordantes.

El entinema es un tipo de silogismo que considera válida una premisa mayor no demostrada, la cual puede ser verdadera o falsa ya que sólo es una proposición del grupo que la formula. La vía del entinema es deductiva, lo que le otorga gran fuerza social. La información colectiva tiende a difundir por repetición este tipo de razonamientos generando prejuicios y concepciones rígidas de la realidad.

La vía del ejemplo realiza el camino inverso: llega a una conclusión universal a partir de una o varias situaciones particulares.

En cuanto a los mensajes, Prieto Castillo (1997) plantea la existencia de una ecología de los mismos:

(...) una suerte de medio ambiente cultural de las mayorías (medio ambiente que no han creado ellas, por supuesto: acá se habla casi siempre de cultura en masas) caracterizado por mensajes distribuidos en especies dominantes o fuertes y especies dominadas o débiles (...)

En esta ecología, los mensajes educativos aparecen en nuestros países, en todos los casos como especies débiles, y eso, cuando existen. (p. 42)

Freire (1975) sostiene que la acción de extender se sustenta en una teoría antidialógica, entre cuyas características merece especial atención lo que denomina la “invasión cultural”, que presupone la conquista, la manipulación y el mesianismo de quien invade. El discurso propagandístico es una de las herramientas de la invasión cultural, cuya acción consiste en restar significación a la cultura invadida sumergiéndola en subproductos de la cultura invasora. En cuanto a la manipulación, es una forma de dirigismo que genera en los individuos la ilusión de que actúan, cuando en realidad se los considera como objetos y se los priva de su derecho a apropiarse y transformar la realidad.

Para el educador brasileño, existe una connotación muy evidente de invasión cultural en el término extensión. Mientras el extensionista se sitúa como agente del cambio, el educador que construye saber emancipador reconoce que los hombres con quienes trabaja son tan agentes de cambio como él.

Freire señala que para lograr que la extensión se transforme en un hecho educativo, deben darse algunas condiciones:

*Una firme voluntad de comunicar. Freire presenta ejemplos de cómo el tiempo, o la misma falta de conocimiento técnico de los campesinos pueden servir como excusas para justificar la ausencia de diálogo y, por lo tanto, la defensa de la invasión cultural.

*Una concepción del conocimiento que no se limite a concebir a los seres humanos como conciencias huecas en las que se depositan contenidos.

*El reconocimiento de los condicionantes histórico-sociológicos del saber, que permita comprender que ningún cambio –menos aún si se trata de un cambio social –puede producirse mecánicamente.

*Confianza en la capacidad humana para la reflexión y la búsqueda del conocimiento, condiciones que son esenciales de su naturaleza, y por lo tanto se encuentran presentes independientemente de las condiciones socio-culturales.

7.4-Referentes y marcos de referencia

Los mensajes contienen recortes de la realidad que dependen de la intencionalidad y del marco de referencia del grupo emisor. La verosimilitud de los mensajes rige su elaboración y las relaciones que se establecen con el referente.

En el caso de la comunicación médico-comunidad resulta muy evidente que la experiencia cotidiana del perceptor le provee menor información que la que se pretende transmitir a través de los mensajes. Por lo tanto, la posibilidad de confrontación entre el referente y el mensaje es mínima, salvo cuando, como señala Prieto Castillo (1997), “la contradicción del mensaje con la realidad es tal que aquel resulta inverosímil”. (p.44)

Coincidiendo con Freire (1975), asumimos que el origen del pensamiento mágico radica en la imposibilidad de sumar la mirada crítica a la percepción de un hecho concreto de la realidad y que una comunidad de pensar preponderantemente mágico ofrece resistencia al cambio de elementos que la invaden desde su propia raíz cultural aún cuando su supervivencia o evolución se ven amenazadas por ellos. Si pensamos que el modo en que se construye la relación referente-marco de referencia es diferente según la intencionalidad del mensaje, dicha construcción, lejos de promover transformaciones en una comunidad puede contribuir a reforzar su pensamiento mágico.

Cuando quienes están encargados de realizar tareas de educación comunitaria se asumen como grupo dominante por el hecho de poseer la información, corren un doble riesgo: por un lado, que desde su lugar de emisores absoluticen la ignorancia del grupo perceptor, y por el otro, que dicho grupo aumente la inseguridad en su propia capacidad. La consecuencia de esta situación es lo que Freire denomina una relación “antidialógica” en la que no se construye ninguna experiencia de comunicación.

El logro de una comunicación educativa con las comunidades implica considerar al hombre como un ser de relaciones con el mundo, al que transforma a través de su quehacer y la percepción del mismo como un ser que conoce, haciendo y

rehaciendo permanentemente su saber. Como afirma Freire, el tiempo que para los extensionistas no vale la pena perder dialogando es, en realidad, un tiempo precioso que se gana en solidez, auto-confianza e interconfianza, problematizando y criticando, lo cual permite al hombre insertarse en su realidad como verdadero sujeto de transformación.

7.5-Medios y recursos

En contextos caracterizados por la existencia de estructuras sociales cerradas y opresoras, es frecuente que los mensajes tomen la forma del discurso propagandístico aún bajo una supuesta intencionalidad educativa.

Señala Prieto Castillo (1997) que “un grupo se constituye en emisor cuando posee los recursos suficientes para montar un medio de difusión” (p. 45) y agrega que “los medios inciden realmente sobre la sociedad y ningún grupo de poder se puede dar el lujo de prescindir de ellos.”(p. 46)

En lo que respecta al sector salud , el Estado Argentino actúa como grupo emisor a través de los programas de los Ministerios de Salud y Acción Social, transmitiendo mensajes por radio y televisión, así como difundiendo materiales impresos. A su vez, algunas instituciones de educación superior tienen sus propios medios de difusión que toman parte en las tareas de extensión. Ocasionalmente, los medios de difusión masiva ceden espacios de participación a graduados o docentes universitarios. Sin embargo, cabe destacar que en todos estos casos los medios y recursos empleados están al servicio de procesos con bajo coeficiente de comunicabilidad. El receptor cumple el papel de eslabón terminal de los mismos, sin posibilidad de retorno hacia el emisor.

En un estudio aleatorizado realizado en consultorios externos de la ciudad de Mendoza (Ojeda, 2001) observamos que la información transmitida a través de materiales impresos en ausencia de instancias de diálogo emisor-receptor, no conduce a modificaciones conceptuales o actitudinales en la comunidad a la que se

dirige. Siguiendo a Prieto Castillo (1997), ni la información colectiva ni sus medios condicionan de manera mecánica a los integrantes de una sociedad, en particular a las clases dominadas. En este caso, los medios simplemente actúan como reforzadores.

La intencionalidad educativa no se sostiene en el contenido del mensaje ni en los medios a través de los cuales se emite, sino en la relación dialógica que, como señala Freire (1975), considera al hombre como un ser de relaciones con el mundo al que transforma a través de su trabajo y lo percibe como un ser que conoce, haciendo y rehaciendo permanentemente su saber. Dicha relación es la que diferencia la comunicación educativa de la invasión cultural.

7.6-El perceptor

Cuando nos preguntamos por el papel que se otorga al perceptor en las denominadas “tareas de extensión universitaria”, volvemos nuevamente al problema de la intencionalidad con la que se emite el mensaje y a su marco de referencia. Las características del perceptor serán diferentes si se persigue la sumisión a un modo de pensar y actuar, o si se pretende que a partir de la propia visión de realidad se pueda comprenderla y transformarla para vivir mejor.

Dentro de los procesos de información colectiva, pueden distinguirse algunos perceptores entre los cuales los mensajes tienen función reafirmadora y otros entre los cuales tienen función dominadora. Tanto en un caso como en el otro, Prieto Castillo (1997) destaca un esquema signado por la trivialidad y por la presentación de causas pegadas a los efectos y señala que “hay una programación social de los comportamientos en que la información colectiva tiene un importante papel debido a que proporciona modelos de evaluación y concepción de la realidad capaces de incidir en la conducta cotidiana.” (p. 46)

Así, los perceptores en la información colectiva son individuos que se limitan a dar la respuesta que el emisor pretende de ellos, ya sea adoptando un artículo de consumo o un determinado modo de vivir.

En la intencionalidad educativa, en cambio, resulta imprescindible la interlocución emisor-perceptor. Siguiendo a Freire (1975):

Lo que se pretende con el diálogo, en cualquier hipótesis (sea en torno de un conocimiento científico y técnico, sea de un conocimiento “experiencial”), es la problematización del propio conocimiento, en su indiscutible relación con la realidad concreta, en la cual se genera y sobre la cual incide, para mejor comprenderla, explicarla, transformarla.(p.57)

7.7-Formación social, información colectiva y educación comunitaria

Señala Prieto Castillo (1997) que los mensajes actuales derivan directamente de la revolución industrial, tanto por su cantidad como por su estructura formal. Así, el discurso mercantil es un producto específico del modo de producción capitalista y de sus relaciones sociales.

En cuanto al discurso propagandístico, la liberación de la fuerza de trabajo y la exigencia de una generalización de la educación desde la burguesía generaron una complejización de los mecanismos de persuasión sobre la necesidad y legitimidad del orden social. La propaganda apela al nacionalismo para mantener la estructura social vigente.

Hay un salto cuali-cuantitativo en la elaboración y difusión de mensajes después de la Segunda Guerra Mundial, cuando comienzan a funcionar de manera abierta los organismos económicos transnacionales, que pretenden no sólo el dominio mercantil y político sino la legitimación universal de modos de vida a la medida de sus necesidades. Los grandes monopolios de la información se asocian con multinacionales que manejan, entre otras cosas, los alimentos, la tecnología y los medicamentos.

Sin embargo, es importante resaltar que, si bien es cierto que no es función de los medios cumplir una labor social o educativa, algunos de ellos aportan voces que se distinguen del discurso habitual. Como afirma Prieto Castillo (1997):

Quando la ideología dominante no convence a nadie, cuando comienzan a surgir y a crecer ideologías alternativas, cuando el discurso propagandístico aparece claramente como retórico y encubridor, la formación social se encuentra en crisis, la cual no surge nunca de los discursos sino de causas económicas muy concretas. (p. 50)

Para nuestra visión, la dimensión pedagógica de la práctica médica comunitaria, como cualquier dimensión educativa popular, debe estar asociada al esfuerzo reflexivo a través del cual, como afirma Freire (1975) “los hombres simples se descubren a sí mismos como hombres, como personas prohibidas de ser, pero sobre todo, como clase social dominada.” (p. 108)

Si en su labor de educador el médico no es capaz de volverse parte de la comunidad para la que trabaja, no será mejor que los tecnócratas o los funcionarios a los que suele criticar. Citando nuevamente a Freire (1975), podrá ser “probablemente un tecnicista, o aún, un buen reformista. Nunca, educador de y para las transformaciones radicales.” (p. 108)

Capítulo 8- La comunicación intermedia en la práctica médica

Se dice que el coeficiente de comunicabilidad está en relación con la posibilidad del retorno (Prieto Castillo, 1997). Aunque se supone que por sus características estructurales la comunicación intermedia permite elevar dicho coeficiente, la existencia de una relación intermedia no asegura la ausencia de un proceso informativo.

Para que exista el retorno se necesita la participación constante y crítica de los integrantes del grupo en el proceso de comunicación, eliminándose las funciones fijas.

Para nuestra visión, el discurso educativo es el modelo de la comunicación intermedia y el que significa la práctica médica. Sin embargo, mostraremos en este apartado que también existen otras formas de discurso que se filtran en el quehacer cotidiano de los médicos ocultas bajo una aparente intencionalidad de educar.

8.1- La relación médico-paciente

La relación hombre-enfermedad es casi tan antigua como el propio ser humano. Las distintas formas a través de las cuales se ha intentado combatir la enfermedad están en relación con la caracterización que cada cultura ha hecho de la misma, lo cual implica que los conceptos de salud y enfermedad- así como la forma de llevar adelante la práctica médica-varían en distintos lugares y épocas. Así aparece lo que Outomuro (2009) denomina “metáforas de la enfermedad”, en las que ésta ha sido concebida como diferencia (la diversidad es sinónimo de anormalidad), discapacidad laboral (un examen médico periódico determina la aptitud para trabajar), peligro social (los leprosarios y manicomios sirven como ejemplo de esta

visión), culpa (el mal físico es manifestación de un mal moral, por eso la enfermedad ha sido para muchas civilizaciones sinónimo de castigo divino), sufrimiento (la enfermedad como prueba y sacrificio en la filosofía judeocristiana), forma de opresión (la inducción de alcoholismo o drogadicción para el sometimiento de grupos sociales), señal de ruptura del equilibrio con el entorno, estímulo (para la evolución de las especies, para el desarrollo de conocimientos, para la solidaridad) y hasta como justificación para la satisfacción de necesidades espúreas (medicalización de la vida).

Berlinguer (1994) caracteriza a la enfermedad como un proceso vital, y considera que a la salud evaluada con criterios de productividad o rendimiento debe oponerse y preferirse una caracterización de la salud basada en el estar bien y el sentirse bien del sujeto. Por ello nuestro concepto de la práctica médica se relaciona más con el concepto de salud que con el de enfermedad. Así, adherimos a la definición de la O.M.S. (1946) en la que se señala que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (p. 100)

La visión particular de la relación hombre-enfermedad presente en cada comunidad impregna de sentido la práctica médica. Así, como afirman Lavados y Serani (1993) el análisis ético-clínico de las decisiones médicas debe situarse en su contexto real: la actividad clínica y la interacción médico-paciente que ella implica. La situación en el contexto real al que aluden los autores supone reconocer formas de relación médico-paciente que surgen del papel que la sociedad asigna a la mediación del médico en la relación hombre –enfermedad y que han signado a lo largo de la historia tanto la práctica asistencial como la educación médica.

El auge del paradigma científico positivista se manifiesta en la práctica médica con el llamado “modelo médico hegemónico” (MMH), que Menéndez (1999) define como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que hoy se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el estado. (p. 83)

Siguiendo a Menendez (1999), los rasgos que caracterizan al MMH son:

- Biologicismo
- Concepción teórica evolucionista-positivista
- Ahistoricidad
- Asociabilidad
- Individualismo
- Eficacia pragmática
- Salud/enfermedad como mercancía
- Orientación curativa
- Enfermedad como ruptura, desviación, diferencia
- Relación médico-paciente asimétrica
- Subordinación social y técnica del enfermo
- Visión del paciente como ignorante o poseedor de un saber equivocado
- Paciente como responsable de su enfermedad
- Subordinación pasiva de los “consumidores” de salud
- Exclusión del “consumidor” de saber médico
- Falta de legitimación científica de otras prácticas
- Profesionalización formalizada
- Identificación con la racionalidad científica
- Medicalización de los problemas
- Predominio de la cantidad sobre la calidad
- Escisión entre teoría y práctica que lleva, a su vez, a la escisión entre la investigación científica y la práctica médica

La evolución del MMH comienza a gestarse a fines del siglo XVIII y se consolida en el XIX. Se desarrolla paralelamente al capitalismo y al ascenso de la burguesía. Este modelo, que presenta características isomórficas con la estructura de clases, necesita para consolidarse excluir otras formas de atención preexistentes como la autoatención o las prácticas alternativas. Al constituirse como el único referente científico, descalifica, niega o margina toda práctica de atención médica alternativa.

El logro del acceso a esta medicina se capitaliza como una conquista social. La demanda de atención médica científica crece de tal manera que el estado se ve en la obligación de brindar asistencia. Cuando la oferta del estado se ve desbordada por la demanda surge un modelo de atención corporativo privado. Así queda conformada la estructura del MMH en tres submodelos: el individual-privado, el corporativo público y el corporativo privado.

La expansión del MMH se caracteriza por:

- Concentración monopólica de la salud
- Profesionalización
- Tendencia a las prácticas curativas
- Eficacia centrada en la medicación
- Medicalización y demanda creciente de servicios

La crisis del MMH se produce en las décadas del 60 y 70. En el mundo desarrollado, las críticas se centran en el aumento de los costos de atención de la enfermedad, la sobremedicación, el aumento del intervencionismo médico como práctica social, el incremento de la iatrogenia negativa, el predominio de los criterios de productividad y rendimiento por sobre los de calidad de atención, el reconocimiento de “productores de enfermedad”, el reconocimiento de actividades de control social e ideológico, el incremento de la mortalidad de varones en edad productiva, la desigualdad social ante la muerte y las limitaciones en el tratamiento de los principales problemas de salud mental. Desde el mundo subdesarrollado, en particular desde América Latina, se alerta sobre el estancamiento de las tasas de mortalidad, el incremento de la lactancia artificial en paralelo con el incremento del hambre, el incremento de la morbimortalidad por enfermedades infectocontagiosas, el incremento de las tasas de mortalidad por accidentes, el incremento continuo de las tasas de alcoholismo y drogadicción, el incremento de enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis, la crisis del financiamiento de sistemas de seguridad social, el agravamiento de problemas de infraestructura básica relacionados con condiciones mínimas de salubridad.

Si bien las críticas al MMH tuvieron origen en grupos con intereses diferentes, es importante reconocer la necesidad de replantear los propósitos y objetivos de la atención médica. Por eso, coincidimos con la postura de modificar el modelo academicista, cientificista, no humanista y fragmentario en el que la tecnología intenta reemplazar la semiología y la relación médico-paciente, por otro en el que la práctica médica se base en una visión integral del hombre y de la medicina, capaz de enfrentarse críticamente a los problemas de salud que se presentan en forma cotidiana. Como señalan Lavados y Serani (1993):

El primer hecho que debe ser destacado es que la realización práctica de una actividad clínica eficiente requiere que el médico desarrolle un variado conjunto de capacidades que van más allá de las meras habilidades técnicas o intelectuales. El tipo y número de estas

capacidades está, en lo fundamental, determinado por dos grandes elementos: a) la finalidad práctica de la medicina, que es implementar frente a una persona una terapia fundada en un diagnóstico clínico adecuado; b) el hecho de que la enfermedad, en el caso del hombre, posee una dimensión biológica, psicológica-ética y cultural. La consideración, primero teórica y luego práctica, de estos dos elementos debería permitir entender que el objeto de la medicina no son las enfermedades sino los enfermos. (p. 3)

El ejercicio de la medicina implica un encuentro entre el médico y el paciente. Según el American Board of Internal Medicine (1979), durante dicho encuentro se ponen en juego:

- Las habilidades, actitudes y hábitos que el médico debe poseer para enfrentar eficientemente los problemas clínicos
- Las tareas o funciones específicas que el médico debe saber realizar de una manera práctica y metódica para resolver los problemas clínicos planteados por su paciente
- La enfermedad del paciente
- El paciente y su experiencia de enfermedad

Los tres modelos básicos de relación médico-paciente corresponden a tres modelos básicos de interacción humana. (Lavados & Serani, 1993)

En el más antiguo, el médico toma las decisiones asumiendo toda la responsabilidad por ellas, frente a un paciente generalmente incompetente.

En el segundo modelo, que podría llamarse de cooperación guía -y que se encuentra vigente en buena parte de la práctica médica corriente- el médico aparece en una situación asimétrica de poder frente al paciente en virtud de su competencia técnica. El paciente está dispuesto a “cooperar” en el cumplimiento de las indicaciones y existe una transferencia de responsabilidad del paciente hacia el médico. Aunque a primera vista este modelo es semejante al anterior, en este tipo de relación el paciente hace manifiestas sus expectativas, temores y necesidades frente a la atención médica, mientras que el médico ofrece alguna información sobre las finalidades o resultados de los tratamientos.

Los dos modelos precedentes se corresponden con lo que Beauchamp y Mc Cullough (citados en Outomuro, 2009) entienden como paternalismo médico: un tipo de relación médico-paciente similar a la que existe entre padre e hijo, aludiendo a dos características del rol paterno: la beneficencia del padre y su legítima

autoridad. Outomuro señala que en filosofía moral, el término es aún más acotado, entendiéndose por paternalismo la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, apelándose a motivos de beneficencia hacia aquel cuya autonomía está limitada.

El tercer modelo, conocido como de participación, se basa en el concepto de antipaternalismo médico que reconoce como fuente filosófica el ensayo de Mill (1857) Sobre la Libertad. Señala el pensador inglés que:

El objeto de este ensayo es el de proclamar un principio muy sencillo encaminado a regir de modo absoluto la conducta de la sociedad en relación con el individuo, en todo aquello que sea obligación o control, bien se aplique la fuerza física, en forma de penas legales, o la coacción moral de la opinión pública. Tal principio es el siguiente: el único objeto, que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es la propia defensa; la única razón legítima para usar de la fuerza contra un miembro de una comunidad civilizada es la de impedirle perjudicar a otros; pero el bien de este individuo, sea físico, sea moral, no es razón suficiente. Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle, o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno, si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano. Apenas si es necesario decir que esta doctrina no alcanza más que a los seres humanos que se hallen en la madurez de sus facultades. No hablamos de niños ni de jóvenes de ambos sexos que no hayan llegado al tope fijado por la ley y para la mayoría de edad. Aquellos que están en edad de reclamar todavía los cuidados de otros, deben ser protegidos, tanto contra los demás, como contra ellos mismos. (pp. 26-27)

Y agrega:

La única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien a nuestra propia manera, en tanto que no intentemos privar de sus bienes a otros, o frenar sus esfuerzos para obtenerla. Cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual. (p. 29)

Asimismo, señala acerca del bienestar individual que:

Ni una persona, ni cierto número de personas, tienen derecho para decir a un hombre de edad madura que no conduzca su vida, en beneficio

propio, como a él le convenga. Él es la persona más interesada en su propio bienestar; el interés que pueda tener en ello un extraño, excepto en los casos de fuertes lazos personales, es insignificante comparado con el que tiene el interesado; el modo de interesarse de la sociedad (excepto en lo que toca a su conducta hacia los demás) es fragmentario y también indirecto; mientras que, para todo lo que se refiere a los propios sentimientos y circunstancias, aun el hombre o la mujer de nivel más corriente saben, infinitamente mejor que las personas ajenas, a qué atenerse. (p. 89)

Este modelo, al cual adherimos, se apoya en el principio ético de que la igualdad en la interacción es un objetivo al cual debe al menos tenderse en forma activa y permanente. Como resultado de dicha interacción, el médico y el paciente tendrán una responsabilidad compartida –aunque sea asimétrica-y mutua interdependencia en la fijación de los problemas y su jerarquía.

Señala Tristram Engelhardt (citado en Outomuro, 2009) que “cualquiera sea la decisión de una persona competente, ella debe ser respetada”. Para este autor, una persona “es alguien que posee racionalidad, autorreflexión y sentido moral (...) Todo lo que las personas elijan libremente debe ser respetado.” (p.3)

Lavados y Serani (1993) señalan algunas actitudes, hábitos y habilidades que consideramos necesarias para enfrentar los problemas biomédicos y de ética-clínica que supone la toma de decisiones en la práctica médica:

- Preocupación primaria por el bienestar del paciente.
- Atención de salud continua e integral, utilizando para este fin los medios requeridos para aliviar en cuanto sea posible, los problemas de salud de su paciente.
- Sensibilidad a las necesidades físicas, emocionales, culturales y sociales de los pacientes.
- Capacidad para aceptar la ansiedad, temores y aún hostilidad de su paciente y responsabilidad para otorgarle una atención médica carente de prejuicios.
- Conocer sus limitaciones y consultar a otros médicos cuando sea necesario. No realizar procedimientos para los cuales no está calificado.
- Educar al paciente su familia o ambos en relación con los problemas, manejo y decisiones que su atención implica.
- Minimizar el costo de la atención médica para su paciente

- Participar, de acuerdo a su habilidad, en la educación de estudiantes, internos, residentes y otros profesionales de la salud.
- Cautelar tiempo y energía para mantener al día sus habilidades y conocimiento clínico.
- Comprender las limitaciones del conocimiento médico para explicar todos los aspectos de los problemas del paciente

Las actitudes anteriormente descritas se tendrían que concretar en comportamientos específicos que debieran integrarse al conjunto de habilidades necesarias para la formación médica:

- Desarrollo de una relación que inspire confianza en el paciente, centrada en un sentimiento de interés y preocupación por él
- Comunicación con el paciente y su familia
- Atención a las necesidades emocionales de los pacientes y a la potencial influencia de éstas sobre los síntomas y curso de la enfermedad.
- Educación para la prevención y manutención de la salud de su paciente
- Comunicación e interacción con sus colegas en el contexto de un equipo de salud

8.2-La comunicación entre pares

La educación superior es un continuo dentro del cual la obtención del grado es sólo la etapa inicial y esto da lugar a fenómenos que, a nuestro entender, otorgan características particulares a los vínculos entre colegas.

Para el imaginario de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo y su entorno familiar, la carrera se completa al cumplir con las obligaciones curriculares correspondientes al quinto año. Esta afirmación se sustenta en el hecho de que los ritos vinculados a la graduación (rotura de apuntes, festejos, etc.) se realizan cuando el estudiante aprueba el último examen de ese período. El sexto

año resulta una etapa de transición en la que el estudiante no está habilitado para el ejercicio profesional pero se lo confronta con situaciones en las que no solamente debe razonar y proceder como si fuera médico, sino que se lo debe tratar como tal. El pasaje de estudiante a “interno” lo convierte para el grueso de la comunidad médica en un par.

Sin embargo, existe una percepción generalizada de que el graduado no está verdaderamente preparado para el ejercicio de la profesión y debe, necesariamente, optar por un sistema de formación de postgrado para estar a la altura de lo que su título habilitante supone.

La formación de Especialistas comprende algunos sistemas que se encuentran insertos dentro de las instituciones universitarias y otros que, si bien se desarrollan fuera de ella cuentan con una suerte de “aval tácito” dado por el hecho de que los mismos profesionales que actúan en la docencia de grado suelen participar activamente en la de postgrado. Así, el otrora estudiante universitario de grado experimenta una prolongación de su vínculo pedagógico con sus ex docentes de la facultad que han pasado ahora a ser sus colegas.

Si bien es cierto que el vínculo entre colegas supone una relación entre sujetos que tienen en común su mismo título de grado y la condición de ser aprendices a perpetuidad, existen asimetrías y juegos de poder que están dados por las diferencias generacionales, el lugar que cada uno ocupa en la estructura del sistema de salud, la aplicación al estudio, la producción científica y el saber adquirido a partir de la reflexión sobre la práctica.

Este proceso de comunicación se produce, como siempre, en la formación social y el marco de referencia de cada uno de los actores, así como desde aspectos psicológicos de su identidad. Entonces, parece lógico suponer que sobre esta prolongación del vínculo pedagógico que se mantiene a lo largo de toda la vida profesional se proyecten algunas características de los que se desarrollaron durante la formación de grado.

En los próximos apartados de este texto presentaremos nuestra visión de la comunicación en el vínculo pedagógico y trataremos algunos aspectos de su dimensión psicológica que tendremos en cuenta para nuestra investigación.

8.3-Dimensión psicológica del vínculo pedagógico y la comunicación entre pares.

Como ya señalamos, la construcción de la identidad humana se funda en las relaciones con los otros. Nos hemos referido también a los otros significativos, destacando que las experiencias de la vida, fundamentalmente las vividas con los primeros vínculos modelan la transferencia afectiva de las relaciones subsiguientes.

La relación docente-alumno, como toda relación asimétrica se constituye en una relación de poder que está atravesada por el estilo de funcionamiento de las instituciones educativas, las cuales, a su vez, están marcadas por la formación social. Sin embargo, como señala Allidière (2004):

Aunque atravesado por el estilo de funcionamiento de la sociedad y de la institución educativa, el rol docente será ejercido en cada caso, según la particularidad del estilo psicológico del maestro o profesor, y también según las interrelaciones que el mismo establezca con cada alumno y con cada grupo de estudiantes en particular. Los estudiantes, a su vez, presentarán perfiles prescriptivo-cognitivo-emocionales diferenciados de acuerdo con sus singulares experiencias personales y según sus pertenencias a determinados estamentos sociales y al tiempo histórico-cultural en que vivan. (p. 14)

Como en todo vínculo, en la relación profesor-alumno se ponen en juego algunos mecanismos psíquicos cuyos efectos merecen ser destacados.

Según Laplanche y Pontalis (1983), la identificación es “un proceso psicológico inconsciente mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, o un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de este” (p. 184).

Las identificaciones que se producen en la relación docente-alumno y en la relación entre pares pertenecen al grupo reconocido por el psicoanálisis como secundarias. La personalidad de los docentes y pares adquiere importancia cuando puede constituirse en un modelo de identificaciones secundarias. La figura de estos docentes-colegas se vuelve fundamental como modelo para el ejercicio de la profesión.

La proyección es un dinamismo psíquico inconsciente por el cual se tiende a atribuir a un objeto, persona, grupo o situación afectos o deseos de uno mismo. Así, los otros son significados en los vínculos tanto por el status que ocupan y los roles que juegan como por el lugar que se les asigna según las propias proyecciones. (Allidière, 2004)

Vale la pena aclarar que, siguiendo a Giberti, Chavaneau y Oppenheim (1985), denominamos lugar al modo en el que alguien es “visto” y “reconocido” por otra persona. Ese lugar está dado por el sentido que ese sujeto adquiere para otros.

La proyección exagerada en una persona o grupo ya sea de los aspectos no aceptados o idealizados de uno mismo conducirá a ciertas formas de fundamentalismo, que se expresarán como comportamientos agresivos o prejuiciosos en el primer caso o de enamoramiento y adhesión incondicional en el segundo.

La transferencia afectiva en cada vínculo está signada por el entrecruzamiento de las mutuas proyecciones.

En el caso del vínculo pedagógico existe la necesidad de que tanto docentes como alumnos desempeñen roles bien diferenciados, y esto determina la asimetría de dicho vínculo. Aunque estos roles adopten la impronta de la institución educativa en la que se ejercen, en cada caso particular estarán sesgados por las proyecciones inconscientes y los afectos transferenciales y contratransferenciales de sus actores. Docentes y alumnos reactualizan en cada experiencia pedagógica maneras propias de vincularse que se internalizaron en su experiencia vital anterior y, a su vez, estas experiencias pedagógicas se reactualizan en las relaciones que entablan durante su vida profesional con pacientes y colegas.

En el caso de los profesores, la diferencia generacional puede actuar como un factor determinante de distintos tipos de transferencia con los alumnos. Así, cuando los docentes tienen cierta diferencia de edad con sus estudiantes, pueden actuar como padres protectores o establecer un vínculo autoritario con ellos, llegando en algunos casos a un despotismo docente. Cuando el profesor se encuentra más cercano a la edad de sus alumnos, puede generarse un vínculo en el que ambos actúen como “rivales fraternos”, estableciéndose competencias y alianzas inconscientes contra los docentes de mayor edad y hasta, en algún caso, situaciones de “tiranización del ayudante” por parte de los alumnos (Allidière, 2004). Otro aspecto importante a tener en cuenta son las motivaciones que llevaron a los profesores a la elección de la carrera docente. Dentro de estos motivos latentes se reconocen identificaciones con antiguos maestros o profesores, necesidad de reparar a través de la labor pedagógica aspectos agresivos de la personalidad, o,

por el contrario, búsqueda inconsciente de un ámbito propicio para expresar aspectos sádicos y autoritarios de ésta, acatamiento a mandatos familiares, desobediencia a mandatos familiares, competencias no resueltas que llevan a buscar posicionarse en un lugar de poder para “ganarle al rival infantil”, necesidad de sustituir con los alumnos falencias vitales relacionadas con los roles paterno-maternales y búsqueda inconsciente de un espacio para el despliegue de la “oralidad”.

Desde el punto de vista de los alumnos puede producirse un despliegue de transferencias filiales, en el que los docentes actúen como sustitutos parentales, generándose una ambivalencia afectiva en la que pueden coexistir el rechazo a todo lo que provenga del mundo adulto con una demanda inconsciente de amor expresada a través de conductas agresivas sostenidas en desplazamientos transferenciales desde otros vínculos frustrantes (Allidière, 2004). Otra posibilidad es que se establezcan transferencias eróticas y enamoramientos transferenciales. Así, señala Allidière (2004) que:

En virtud de la diferencia de edades que generalmente existen entre profesores y estudiantes, y del lugar de autoridad fácilmente idealizable que los primeros ocupan para los segundos, la transferencia de afectos eróticos por parte de los alumnos suele resultar de desplazamientos de *emociones edípicas* no resueltas. (p. 32)

Y agrega:

El profesor o profesora juegan culturalmente un rol asimilable a los roles materno o paterno, pero como no se encuentran comprendidos entre las personas sobre las que recae la prohibición del incesto, se erigen en personajes particularmente propicios para el enamoramiento transferencial y para la activación de fantasías sexuales edípicas. (p.33)

Un párrafo aparte merece el tema de los baluartes narcisistas que docentes y alumnos sostienen en el vínculo pedagógico.

Denominamos baluartes narcisistas a los aspectos más amados y valorados de la personalidad que constituyen las fortalezas de los sujetos y son empleados para la regulación de la autoestima. Aunque son valoraciones intrapsíquicas -y por tanto subjetivas- que cada persona hace de aspectos propios, se construyen a partir del intercambio social y están atravesados por determinantes históricos y culturales.

El poder que otorga el saber es uno de los baluartes narcisistas sobre los que se asienta el status docente.

El lugar del saber reservado al docente ha caracterizado durante siglos las relaciones pedagógicas “tradicionales”, estructuradas *verticalmente* y basadas fundamentalmente en la pasividad del alumno (“receptor”) y en su dependencia del profesor (“transmisor de conocimiento”).

En este modelo pedagógico, el docente ocupa el **lugar del saber** presentándose como **omnisapiente** ante los estudiantes. En ocasiones, genera entre sus alumnos un frustrante sentimiento de inaccesibilidad al conocimiento a través del ejercicio de una dialéctica perversa por la cual toman “posesión” absoluta de las teorías y conceptos expuestos en la asignatura dejando afuera, en situación de exclusión intelectual, a los estudiantes. Es frecuente que en señal de rebeldía frente a este modelo, algunos alumnos tomen una postura de “no entender” sistemático y militante (Allidière, 2004).

Otros modelos pedagógicos rescatan, por el contrario, la **participación activa** del alumno en la construcción del conocimiento a partir de la valorización de sus **saberes y experiencias previas** y ubican al docente en un lugar menos omnisapiente.

El docente comunica y dona generosamente sus saberes a los alumnos y se permite mostrar no solamente lo que sabe, sino también lo que **no sabe**. Este proceso, que “humaniza” el rol de profesor, tiende a su vez a favorecer la participación de los alumnos en la clase y a estimular involucramientos personales e intelectuales más activos y comprometidos con el aprendizaje.

La pedagogía pasa a transformarse así en un modo particular de discurrir y de hacer preguntas y no de instalar una verdad que no deje lugar para las dudas e interrogantes y para el intercambio y la discusión de las ideas.

Sin embargo, pese a las numerosas investigaciones que proponen desde distintos campos disciplinares la sustitución del verticalismo en el aula por un vínculo de mayor interacción, muchos profesores se resisten a abandonar el modelo tradicional. Este hecho puede tener relación con otro de los baluartes narcisistas del profesor: la asimetría del vínculo pedagógico que le otorga al docente el poder de decisión sobre el “destino” del estudiante.

La modalidad pedagógica que se estructura alrededor de la figura de un docente visualizado como la imagen de lo todopoderoso puede llegar, en situaciones extremas, a evidenciar rasgos de crueldad y sadismo. El profesor se convierte en un personaje despótico que transmite la sensación de omnipotencia de la que se siente imbuido, por ser el poseedor de una verdad indiscutible, eterna e inmutable.

Así, detenta un poder que emana no solamente de las amenazas que pueda ocasionalmente emitir, sino que le viene de un atributo arcaico: la del padre todopoderoso y destructor. (Allidière, 1995).

La dinámica de las instituciones en las que existan estos vínculos asimétricos favorecerá o inhibirá el despliegue de los aspectos sádicos de las personalidades que ejercen el poder durante el ejercicio de sus tareas.

Tanto en el ámbito de los vínculos pedagógicos como en el de las relaciones intergeneracionales en general, el uso de los niños y los jóvenes como pantalla privilegiada de proyección agresiva ha sido históricamente una constante.

Los alumnos también cuentan con baluartes narcisistas que los colocan en una situación de poder en la relación con sus profesores.

En la cultura "light", de la cual los estudiantes universitarios actuales forman parte, la pérdida de la juventud es una situación casi vergonzante que genera un alto grado de tensión intergeneracional entre los "adultos" que aspiran a ser aceptados en el mundo de los jóvenes, por una parte, y los jóvenes que resisten la intrusión de los "viejos" en "su" mundo y los excluyen a través de la instrumentación de estrategias denigratorias y del uso de códigos que sólo comparten con los "miembros auténticos" de su generación, por la otra.(Allidière, 2004).

De esta manera, muchos estudiantes-y también noveles graduados-ejercen el prejuicio del "viejismo" sin reparar que serán con el tiempo víctimas del mismo, mientras que los profesores se defienden refiriéndose a los estudiantes como "los chicos" o con otros apelativos peyorativos hacia su condición etaria.

La juventud es solamente uno de los atributos de la estética dominante. Existen otros que con el correr de los años se han ido disimulando o perdiendo en los docentes y que resultan ser reguladores de autoestima muy valorizados en la cultura icónica contemporánea.

La curiosidad intelectual que llevaba a las personas a profundizar sobre una temática determinada-con el esfuerzo sostenido que esto implica-ha cedido terreno, en la sociedad de mercado y en la cultura mediática, a una curiosidad voyeurística por las superficies y los bordes, que alimenta un bagaje de información muy extenso pero poco profundo y, además, homogéneo (Allidière, 2004). Este punto de vista coincide con lo señalado por Russell (1989), quien afirma que: "(los hombres) han llegado a creer, cada vez con más firmeza, que el único conocimiento que merece la pena adquirir (se) es aquel que resulta aplicable en algún aspecto a la vida económica de la comunidad". (p.30) y con Jaim Etcheverry (2001) quien señala que "pocos buscan aprender para tener la experiencia irrepetible y esencialmente

humana de entender, de intuir la inteligibilidad del mundo. La preocupación central de nuestra sociedad es que lo que aprenden los jóvenes les sirva. Y pronto.” (p. 86)

En el sistema educativo privado, se suma a lo anterior la situación del alumno o estudiante devenido cliente que siente, consciente o inconscientemente, que puede especular con la necesidad de la institución a la que asiste de retener la matrícula y que estará condicionado por las políticas administrativas de la misma. Algunas personalidades con rasgos psicopáticos podrían adherir a la lógica de mercado y considerar que tienen el derecho de plantear determinadas exigencias “porque pagan”. En otros casos, podrían emplear modalidades seductoras o melancólicas, intentando persuadir a las autoridades de sus necesidades de trato preferencial. (Allidière, 2004).

En conclusión, la complejidad de cada vínculo profesor-alumno se revela a través de una serie de dinamismos psíquicos que se ponen en juego y que se construyen a partir de los status y roles adjudicados institucionalmente, las posiciones y lugares que por proyección cada persona le asigne a la otra, la reactualización en el vínculo actual de modalidades afectivas propias de relaciones pasadas y el entrecruzamiento armónico o conflictivo de atributos sobre los que asientan los baluartes narcisistas de los actores de los vínculos pedagógicos.

8.4-Los vínculos y la comunicación desde la perspectiva de la Mediación Pedagógica.

Siguiendo a Prieto Castillo (2005 a), consideramos la Pedagogía como:

El intento de comprender y dar sentido al acto educativo, en cualquier edad y en cualquier circunstancia en que se produzca, a fin de colaborar desde esa comprensión con el aprendizaje como construcción y apropiación del mundo y de sí mismo. (p. 14)

Esta visión de una Pedagogía basada en el reconocimiento del otro, en una permanente relación dialógica con los educandos, en la necesidad de enseñar a aprender y en la ruptura del poder concentrado en la institución y el educador, nos lleva a adherir a la propuesta teórico-metodológica conocida como Mediación Pedagógica (Gutiérrez Pérez & Prieto Castillo, 1993). Así, define Prieto Castillo

(2005 a) que “entre un área del conocimiento y de la práctica humana y quienes están en situación de aprender, la sociedad ofrece mediaciones. Llamamos pedagógica a una mediación capaz de promover y acompañar el aprendizaje” (p. 29)

Nuestra experiencia tanto en la Medicina como en la Docencia nos ha mostrado que un modelo válido desde el análisis teórico metodológico puede no serlo desde el punto de vista práctico, en especial cuando se intenta extrapolarlo en poblaciones diferentes de aquella en la cual fue construido. En ese sentido, nos parece importante destacar que la Mediación Pedagógica surgió de experiencias universitarias, con universitarios, docentes y estudiantes. No es el resultado de una adaptación forzada de conocimientos preexistentes acerca de la manera de aprender de los niños, ni tampoco proviene de los manuales tradicionales de Pedagogía.

Ojeda (2005) señala que en esa mediación:

El aprendiz es el sujeto del aprendizaje, el constructor del camino. El maestro va con él, lo apoya, lo respalda a través de su experiencia; ni lo deja librado a su suerte, ni construye por él; ilumina el camino, sigue paso a paso, con pasión y con atención las alternativas de esa construcción, y como el maestro no puede sustraerse de su condición de aprendiz, al acompañar a otros también construye sus propios caminos. (p. 5)

El marco teórico de referencia de la mediación pedagógica se sustenta en teorías de comunicación contemporánea que rescatan la interactividad y la iniciativa de los receptores. Rescata los aportes de pensadores como Sigmund Freud, Lev Vigotsky, Jean Paul Sartre y Michel Foucault, pero fundamentalmente abreva en la obra de grandes educadores que han signado el camino de la pedagogía latinoamericana, como Simón Rodríguez, Paulo Freire y Hugo Assmann, quienes agregan al concepto de la mediación la visión de la educación como construcción de saber emancipador y como condición esencial de la dignidad humana.

Esta consideración de la dignidad del sujeto que aprende es fundamental para la comprensión del concepto de umbral pedagógico en la mediación. Prieto Castillo (2005 a) señala que:

La promoción y el acompañamiento del aprendizaje, es decir, la mediación pedagógica, significan un juego de cercanía sin invadir, y una distancia sin abandonar. Hemos denominado a ese espacio donde se produce la mediación umbral pedagógico, y lo hemos caracterizado como algo delgado, como una suerte de línea de luz sobre la cual

debieran moverse la institución, el educador y los medios y materiales (...) Llamamos pedagógica a una mediación capaz de promover y acompañar el aprendizaje, es decir, la tarea de construirse y de apropiarse del mundo y de sí mismo desde el umbral del otro, sin invadir ni abandonar. La tarea de mediar culmina cuando el otro ha desarrollado las competencias necesarias para seguir por sí mismo. (p. 40)

La docencia pasa entonces a ser mucho más que una actividad profesional o una actitud. Para Ojeda (2005):

Es una filosofía de vida que implica estar preparado para la mediación en un mundo que constantemente cambia, y que por tanto requiere una revisión permanente de estructuras, procesos y resultados tanto individual, en la soledad del aula, como cooperativa en el conjunto institucional.(p. 28)

Dentro del marco de la mediación pedagógica, la comunicación ocupa un lugar central. Así, Prieto Castillo y Gutiérrez Pérez (1993) desarrollan el concepto de madurez pedagógica y la definen como la “capacidad de utilizar en la promoción y el acompañamiento del aprendizaje los más ricos recursos de comunicación propios de una relación educativa”. (Prieto Castillo, 2005 a, p.43)

Y agrega el pensador mendocino (2005 a):

La madurez pedagógica pasa por la capacidad discursiva, por la producción de textos adecuados a nuestros interlocutores, por la creación de un ambiente pedagógico en el cual se fomente la creatividad individual y grupal, por la orientación para trabajar en el contexto, por la libertad necesaria como para que el estudiante pueda incorporar al proceso su propio ser, su historia, su experiencia. Todo ello dentro de la pasión por la ciencia y el conocimiento. Y todo ello enmarcado en una concepción de la vida que dé sostén a las metodologías que dan prioridad a la relación con el otro. (p.43)

Cuando hablamos de madurez pedagógica surge otro concepto fundamental que es el de comunicabilidad, entendiendo por tal a la máxima intensidad de relación lograda en las instancias del aprendizaje. Coincidimos con Prieto Castillo en que la intensidad de la comunicación no se mide en cantidades, sino que se percibe en los modos de relación. Sea en situación de estudiantes o de docentes, la relación se establece con la institución, nuestros pares, nuestros docentes, los medios, los materiales, el contexto y con nosotros mismos y la comunión con toda la cultura enriquece la mediación.

Desde esta perspectiva los docentes somos verdaderos trabajadores del discurso, ya que la práctica educativa significa una revisión permanente de nuestros modos

de relacionarnos con nuestros interlocutores –los estudiantes- y de los apoyos didácticos que producimos. Este hecho resulta de enorme importancia si consideramos que la calidad de la interlocución depende de la fluidez del discurso. La mirada comunicacional de la mediación pedagógica trasciende la relación docente-alumno y se proyecta en las relaciones intra e interinstitucionales porque considera que el derecho a la comunicación en nuestras instituciones se deriva del derecho que tenemos quienes las integramos de realizarnos como personas y como profesionales.

Algunos conceptos básicos que desde esta visión resultan útiles para el análisis comunicacional tanto de pequeños grupos como de grandes comunidades son:

- Situación de comunicación: pensar en una situación de comunicación significa comprender el contexto desde ella y reconocer los discursos dominantes, temas, emisores y recursos expresivos privilegiados frente a voces que apenas pueden oírse dentro de una organización social. Un aula, un consultorio médico, la guardia de un hospital, son situaciones de comunicación.
- Emisión y percepción permanentes: considera el hecho de que todo lo humano significa, por lo cual en toda situación de comunicación se emite y se percibe al mismo tiempo, en una permanente negociación de significados.
- Percepción y apropiación cultural: reconoce que al encontrarnos siempre en una situación de comunicación, los seres humanos tenemos ciertas maneras de emitir y percibir. Dicha percepción se sustenta en un proceso de aprendizaje que se desarrolla durante toda la vida. Y es desde dicho modo de percibir que nos apropiamos de toda la oferta cultural de la sociedad.

En su trabajo sobre diagnósticos de comunicación, Prieto Castillo (1987) señala otros dos conceptos fundamentales para el análisis: la co-responsabilidad comunicacional y la organización democrática de la comunicación.

El concepto de co-responsabilidad comunicacional se refiere a que el mantenimiento de procesos continuos de comunicación, la fluidez en las relaciones, la circulación adecuada de la información, el conocimiento de los mecanismos más elementales de la propia organización, la difusión de ideas y la producción de conocimientos son responsabilidad de todos los actores sociales de cualquier comunidad de la que se trate.

La dilución de estas responsabilidades y la delegación de funciones en determinados grupos o personas conducen a un proceso de entropía comunicacional (Wiener, 1969), esto es, de pérdida de espacios y redes de comunicación, de entusiasmo en las relaciones y de riqueza en el discurso.

La actitud de delegar responsabilidades vulnera la organización democrático-comunicacional de las instituciones.

Como señala Prieto Castillo (2005 b) “la poca co-responsabilidad comunicacional va de la mano de un ejercicio del poder cercano al autoritarismo” (p.137) y agrega que:

La cesión de la propia responsabilidad comunicacional permite a veces la ilusión de una calma y un proceso de organización más eficaz (...). Sin embargo, en organizaciones así dirigidas, hay períodos de cierta estabilidad, pero siempre están orillando la incertidumbre, que es el peor enemigo de cualquier organización. Las comunicaciones defensivas son un producto directo de la incertidumbre y ésta surge cuando no existe información suficiente y cuando no existen mecanismos para comunicar lo propio. (p.137)

Los educadores y las instituciones educativas somos seres de comunicación. Por ello, como señala Prieto Castillo (2005 b), “el análisis comunicacional conduce siempre al análisis de lo que somos y queremos como institución, de nuestras virtudes y carencias, de nuestras grandezas y también pequeñeces.” (p. 158)

Coincidimos con el autor mendocino en que comprender la comunicación es comprendernos a nosotros mismos. Porque, como él, consideramos que cuando falla la comunicación, siempre falla algo más y cuando está presente, siempre existe algo más que ella.

A modo de conclusión

La comunicación existe como parte esencial de la vida cotidiana desde el momento en que el ser humano descubre la existencia del otro.

En un texto de Ciencias Sociales para educación primaria (Giménez, 2014) leemos que “las actividades realizadas de manera conjunta por los grupos humanos y la transmisión de técnicas para la fabricación de herramientas, entre otros motivos, hicieron que los hombres necesitaran comunicarse entre sí.” (p. 14)

Si, como señala Freire (1975), la construcción de conocimientos permite que el hombre problematice el mundo que lo rodea, lo capte críticamente y actúe sobre él para transformarlo, resulta interesante preguntarse por qué, siendo la comunicación tan antigua como el hombre mismo, el desarrollo de las Ciencias de la Comunicación es relativamente nuevo.

Si bien la especie humana no es la única que ha desarrollado un sistema que permite establecer relaciones entre individuos, la comunicación humana resulta ser un fenómeno complejo, probablemente porque las relaciones entre seres humanos también lo son.

La revolución industrial fue el punto de partida de una serie de transformaciones en la dinámica de las relaciones sociales que perdura hasta hoy. Considerando que la comunicación es una negociación de sentidos entre las personas, no resulta para nada casual que su problematización haya surgido en un momento histórico caracterizado por un fuerte cuestionamiento de los vínculos entre clases sociales; más aún, que dicha problematización haya contribuido a revelarlos y transformarlos. Tampoco resulta casual que la mirada de los cambios sociales desde lo comunicacional atravesara a todas las disciplinas que se sustentan en los vínculos entre seres humanos.

La tensión generada por los cambios en la dinámica social hizo insostenible la permanencia de los paradigmas que dominaban las relaciones tanto individuales como sociales y generó una búsqueda de lo alternativo. El marco teórico de nuestra investigación da cuenta de ese itinerario recorrido a lo largo de casi dos siglos y nos permite destacar entre sus consecuencias:

- El cuestionamiento de los juegos de poder de las clases dominantes y el reclamo por la equidad de los distintos grupos sociales en el ejercicio de sus derechos, entre ellos la educación y la salud.

- Cambios en la forma de concebir los elementos del proceso de comunicación así como de las relaciones emisor-receptor.
- El cuestionamiento sobre el papel que juegan la intencionalidad, el marco de referencia y la formación social en los modos de formular, emitir y distribuir los mensajes.
- La aparición de miradas alternativas a los modelos de relación históricamente establecidos en la construcción de los vínculos, en particular el pedagógico y la relación médico-paciente.
- Una crisis de fe en el ejercicio de las profesiones con un creciente escepticismo en la efectividad profesional.
- La necesidad de buscar alternativas al modelo de la racionalidad técnica en la enseñanza de las profesiones que contribuyeran a re-legitimar el rol de los profesionales dentro de la sociedad y afianzaran su identificación como parte de sus comunidades de pertenencia.

El surgimiento de lo alternativo es la apertura a nuevas posibilidades, a la opción por algo diferente que intenta superar lo ya existente. Frente a la variabilidad biológica, psicológica y sociocultural que caracteriza al ser humano, sería ingenuo pensar en la adhesión universal a un único paradigma.

A lo largo de su historia y en todos los campos del conocimiento, la humanidad ha asistido a una permanente coexistencia de miradas diferentes sobre el mundo en el que vivimos. Si nuestro modo de pensar se construye desde el modo de sentir, el de sentir del de percibir y el de percibir desde nuestras impresiones unidas a las de los que nos enseñan (Rodríguez, 1831 citado por Prieto Castillo, 1987) resulta claro que existen tantas miradas como seres humanos hay y que por lo tanto la adhesión a una corriente de pensamiento- y más aún, la diferenciación en una propia- supone una decisión surgida de una profunda reflexión sustentada en el conocimiento de lo ya construido y su sentido.

Consideramos que el recorrido de nuestro marco teórico es necesario para comprender los significados que hoy circulan en torno a lo comunicacional en la educación médica- las formas de elaborar los mensajes, de vincularse sus actores, los modos de enseñarla y aprenderla- y su construcción a lo largo de la historia, para poder explorar a continuación cómo la significamos en el pequeño universo del propio quehacer: nuestra facultad, nuestros docentes, nuestros alumnos. En la

tercera parte del texto presentamos el trabajo de campo y los resultados de nuestra investigación.

TERCERA PARTE

El trabajo de campo

Capítulo 9: Aspectos metodológicos

9.1-Los significados de la investigación

Nuestra pregunta de investigación trata sobre los significados que docentes y alumnos otorgan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y los grupos de pares. Por ello nos pareció pertinente comenzar este capítulo explicando a qué nos referimos cuando utilizamos dicho término.

Según la vigesimosegunda edición del diccionario de la Real Academia Española (2009), se denomina significado a la significación o sentido de una palabra o de una frase. También señala que, desde el punto de vista lingüístico, el término significado se refiere al contenido semántico de cualquier tipo de signo, condicionado por el sistema y el contexto.

Considerando al significado como la acción y el efecto de significar, podríamos agregar que, de acuerdo con las acepciones de este verbo, el significado constituye, ya sea por naturaleza, imitación o convenio, la representación, expresión o signo de una idea, un pensamiento o de algo material. Asimismo, la acción de significar implica una cierta valoración de lo representado por parte de quien significa.

Desde la visión Estructuralista, el lingüista suizo Ferdinand de Saussure afirma que el significado es el contenido mental que se le otorga a un signo lingüístico. El enfoque de Saussure sostiene que todas las palabras tienen un componente material (una imagen acústica) al que denomina significante y un componente mental referido a la idea o concepto representado por el significante al que denomina significado. Significante y significado conforman un signo.

La teoría de Saussure señala que la relación entre el significante y el significado es arbitraria y que el significante no está determinado por el significado, sino por las fronteras diferenciales que se establecen con otros significantes. Al analizar el signo en relación con sus usuarios, Saussure señala que una vez establecido el vínculo entre un sonido o secuencia de sonidos y un objeto, ni el hablante individual ni la

comunidad lingüística son libres para deshacerlo o sustituirlo por otro (Caldeiro, 2005a).

En su intento por establecer un marco universal para la comprensión de la relación hombre-mundo a través de la semiótica, el semiólogo norteamericano Charles Sanders Peirce, contemporáneo de Saussure, denomina signo a la representación mental a través de la cual los seres humanos conocen la realidad. Desde la postura de este autor, el significado del signo –denominado interpretante– es otro signo que explica el primero, que se relaciona con los conocimientos y saberes comunes a una determinada cultura y que surge como producto de una operación simbólica con los objetos (Caldeiro, 2005b).

Dentro de la misma corriente, Eco (1976) señala que

El interpretante es otro signo (o algo que se considera como un signo) que explica, traduce o sustituye el primer signo para hacer progresar ilimitadamente el mundo de la semiosis en una especie de movimiento en espiral, sin tocar nunca los objetos reales en cuanto tales, pero transformándolos siempre en formas significantes. Este proceso de semiosis ilimitada es el resultado de la humanización del mundo por parte de la cultura. Así la cultura puede estudiarse por completo desde un ángulo semiótico y a su vez la semiótica es una disciplina que debe ocuparse de la totalidad de la vida social. (p.96)

Cabe preguntarse aquí si la significación de la relación de un ser humano consigo mismo o con los objetos puede limitarse a un sistema de signos. Si así fuera, el código utilizado para transmitir un mensaje sería más importante que la comprensión de la realidad en la que dicho mensaje se encuentra inserto. Prieto Castillo (1997) señala que “en todo grupo hay una “tensión semiótica”, provocada no por una guerra entre signos sino por formas distintas de evaluar, significar y enfrentar la realidad.” (p. 92)

Y afirma:

La descalificación del referente resulta errónea (...) La cuestión no se resuelve de signo a objeto, sino de *mensaje a situación social*, con lo que el referente de un creyente, puede ser muy bien la trinidad, el milagro, etc., porque tales elementos (aún cuando no reales, en el sentido textual del término) tienen presencia social, *son socialmente reales*. Y uno no se hace matar por simples ilusiones sino por lo que ellas representan, por lo que ellas ofrecen en la vida misma. (p. 92)

En el mismo sentido, Voloshinov (1976) afirma que el sistema de la lengua:

Es una abstracción a la que se llegó con mucha dificultad y con la precisa concentración práctica y cognoscitiva de la atención. El sistema de la lengua es un producto de la reflexión que de ninguna manera realiza la conciencia del hablante nativo y que no se produce en absoluto en el proceso inmediato de hablar...La atención del hablante se concentra en relación con el enunciado concreto y particular que produce...Para él el centro de gravedad no se sitúa en la identidad de la forma sino en el nuevo y concreto significado que aquélla adquiere en el contexto particular...Lo que al hablante le importa de la forma lingüística no es su carácter de signo estable y autoequivalente sino su carácter de signo adaptable y siempre cambiante...La tarea de la comprensión no consiste fundamentalmente en reconocer la forma usada, sino en comprenderla en un contexto particular, es decir, consiste en comprender su novedad y no en reconocer su identidad. (p.88)

Y agrega:

...el factor constituyente de la forma lingüística y del signo no es su autoidentidad como señal, sino su variabilidad específica, y el factor constituyente de la forma lingüística no es el reconocimiento de la "misma cosa" sino la comprensión en el exacto sentido de la palabra, es decir, orientación en el contexto particular determinado y en la situación particular determinada, orientación en el proceso dinámico de transformación y no "orientación" en un estado inerte. (p.91)

Esta condición de variabilidad a la que alude Voloshinov nos hace pensar en el papel fundamental del hablante en lo que el signo lingüístico representa. Así, podríamos pensar en los significados como construcciones en las que intervienen tanto la dimensión psicológica como social de los sujetos y suponer que lo que un mismo signo representa puede tener connotaciones diferentes para diferentes individuos.

Los investigadores cualitativos, que intentan dar sentido a los fenómenos sociales en términos de los significados que los sujetos les otorgan, destacan la diversidad de los puntos de vista y las prácticas en función de las diferentes perspectivas subjetivas y a los distintos conocimientos sociales vinculados con ellas (Flick, 1998), de las distintas experiencias surgidas de su vida cotidiana (Marshall & Rossman, 1999) y de las distintas formas en las que el mundo es comprendido, experimentado y producido. (Vasilachis, 2009).

Para el propósito de nuestro trabajo, consideramos importante comprender cómo construyen significados los seres humanos.

En el campo de la Psicología, distintos autores (Allidière, 2004; Martí 2008, entre otros) señalan la importancia de los vínculos en la estructuración de la identidad.

Martí (2008) define a los vínculos como encuentros significativos entre dos o más sujetos y señala que cuando se establecen procesos de construcción diferenciadora como producto de dichas relaciones el sujeto es capaz de conformar sus propios enunciados identificatorios, a través de los cuales se reconoce como distinto a los demás y acepta la ajenidad de los otros.

Allidière (2004) adhiere a esta visión denominando a estos mediadores a través de los cuales los seres humanos se constituyen como tales los *otros significativos*, entre los cuales están los padres y hermanos dentro del ámbito familiar, mientras que en el extrafamiliar los lugares preferenciales corresponden a los maestros y amigos.

En el campo de la Pedagogía, Vigotsky (2000), plantea que el desarrollo del sujeto humano implica al sujeto y su relación con el mundo de los objetos, comprendida como un proceso de producción de significados, mediada por la presencia de otros. Su propuesta gira en torno a la mediación en la cultura y en los procesos de construcción del ser humano en el seno de la sociedad.

Siguiendo a Casarini (1999):

Vigotsky tenía su concepción del aprendizaje como un proceso que siempre incluye relaciones entre individuos (...) de ahí la importancia de la dimensión sociohistórica (...) La interacción del sujeto con el mundo se establece por la mediación que realizan otros sujetos. Del mismo modo que el desarrollo no es un proceso espontáneo de maduración, el aprendizaje, no es sólo fruto de una interacción entre el individuo y el medio; la relación que se da en el aprendizaje es esencial para la definición de ese proceso, que nunca tiene lugar en el individuo aislado. (p. 85)

La autora señala además que para el pensador ruso, la idea del proceso de enseñanza-aprendizaje no se refiere necesariamente a las situaciones en las que hay un educador físicamente presente, sino que “la presencia del otro puede manifestarse por medio de los objetos, de la organización del ambiente, de los significados que impregnan los elementos del mundo cultural que rodea al individuo.” (p. 86)

A través de su concepto de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), Vigotsky establece la distancia entre el nivel de desarrollo real, determinado por la solución individual de los problemas, y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la solución de los problemas con la guía de un adulto o en colaboración con pares más capaces.

El trabajo desde la ZDP se realiza a través de mediaciones sociales e instrumentales en las que ocupa un lugar fundamental otro ser humano.

Para Ausubel y sus colaboradores (Ausubel, Novak & Hanesian, 1983) construimos significados cuando somos capaces de establecer relaciones “sustantivas y no arbitrarias” entre lo que aprendemos y lo ya conocido. La riqueza de significados que atribuiremos al material del cual aprendemos dependerá de la complejidad de las relaciones que seamos capaces de establecer.

En su teoría del aprendizaje, estos autores plantean que todo contenido que se aprende debe ser **potencialmente significativo**, para lo cual deben cumplirse dos condiciones. La primera, denominada significatividad lógica, es que el contenido tenga una lógica intrínseca en sí mismo. Esta condición depende tanto de la estructura interna como de la manera en la que el contenido se presenta al sujeto que aprende. La segunda, es que quien aprende pueda poner el contenido en una relación no arbitraria con lo que ya conoce, insertándolo en las redes de significados ya construidas en sus experiencias previas. A esto se lo denomina significatividad psicológica.

Existe una tercera condición: la intencionalidad de relacionar el nuevo material de aprendizaje con los significados ya construidos por parte de quien aprende, lo cual le permitirá establecer relaciones múltiples y variadas con lo que ya conoce. De esta manera, las significaciones que construyen los individuos no dependen solamente de sus conocimientos previos y del nuevo material de aprendizaje sino también del sentido que atribuyen tanto al material como a su propia actividad de aprendizaje. Como señala Coll (1991):

En definitiva, la misma enseñanza dirigida a un grupo de alumnos puede dar lugar a interpretaciones muy diferentes y, consecuentemente, a la construcción de significados igualmente muy distintos en profundidad y en amplitud, según con la intención con la que dichos alumnos participen en la tarea. (p.204)

Y agrega:

Los significados que finalmente construye el alumno son, pues, el resultado de una compleja serie de interacciones en las que intervienen como mínimo tres elementos: el propio alumno, los contenidos del aprendizaje y el profesor. (p.207)

Para Prieto Castillo (2005), la construcción de significados supone la revisión crítica de la propia experiencia, un tránsito desde lo cercano a lo lejano en el que cada aprendizaje se articula con aprendizajes anteriores, permitiendo la expresión de la

propia experiencia y de las propias maneras de comunicar acercando la letra a la vida, abriendo caminos a la construcción del propio discurso, la generación de una obra en el sentido de algo construido por cada individuo en lo cual se juega lo mejor de sí mismo.

En la construcción de significados se manifiestan la posibilidad de aventurar el propio discurso, las propias maneras de percibir, de imaginar y de crear, así como de la revalorización de lo que se hace y se es capaz de hacer y de una intensa personalización.

Al cuestionarse sobre lo que sobre lo que significa significar, Prieto Castillo afirma lo siguiente:

¿Qué significa significar?

Primero:

Dar sentido a lo que hacemos

Segundo:

Incorporar mi sentido al sentido de la cultura y el mundo

Tercero:

Compartir y dar sentido

Cuarto:

Comprender el sinsentido de ciertas propuestas educativas, políticas, culturales.

Quinto:

Relacionar y contextualizar experiencias

Sexto:

Relacionar y contextualizar discursos

Séptimo

Impregnar de sentido las diversas prácticas y la vida cotidiana. (p. 69)

En nuestro trabajo reconocemos como significados a aquellas construcciones de sentido elaboradas por los actores de la investigación y que representan la visión de su realidad cotidiana atravesada por los vínculos con los otros y el contexto histórico, social, político y cultural en el que se desarrolla su quehacer.

9.2-Los actores de la investigación

El Diccionario de la Real Academia Española (2009) define como actor al individuo que desempeña un papel, al personaje de una acción o de una obra literaria. También denomina como actor a quien ejerce actos propios de su naturaleza, su

cargo u oficio, en forma libre y consciente. Agrega además que actuar es la capacidad de producir efecto sobre algo o alguien.

Para los investigadores cualitativos los actores son las personas que participan y otorgan significados a las situaciones seleccionadas para el estudio; aquellos desde cuya experiencia y perspectiva intentan interpretar los fenómenos sobre los cuales indagan (Denzin y Lincoln, 1994; Marshall & Rossman, 1999; Maxwell, 1996; Vasilachis, 2009). Tomando conceptos de la Antropología social, los actores son quienes producen las situaciones estudiadas y es justamente desde ese lugar que los investigadores intentan explicar su sentido (Achilli, 2005). Como señalan Assael, Edwards y López (1992), siguiendo a Geertz, el hombre se encuentra suspendido de una red de significaciones que él mismo ha tejido.

Cuando el hombre logra la capacidad de dar sentido, de significar el mundo y su propia experiencia pasa a convertirse de actor en protagonista. Así, Prieto Castillo (2005) define a los protagonistas como seres para quienes todas y cada una de las actividades, todos y cada uno de los proyectos, significan algo para su vida.

En nuestro trabajo, consideramos como actores a los protagonistas del proceso educativo en un contexto delimitado por una época-la actual-, un lugar-Mendoza-, un campo disciplinar-las Ciencias Médicas- y una institución- la Universidad Nacional de Cuyo.

9.2.1-Los docentes-médicos

El proceso educativo involucra fundamentalmente dos grupos de protagonistas: los docentes y los alumnos. Los docentes que participaron en nuestra investigación tienen la particularidad de ejercer tanto la práctica médico-asistencial como la docente; más aún, desarrollan muchas veces las dos actividades en forma simultánea. Siempre que hagamos referencia a sus testimonios o a otros sujetos que presentan esta característica utilizaremos la denominación de docentes-médicos.

9.2.2-Los “casi-médicos”

Como hemos señalado en la primera parte de nuestro trabajo, dentro de la institución en la que se llevó a cabo la investigación circula la idea de que los estudiantes que han completado el quinto año de la carrera- momento en el cual se han impartido casi todos los contenidos teóricos-se han graduado. Los alumnos, muchos de los docentes y el personal de apoyo utilizan el término “se recibió” cuando esta etapa ha finalizado; más aún, se practican en ese momento los rituales que habitualmente tienen lugar en el momento de la graduación. Sin embargo, tanto el currículum prescrito como el vivido muestran claramente la existencia de un sexto año de la carrera de Medicina-la Práctica Final Obligatoria - y un examen final global cuya aprobación es indispensable para que la institución otorgue el título.

Esta contradicción coloca a los alumnos en una situación que resulta confusa: se los considera médicos a la hora de evaluar o criticar su desempeño, pero no lo son a la hora de proponer alternativas diagnósticas o terapéuticas frente a pacientes reales; la facultad de Medicina considera que han completado el cursado de la carrera, pero no tienen habilitación académica ni legal para desarrollar la práctica médica. Por tal motivo, en el lenguaje cotidiano los estudiantes de sexto año de la carrera suelen ser llamados los “**casi médicos**”.

Esta denominación que parece no tener sentido cobra, paradójicamente, todo el sentido en nuestro trabajo. Los estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina son protagonistas de nuestra investigación justamente por esa condición- el “casi” - que los hace cercanos a los médicos por su grado de formación, pero que les permite conservar distancia suficiente para aportar una mirada diferente. Por esa razón nos referiremos a estos sujetos como los “casi médicos”.

9.3-Las características de nuestra investigación

Es frecuente que los médicos afirmemos que no se puso énfasis en el desarrollo de habilidades para la investigación durante nuestra carrera de grado. Casi siempre la experiencia muestra que se debió recurrir a la oferta de postgrado, habiendo resultado en un aprendizaje largo y costoso, tanto desde el punto de vista económico como por el esfuerzo que demandó compatibilizar esta formación con la vida profesional.

El paradigma de la Medicina Basada en Evidencias es un ejemplo que muestra la vigencia del pensamiento positivista en la práctica médica. La formación en investigación de los médicos no suele detenerse en el enfoque fenomenológico. Sin embargo, podemos afirmar que la crisis del modelo de medicina positivista y la valorización de lo antropológico-social en la relación entre el hombre y la enfermedad han dirigido el interés de la Ciencia Médica hacia nuevos problemas y nuevos enfoques en el campo de la investigación.

Uno de los grandes temas hacia los cuales nos orientamos actualmente es el rol del médico como educador: la educación del paciente individual, el enfoque de la educación comunitaria y, por supuesto, cómo enseñamos a nuestros futuros colegas a educar y educarse. Este último interrogante nos ha llevado a quienes hacemos docencia universitaria en Ciencias Médicas a reflexionar acerca de la tensión entre lo pedagógico y lo disciplinar, a cuestionar la formación de los médicos y, como consecuencia, nos ha orientado hacia la investigación educativa.

Refiriéndose a la investigación en Ciencias Sociales, Vasilachis (2009) señala que:

No trataremos, pues de diferenciar unas metodologías de otras y de legitimar unas en desmedro de otras; por el contrario, consideramos que el mejor método es el que más se adecua a la pregunta de investigación, y que la aceptación de la coexistencia de paradigmas en las ciencias sociales no puede sino conducir a la admisión de la copresencia de diferentes metodologías cuyo empleo puede permitir a las investigadoras y a los investigadores realizar investigaciones preñadas de igual validez, aunque deba ser evaluada con disímiles criterios. (p. 20)

Y continúa refiriendo que:

De esta suerte, la evaluación de la calidad de la investigación cualitativa debería fijar la atención en el cambio de contenido semántico de términos tales como, entre otros, “diseño”, “teoría”, “concepto”, “validez”, según se apliquen métodos cualitativos o cuantitativos, es decir, según se presuponga el paradigma interpretativo o positivista o, lo que es lo mismo, según se rechace o acepte una ontología realista y una epistemología dualista. (p. 20)

Pensamos que la investigación en Ciencias Médicas admite ambos enfoques, dependiendo de la naturaleza del problema a investigar y de la mirada con la que el investigador lo aborde.

Siguiendo la caracterización que realiza Mendizábal (2009) de ambos modelos:

Se pueden modelar analíticamente dos tipos de diseños: estructurados y flexibles. El diseño estructurado es un plan o protocolo lineal riguroso, con una secuencia unidireccional, cuyas fases preestablecidas se suceden en el tiempo y las realizan quizá diferentes personas: esta secuencia se inicia con los propósitos de la investigación hasta arribar a la recolección y análisis de los datos. Parte de objetivos finales precisos, un marco teórico que delimita y define conceptualmente su campo de estudio, y una metodología rigurosa para obtener datos comparables. Este diseño no podrá ser modificado en el transcurso del estudio y sólo captará aquello que los conceptos operacionalizados delimiten (...)

Un diseño flexible, por el contrario, alude solo a “la estructura subyacente” de los elementos que gobiernan el funcionamiento de un estudio, se refiere a la articulación interactiva y sutil de estos elementos que presagian, en la propuesta escrita, la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante el transcurso de la investigación. El concepto de flexibilidad alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas o inesperadas vinculadas con el tema en estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación. (pp. 66-67)

La autora agrega que “se vincula este tipo de diseño a la investigación cualitativa inductiva que desea crear conceptos, hipótesis, modelos y/o teoría desde los datos empíricos.” (p. 68)

La exploración de los significados en su diversidad constituye una de las cuestiones fundamentales de la investigación cualitativa.

Para Denzin y Lincoln (1994) las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan.

Para Maxwell (1996) una de las finalidades de la investigación cualitativa es comprender los significados que los actores dan a sus acciones, vidas y experiencias y a los sucesos y situaciones en los que participan.

Flick (1998) propone como uno de los rasgos de la investigación cualitativa la perspectiva de los participantes y su diversidad, teniendo en cuenta que los puntos de vista y las prácticas son distintos debido a las diferentes perspectivas subjetivas y a los disímiles conocimientos sociales vinculados con ellas.

Para Marshall y Rossman (1999) la investigación cualitativa está asentada en la experiencia de las personas. Así, el proceso de investigación cualitativa supone: la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos y la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios.

Señala Silverman (2005) respecto de la importancia de la investigación cualitativa radica en el análisis de cómo las personas “ven” las cosas sin ignorar la importancia de cómo “hacen” las cosas.

Vasilachis (2009) señala que la investigación cualitativa se interesa, en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y los procesos; por la perspectiva de sus participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos.

Nuestro problema de investigación supone abordar un universo de significados desde la perspectiva de los actores. Por su naturaleza es un estudio observacional y por su finalidad es una investigación exploratoria y descriptiva. Desde el punto de vista metodológico consideramos que es el paradigma fenomenológico el más adecuado para el desarrollo de nuestro estudio, razón por la cual aplicamos en este trabajo estrategias de investigación cualitativa.

9.4-Población y situaciones estudiadas

En su trabajo, Reta de Rosas et. al. (2006) observaron que la mayor parte de los docentes entrevistados señalaban al último año de la carrera como el momento más adecuado para evaluar las habilidades vinculadas a la comunicación. Desde nuestra visión docente coincidimos con esa apreciación, motivo por el cual tomamos para nuestro estudio una muestra de la población constituida por la totalidad de los alumnos que cursaron el sexto año de la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo durante los años 2012 y 2013, así como del cuerpo docente de sexto año de dicha carrera en la misma institución. La recolección de los datos se realizó siempre en el ámbito natural en los que los alumnos y docentes desarrollan sus prácticas de enseñanza-aprendizaje, esto es, dentro de los espacios curriculares en los que tiene lugar el cursado.

9.5-El proceso de muestreo

Como ya señalamos, la muestra fue obtenida del conjunto de alumnos que cursaron sexto año de la carrera y de los docentes que se encontraban en actividad en los espacios curriculares del mismo año durante los ciclos lectivos 2012 y 2013. De acuerdo con el diseño metodológico elegido realizamos un muestreo teórico intencional.

Para la selección de la muestra tomamos en cuenta que el cursado del sexto año de la carrera de Medicina contempla actividades que se realizan en pequeños grupos, con la asesoría de un instructor o tutor (la denominada práctica final obligatoria o P.F.O.), y también cursados teóricos o teórico prácticos (obligatorios u optativos) que se desarrollan con grupos más numerosos. Consideramos que esta característica del cursado permitiría realizar una primera aproximación a nuestro problema de investigación a través de grupos de discusión integrados por docentes y alumnos, que se organizarían dentro de los ámbitos naturalmente dispuestos por la institución para las prácticas de enseñanza y aprendizaje (hospitales, centros de atención primaria, etc.).

Complementamos este primer abordaje recurriendo a una fuente documental: las encuestas que realiza a los alumnos el departamento de Asesoría Pedagógica al finalizar cada uno de los cursos que integran el sexto año de la carrera. Dichas encuestas presentan una calificación objetiva de los docentes que han participado en cada cursado y un apartado denominado “observaciones” en el cual los alumnos expresan libremente su parecer acerca de los mismos.

Consideramos que tanto el trabajo con los grupos de discusión como la exploración documental brindarían ejemplos de situaciones de enseñanza y aprendizaje vinculadas a determinados espacios curriculares. En una segunda aproximación al problema, sumamos entrevistas en profundidad a informantes clave dentro del grupo docente que surgieron de los datos obtenidos en la primera etapa.

9.6-Las categorías de análisis

En nuestro proyecto de investigación propusimos tres categorías iniciales de análisis:

- La comunicación con los pacientes
- La comunicación grupal
- Los médicos y la comunicación con sus pares.

A partir del análisis de los datos agregamos nuevas categorías, desarrolladas a su vez en subcategorías, quedando como definitivas las siguientes:

1-Competencia comunicacional y saber ser del médico

1.1-Los “casi médicos” como pacientes

1.2-Los “casi médicos” frente a sus docentes

1.3-Los futuros graduados frente a sus futuros pares

1.4-Los docentes-médicos como pacientes: valores agregados al tiempo, el respeto y la empatía

1.5-Los modelos de los docentes-médicos

1.6-Los docentes-médicos frente a sus colegas

2-La comunicación con los pacientes

2.1-Intencionalidad de los mensajes

- 2.2-Valoración de los perceptores y coeficiente de comunicabilidad
- 2.3-Acerca de los códigos en la relación médico-paciente
- 2.4-La mirada de los “casi médicos” frente a la mirada de los pacientes

3-La comunicación grupal

- 3.1-La formación médica y el vínculo con la comunidad
- 3.2-Intencionalidad prescriptiva versus intencionalidad educativa
- 3.3-Autovaloración y valoración del perceptor
- 3.4- Acerca de los medios y recursos en la comunicación grupal

4-Los médicos y la comunicación con sus pares

5-Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje

- 5.1- ¿Innato o aprendido?
- 5.2- Los “casi médicos” y sus prácticas de aprendizaje de la comunicación
- 5.3-Los docentes-médicos y su aprendizaje de la comunicación
- 5.4-Los docentes- médicos frente a sus futuros colegas
- 5.5- Los docentes-médicos y sus estrategias de enseñanza de la comunicación
- 5.6-Los ambientes de aprendizaje

9.7-La recolección de los datos

Teniendo en cuenta que enfocamos nuestra investigación desde el paradigma cualitativo, empleamos las técnicas propias del mismo que según nuestro criterio permitirían un mejor acceso a las voces de los actores involucrados. La caracterización de dichas técnicas y las categorías estudiadas con cada una de ellas se presentan en la tabla VI. (pp. 328-329)

9.8-El análisis de los datos

De acuerdo con el tipo de diseño propuesto para esta investigación, consideramos la utilización de los siguientes procesos de análisis:

- Interpretación: siguiendo a Rockwell (1987) pensamos que la interpretación supone la comprensión de los significados de las prácticas de los sujetos, teniendo en cuenta que el análisis puede remitirnos a diferentes niveles de los mismos y a diferentes lugares desde los cuales se los aborda. Por tal motivo, utilizamos este procedimiento para tratar de establecer los sentidos con que las palabras fueron dichas y, en el caso de los grupos de discusión, los efectos que produjeron en quienes las escucharon. También recurrimos a este procedimiento para relacionar los datos obtenidos con los conocimientos aportados por otras investigaciones sobre nuestro campo de interés.
- Reconstrucción: consiste en el armado de redes de relaciones entre significados y la secuencia o lógica de situaciones entrelazadas o recurrentes (Achilli, 2000; Rockwell, 1987). En el caso de nuestra investigación trabajamos integrando los datos obtenidos a través de los grupos de discusión, entrevistas y fuentes documentales, utilizando la triangulación.
- Contextualización: la utilizamos para mostrar la relación existente entre lo dicho por los actores y las características del ámbito institucional en el que se desarrollan sus prácticas.
- Contrastación: utilizamos este procedimiento para establecer semejanzas y diferencias entre los significados aportados por los actores involucrados en el estudio.
- Explicitación: Siguiendo nuevamente a Rockwell (1987), utilizamos este procedimiento porque:

Confronta al investigador con aquello que no puede explicar o explicarse y así tiende a obligar a una búsqueda de información adicional (en otros registros o en el campo) que permita comprender la situación. También puede marcar límites a lo que fue posible reconstruir.

El proceso de hacer explícito lo que observamos permite sacar a la luz los preconceptos y las categorías que usamos implícitamente para describir una situación, y por lo mismo, hace posible repensarlas, discutir las y modificarlas (p. 90)

Y agrega:

Cuando nos acercamos de nuevo a los registros, a veces tenemos la impresión de entrar en un territorio desconocido, como si fuera la primera vez. Esto nos permite seguir nuevas pistas hacia la comprensión de la situación y hacia la construcción de relaciones no previstas al inicio del estudio. (p.90)

A través de la explicitación pudimos revisar y reformular nuestras categorías de análisis y aproximaciones de sentido.

En los próximos capítulos, presentaremos los testimonios de los actores de nuestra investigación, procederemos al análisis de los mismos y daremos cuenta de nuestros hallazgos.

Capítulo 10-Competencia comunicacional y saber ser del médico

En capítulos anteriores de nuestro trabajo hemos hecho referencia a la relación que existe entre la comunicación clínica y el bienestar tanto del paciente como del agente de salud. Asimismo, hemos señalado la importancia que desde las instituciones se le asigna a la competencia comunicacional tanto en la educación médica de grado como en la de posgrado.

En este capítulo nos proponemos mostrar cuál es el lugar que los actores de nuestra investigación asignan a la competencia comunicacional como condición para el desempeño profesional y si la importancia de este saber es equiparable a la del saber disciplinar en la formación de un buen médico.

Para ello indagamos acerca de los modelos sobre los cuales alumnos y docentes han construido su propia representación del “buen médico” desde tres puntos de vista diferentes: sus vivencias como pacientes, sus experiencias como alumnos y su criterio como idóneos a la hora de recomendar un profesional para la atención médica.

10.1-Los “casi médicos” como pacientes

Durante las entrevistas de grupos focales y en las encuestas invitamos a los alumnos a rescatar de su experiencia como pacientes el recuerdo de alguien que hubiera sido un buen médico y a describirlo.

10.1.1-El tiempo y el respeto

Una de las características que nuestros alumnos destacan es la forma en que los médicos manejan el tiempo. Consideran prioritario que el médico dedique el tiempo que sea necesario para atender las necesidades de cada paciente.

Así, expresan que:

“Esos médicos que dan turnos cada quince minutos, por ejemplo, no me gustan. Me parece bien que el médico se olvide un poquito del reloj y le dedique a cada uno el tiempo que necesita” (J.S.)

“Un hermano mío, tiene una discapacidad, en realidad tiene problemas del habla, motores, etc. y ha pasado por muchísimos médicos también... eh...y un problema, o sea, como por ahí tiene problemas o por ahí para hablar necesita más tiempo...habla lento, etc, por ahí justamente tienen que tomarse un tiempo más para escucharlo o algo así. Bueno y hay un médico en particular, o sea que es creo el único que se ha tomado su tiempo para escucharlo, para responderle todas sus preguntas y para explicarle a él, no a nosotros, sino que él tiene también su capacidad para entender, bueno, todos los procedimientos que se le realizan, etc. Eso creo que es una buena característica.” (A.W.)

“Es una persona que se toma su tiempo y si tiene que estar cuarenta minutos adentro del consultorio explicando y tranquilizando a mis padres, lo hace” (G.M.)

Es importante destacar que para nuestros alumnos la importancia de este “tiempo adecuado” debiera trascender las propias necesidades del médico. Señalan por ejemplo que:

“Siempre se hacía de tiempo para visitarnos si había alguien enfermo, sin importar que estuviera saliendo de trabajar a las once de la noche.”(G.M.)

“Se lo podía llamar a cualquier hora y siempre estaba disponible.” (A.R)

Asimismo, este tiempo comienza a contar desde el inicio mismo de la consulta.

“Me atendió en horario, me dedicó el tiempo necesario durante la consulta.” (E.O.)

“...la puntualidad a la hora de presentarse en su consultorio” (N.A.)

Hecho que no parece ser demasiado tenido en cuenta por los agentes de salud, como se evidencia en el diálogo de una entrevista de grupo focal:

“La amabilidad, la puntualidad... (V.D.)

“Siii, que es muy poco habitual” (J.S.)

El tema del tiempo aparece como una constante en los testimonios de nuestros actores. Sin embargo, daría la impresión de que este factor es, en realidad, un signo que revela la presencia de otras condiciones que hacen a la esencia de los “buenos médicos”.

Pareciera que nuestros alumnos asocian el tiempo que el médico dedica al paciente con la posibilidad de generar un espacio adecuado para la escucha, el diálogo y la empatía, así como con el respeto por el otro, condiciones básicas para que la comunicación exista. Esta asociación se pone de manifiesto claramente cuando uno de los entrevistados relata su experiencia personal:

“...sentí que alguien me había escuchado y alguien se había tomado el tiempo de no ver los síntomas y lo que me pasaba sino que iba más allá de eso” (JMD).

Otro de nuestros actores también hace evidente esta asociación cuando describe cómo un buen médico maneja el espacio y el tiempo a lo largo de la consulta:

“Podría rescatar su gran compromiso respecto al espacio y tiempo en las consultas médicas. Detallado cuidado en la instancia previa (secretaría, respeto del turno), en la consulta en sí (gran habilidad para manejar el tiempo disponible sin transmitir prisa, buena capacidad para escuchar) y en la instancia posterior (provisión de elementos accesibles para la comunicación: e-mail, teléfono, etc. Y predisposición para la evacuación de inquietudes posteriores a la consulta).”(F.M.)

En otros testimonios se agrega a esta percepción una referencia directa:

“Escucha atentamente, con respeto” (L.S.)

“Respeto y ubicación” (M.L.)

“Me trató con respeto” (B.C.)

“Primero que nada el respeto hacia el paciente.”(E.M.)

10.1.2-El médico como interlocutor

Otra característica importante que han señalado los alumnos es la habilidad del médico para establecer una situación de diálogo. Veamos algunos ejemplos de ello:

“Estaba siempre dispuesto a escuchar” (M.D)

“Lo deja hablar sobre lo que le pasa” (G.M.)

“Su palabra tranquilizadora” (M.P.)

“Su paciencia para explicar” (M.P.) (G.M.)

“Me explicó lo que me iba a hacer” (B.C.)

Es interesante consignar en este punto que lo que los sujetos consideran como condición para una buena interlocución está más relacionado con la valoración que el médico hace de su paciente como perceptor que con su capacidad para recibir o emitir mensajes. Así, los alumnos consideran fundamental:

“La preocupación por que el paciente entienda lo que se le dice” (V.A.)

**“La sencillez para preguntar, informar y comunicar sobre el tema relevante.”
(M.L.)**

“Nunca con vocabulario demasiado complejo sino acorde a nuestra edad y utilizando analogías con cosas de la vida cotidiana.” (M.C.)

“Explicaba las cosas con un vocabulario que todos podían entender.” (M.D.)

(El buen médico)”No habla sólo de Medicina, tiene cultura general.”(N.M.)

Sin embargo, pareciera que estas habilidades no son tan frecuentes de encontrar entre los profesionales del medio. Como lo expresan los entrevistados:

“Lo más importante -y que es en realidad lo que menos se ve- es que sepa escuchar, que se tome tiempo, y también lo otro importante es que sepa expresar...palabras que el otro entienda, que no lo malinterprete, que pueda adecuarse también al vocabulario del paciente.”(A.B.)

“Me sorprendió la sencillez y simpleza para explicarles su problema a resolver y su habilidad para estimular y animar al paciente frente a todo lo nuevo que estaba comenzando en su vida.”(E.M.)

10.1.3-La empatía

Según el diccionario de la Real Academia Española, vigesimosegunda edición, se define como empatía a la “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”. El avance de la vigesimotercera, amplía esta definición agregando que es la “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”.

Algunos de nuestros alumnos han utilizado el término empatía al definir las características de los “buenos médicos”:

**“Se comunica de forma adecuada con el paciente y hace empatía con éste”.
(N.M.)**

“Empatiza con los pacientes y sus familiares” (NMB)

En otros testimonios el concepto queda implícito en lo que nuestros entrevistados expresan:

“Yo creo que lo que tendría que tener el médico fundamental es ponerse en el lugar del paciente, este... y a veces no verlo como una patología o algo...este...nada más que en lo que le está pasando y no ponerse en lugar de él, y que veo que pasa muchas veces, se ve como la vesícula de la cama cuatro, el cáncer de colon de la cama cinco y no es así...” (N.S.)

“Yo quiero tomar como ejemplo a los médicos con los que hago guardia los miércoles en el hospital Central. Cómo se desviven por los pacientes, corren a solucionar sus problemas y la buena onda que ponen. Cuando yo los veo trabajar pienso que quiero ser como ellos”. (C.F.)

“Me dio apoyo y contención en momentos difíciles”(M.D.)

“Demuestra interés por mí” (M.M.)

“Me sentí bien porque sentí que se preocupaban por mí”. (B.C.)

“El interés real en ayudar” (G.T.)

Ponerse en el lugar del paciente, lo cual supone intentar ver la realidad con los ojos del otro y sumergirse desde su mirada en sus problemas, expectativas y necesidades pondría en el mismo plano la autovaloración y la valoración del perceptor. Así, en una relación naturalmente asimétrica como es el vínculo médico-paciente, pareciera que la empatía es necesaria para generar una suerte de equidad entre las dos partes y que el logro del más alto coeficiente de comunicabilidad depende principalmente del modo en el que el médico promueva y acompañe la construcción de dicho vínculo. Señala uno de los alumnos:

“... también hacer hincapié en explicarle qué procedimiento se le va a hacer y si está de acuerdo de hacerlo o no, me parece fundamental eso, y no tomarnos... el médico tomar partido de...de hacer tratamientos y no consultarle muchas cosas, porque, bueno, en base, el que pone el cuerpo es el paciente no nosotros...y eso me parece que tendría que tener fundamentalmente un médico (N.S.)”

Y otro agrega:

“El paciente tiene a la hora de la consulta cierta ansiedad que uno como médico tiene que saber manejarla.” (L.C.)

En concordancia con lo que postula el juramento Hipocrático, algunos testimonios dejan la impresión de que este compenetrarse con la situación del paciente debería incluso superar las limitaciones personales del médico:

“El entendimiento por encima de la situación personal”. (M.L.)

“No dejan ver su cansancio o su aburrimiento (aunque lo tengan)”. (M.P.)

“Expresan sus frustraciones o enojos en los lugares correspondientes”. (M.P.)

La empatía trasciende las fronteras del lenguaje verbal. Existen actitudes que también comunican:

“Me recibió muy amablemente, con una sonrisa” (B.C.)

“Me llamaba por teléfono para saber cómo seguía...(V.D.)

“Bueno, para mí otra de las cosas que debe tener el médico y que es importante, en el caso mío de un cirujano que atendió a mi tía es el seguimiento después de hacerle todo el tratamiento que tuvo, o sea, seguir comunicándose con ella por teléfono, no necesariamente yendo a controles, o al consultorio” (P.G.)

“El preocuparse por su situación económica, sobre todo en el hospital público, para ver si (el paciente) va a poder costear un tratamiento...(V.A.)”

“Yo quiero resaltar algo que me parece muy importante: la alegría. Yo veo médicos que siempre vienen a trabajar contentos, que siempre tienen buen humor, con los pacientes, con los alumnos, que no están tan almidonados y eso es contagioso. El ambiente de trabajo es mejor, los pacientes tienen mejor ánimo, están mejor predispuestos. (J.S.)”

Y también los silencios:

“Saber escuchar al paciente y saber cuándo callar” (B.C.)

10.2-Los “casi médicos” frente a sus docentes

Cuando los estudiantes de Medicina comparan sus modelos de deber ser con las experiencias que han vivido en el ciclo clínico viendo actuar a sus docentes aparecen situaciones en las que se evidencian significados contrapuestos que coexisten en la práctica médica cotidiana.

10.2.1-Médicos, docentes y modelos

Los alumnos destacan a los docentes que dedican tiempo y respetan a los pacientes:

“Le dedica el tiempo suficiente a cada paciente y los trata con respeto” (E.O.)

“Se toman su tiempo con el paciente para explicarle y tranquilizarlo”.(M.P.)

“Se toma su tiempo para una buena anamnesis”. (NMB)

“Predisposición, preocupación, interés, respeto” (M.L.)

En cuanto a la interlocución, se mantiene lo señalado en el apartado anterior y se agregan entre estos médicos-docentes una variedad de recursos que hacen recordar a los que se emplean en las aulas:

“...se sentaba, le explicaba con un dibujito qué patología tenía, le explicaba una y un montón de veces , le mostraba las imágenes, entonces eso me pareció bien , o sea una buena metodología como para poder...como para poder ...este... comunicarse con el paciente y estar, digamos, en contacto con el paciente y explicarle...”(A.B.)

“Una cosa que a mí me gusta mucho es que hay médicos que buscan todas las maneras posibles de que el paciente entienda. Lo que decía A. hace un rato de los dibujos, por ejemplo. Me parece fundamental estar seguros de que el paciente entendió.” (V.D.)

“Explica todo lo que va haciendo”. (NMB)

“Una vez una señora que vino con un pastillero gigante y la doctora le puso los medicamentos y el día y la hora en que los tenía que tomar, o sea le ordenó todo, y la paciente por ahí no sabía leer ni escribir, pero le puso el horario y el día en que tenía que tomar las pastillas, le ordenó todo...” (JMD)

Nuevamente se hacen evidentes la autovaloración y la valoración del perceptor:

“La doctora que estaba a lo mejor veía 5 o 6 pacientes por día, pero se tomaba el tiempo de , a ver, hablar con los pacientes, ver cómo estaban, cómo se llevaban con el tratamiento, con la dieta, les preguntaba cómo estaban las cosas en su casa, los conocía a todos, los pacientes le traían regalos todos los días, por ahí se adecuaba al nivel de atención e instrucción que tenía el paciente” (GM)

“Son capaces de decodificar la información y explicarle al paciente” (M.P.)

“Es humilde” (M.M.)

“La sencillez tanto como médicos como personas”. (M.C.)

En cuanto a la empatía, sigue apareciendo como una condición primordial :

“La EMPATÍA por sobre todas las cosas”. (M.C.)

Pero aparecen nuevos recursos tanto verbales como no verbales a través de los cuales se hace manifiesta:

“Veía que él transmitía a pacientes cosas que yo por ahí necesitaba... bueno y siempre estaba en los detalles, en cada detalle que tenía que decir al paciente, estaba en cada cosa que por ahí otros no veían, en cosas no de

diagnóstico brillante ni de cosas así sino por ejemplo decirle a un paciente, paciente muy deteriorada con artritis reumatoidea que no se podía mover las manos, decirle: usted siga escribiendo, siga haciendo las cosas, póngale goma eva a las cosas y las va a poder agarrar, y va a poder seguir cocinando y va a poder...son cosas que no salen en los libros y él como médico (le tiembla la voz, se emociona al recordarlo) se las comunicaba a los pacientes y los pacientes felices de que iban a poder hacer su vida, seguir haciendo su vida, y eso me pareció muy bueno por parte de él”(JMD)

“Siempre hacía hincapié en que tocáramos al paciente, que no seamos distantes, en generar un vínculo a través de las manos.” (L.C.)

“Es muy amable con sus pacientes” (G.M.)

“Siempre saluda a todos los que están en la sala de espera” (G.M.)

“...otra paciente tenía también un problema familiar con un hijo que había fallecido, que no podía traer el cuerpo de Tierra del Fuego, un problema...la doctora le dijo dónde tenía que ir, cómo tenía que hacer, con quién tenía que hablar y, y me pareció que así como ella se comprometía con el paciente, el paciente a su vez se comprometía con el tratamiento”. (GM)

“La simpatía cuando hay que serlo, la seriedad cuando hay que serlo” (B.C.)

“Son cordiales con los pacientes sean de la clase social que sean” (N.A)

“Es compañera de sus pacientes”. (L.S.)

Hasta aquí las características vinculadas a la competencia comunicacional que tienen en común los docentes-médicos con los modelos que los alumnos aportan a la práctica desde sus vivencias como pacientes. En los próximos apartados haremos referencia a otros significados que se agregan –y enfatizan-cuando nuestros sujetos dirigen la mirada hacia los que les enseñan.

10.2.2- La pasión por la práctica

En una investigación realizada durante los años 2001-2002 (Mondragón Ochoa, 2006) se señala que los alumnos destacan la pasión por la docencia como uno de los atributos de los “buenos profesores”. En su libro La pasión por el discurso, Daniel Prieto Castillo se revela como un enamorado de su quehacer y lo contagia a sus lectores.

Pareciera que cuando alguien se apasiona por lo que hace comunica el placer que siente en realizar su tarea y la idea de que es capaz de comprometerse con ella hasta el extremo. No sería sorprendente que esto generara una sensación de bienestar y un sentimiento de confianza en sus interlocutores, y que en el caso de los médicos-docentes el efecto se hiciera más evidente al alcanzar tanto a los alumnos como a los pacientes:

“...Otra cosa que también está bueno la pasión, o sea, cuando estás en un consultorio con un médico por ahí te das cuenta realmente cuándo un médico lo hace con pasión o con vocación, y otro médico que lo hace por una cuestión no sé, más económica o por un deber, o por una obligación...me parece que, nada, es importante ver un médico que le sale del corazón hacer lo que hace, atender, me parece que sería fundamental que lo apliquemos en nuestra vida, en la especialidad que hiciéramos, hacerlo de corazón” (A.B.)

“Es una persona joven apasionada por su trabajo, que tuve la suerte de rotar con ella una materia y ver la actitud y dedicación que tomaba frente a diferentes pacientes; que teniendo cada uno sus cualidades los examinaba completamente y dedicaba todo el tiempo posible para resolver sus cuestiones emocionales, físicas y biológicas, pero ante todo priorizando el bienestar de su paciente.”(E.M.)

“La pasión por lo que hacen” (M.C.)

“Se ve que les gusta lo que hacen” (N.A.)

10.2.3-El saber disciplinar

Un hecho interesante para destacar es el lugar que otorgan nuestros sujetos al saber disciplinar en el deber ser del médico. No existe ninguna alusión al mismo cuando se sitúan como pacientes y aparece en último lugar cuando hablan sobre sus docentes:

“Es estudioso y perseverante.” (N.M.)

“Estudia constantemente para mantenerse actualizado.” (M.M.)

“Siempre estar actualizado.” (B.C.)

“Están investigando y actualizándose en todas las patologías que se les presenten” (N.A.)

“Que esté bien formado profesionalmente y que busque actualizar dicha formación constantemente.” (F.M.)

Es importante considerar aquí que de acuerdo con los testimonios recogidos, pareciera que los alumnos no aprecian tanto la presencia del conocimiento conceptual como la actitud de aprendizaje permanente de sus docentes.

Desde Hipócrates hasta nuestros días tenemos innumerables pruebas de que el saber científico está sujeto a cambios permanentes. Pareciera que algunos de nuestros alumnos consideran que el saber actitudinal es una construcción más sólida y difícil de modificar, como si permaneciera sin cambios una vez que se logra. Como uno de ellos afirma:

“Lo que yo quería decir es que por ahí en cosas buenas uno como persona ya viene formado de la casa, no se forma en la facultad como persona, viene ya de antes, con la escuela de la familia, entonces por ahí las cosas buenas es como que uno ya las trae y las va aceitando, pero no es que las va a fabricar de nuevo en la facultad o en la etapa que venga posterior a ella, es todo igual.”(PG)

10.2.4-Los contraejemplos

En los testimonios recogidos hasta aquí, nuestros alumnos presentan un modelo de médico en el que lo comunicacional ocupa un papel esencial, tan o más importante que el dominio del saber disciplinar. Sin embargo, este modelo parece encontrarse lejos de la realidad cuando nuestros sujetos lo confrontan con lo vivido durante el ciclo clínico. Veamos el siguiente diálogo:

“V.D-A mí me sorprende ver en muchos médicos (y no me refiero a docentes solamente) el cariño, la empatía, la buena disposición, el ponerse en el lugar del otro...”

L.O-¿Por qué les sorprende encontrar que los médicos tratan bien a los pacientes?

J.S.-Será porque no es algo que vemos siempre

V.D.-Y por eso destaca cuando sucede. Por ejemplo, hay médicos que se ponen a conversar con otros colegas o con nosotros y dejan al paciente colgado. A veces las cosas se dan así, no hay otro momento para hablar, pero de todos modos me parece que no está bien para el paciente.”

La sorpresa que despierta el encontrarse con situaciones de comunicación entre médicos y pacientes revela una contradicción entre lo que el médico es y lo que debiera ser, contradicción que se vuelve aún más incomprensible e inaceptable cuando el protagonista es un médico-docente:

“El médico en una mañana veía 30 pacientes, y tal vez más, eran pacientes que entraban y yo creo que ni siquiera los miraba, era cuestión de estar sentado, pedirles la resonancia y decirles “bueno, andá a hacer esto, andá a hacer el otro” eran 30-40 pacientes por día, que veía, era increíble y hasta a veces se olvidaba de firmarles las cosas” (J.M.D.)

“Y después bueno también como ejemplo negativo por ahí más que nada en rotaciones más quirúrgicas...pasa que no le dan por ahí la importancia que tiene a este tipo de cosas con los pacientes, entonces tratan una pierna, tratan una rodilla, tratan una vesícula, tratan un apéndice y, (alguien sugiere otro ejemplo) si, un corazón (risas, asintiendo), bueh, un corazón y por ahí se olvidan de que el paciente tiene otras preocupaciones, otras dudas, otras inquietudes que tranquilamente con cinco minutos de charla uno le pregunta qué le pasa y con eso lo soluciona, pero no, eran... eran revistas de sala de 30 pacientes que duraban 15 minutos. Eran “paciente con tantos días internado, post operatorio de tal cosa, se va mañana”, qué se yo, muy así, muy rápido. Me parece que no, no da eso. Son cinco, diez minutos que por ahí hacen la diferencia entre un paciente que se va conforme y un paciente que se va diciendo “pero éste no me...” todo lo que sabemos que pueden llegar a decir. (G.M.)

“Hay gente de 20, 30 días internada y no saben qué tienen y yo creo que es una falta de respeto, de ética profesional, porque o sea, son cinco minutos, aunque sea no explicarle todo un proceso pero una mínima cosa qué es lo que se está buscando, qué es lo que se piensa que tiene el paciente y que es lo que se está haciendo... son, yo creo que son cinco minutos que el médico los tiene. O sea que, lo puede hacer.”(P.G.)

Algunos testimonios manifiestan la presencia de un componente narcisista que interfiere en la comunicación tanto con los pacientes como con los estudiantes:

“Cada vez que llegaba un paciente nos miraba y nos decía: “este es tal cosa, este es tal cosa” y como que eso me pareció muy malo de él, aparte un médico... no sé si era porque estábamos nosotros, para hacerse ver, pero me pareció muy...muy triste” (J.M.D.)

“Eeeh...como cosas malas, la verdad es que hay muchas especialidades en las que he visto...que no quiero seguir o no tener ejemplos como esas personas, especialidades como traumato, o urología también-personas que por ahí -no todos, porque no hay que generalizar, pero, este, se creen que se las saben todas, son soberbios, entonces eso después en el trato con el paciente...eeeh... influye además porque tienen que ver que el paciente está rodeado de una vida entera y no es solamente la patología que trae”(P.G.).

La falta de respeto, la ausencia de empatía, la instalación del monólogo reemplazando el diálogo conforman un modelo comunicacional opuesto al ideal pero con fuertes raíces en la práctica médica cotidiana. Uno de nuestros alumnos resume las características de este modelo y agrega un nuevo elemento para reflexionar, al que volveremos en otro apartado del texto: el interaprendizaje en la relación médico-paciente.

“...y en cuanto a lo malo, bueno, sí en realidad un poco de todo he visto, bueno, principalmente la falta de respeto, de..., sí, o de ponerse del lado del paciente, por ejemplo de ver entrar a revisar a un paciente sin saludarlo, sin pedirle permiso, eeh...destaparlo, por ejemplo, revisarlo y dejarlo ahí destapado, de todo y salir de la habitación. He visto muchos médicos que hacen eso, o sea, sin saludar al paciente ni nada. Y creo que eso no es así, tenés que hablar con el paciente, explicarle lo que se le va a hacer, y por lo menos saludarlo...y agradecerle porque nos están enseñando también.”
(A.W.)

Frente a estos modelos antagónicos, el alumno selecciona según su propio criterio lo que rescatará para su propia práctica:

“De todos mis docentes veo aspectos positivos y negativos y de esto tengo que aprender para ser el día de mañana un buen profesional, imitar los aspectos positivos y tratar de no copiar los negativos”. (L.C.)

“Puedo rescatar tanto cosas buenas como malas de los docentes que he tenido.” (B.C.)

Sintetizando lo que los alumnos atesoran de la experiencia con sus médicos-docentes, una alumna señala:

“En realidad no hay uno en especial, pero he tenido la posibilidad como alumno de toparme con excelentes profesionales donde se ve que les gusta lo que hacen, con dedicación y compromiso, donde son cordiales con los pacientes sean de la clase social que sean, que están investigando y actualizándose en todas las patologías que se les presenten.”(N.A.)

Es interesante resaltar nuevamente las condiciones prioritarias: la pasión, la empatía, la dedicación-lo que se comparte con el paciente-por encima del nivel de conocimiento científico. En definitiva, lo comunicacional trascendiendo el saber disciplinar.

10.3-Los futuros graduados frente a sus futuros pares

Para tener otra mirada de la relación entre lo comunicacional y el saber disciplinar en el modelo del “buen médico”, preguntamos a nuestros sujetos qué atributos del médico tenían en cuenta a la hora de recomendar un colega. En primer lugar ellos plantean que la condición de idóneos podría suponer diferencias entre su criterio de selección y el del común de los pacientes:

“Es que nosotros al ser estudiantes de Medicina podemos valorar mejor lo que un médico sabe, yo no sé si ese criterio sirve para todos los pacientes.”(J.S.)

Sin embargo, la idoneidad podría generar dificultades para decidir cuáles son los atributos que deben considerarse prioridad en la elección:

“L.O.-¿Qué pasaría si yo les preguntara a qué condición le dan prioridad?

V.D.-A la dedicación más que a los conocimientos

A.R.-Yo creo que debe haber un equilibrio entre las dos.

V.D.-Yo también

J.S.-Para mí no es lo mismo cuando elegís médico para vos que cuando recomendás. A mí me ha pasado que tuve que recomendar y elegí médicos que quizá no tienen muy buen trato pero muchos conocimientos. Le tuve que advertir a mi familiar: mirá, no te asustes porque puede ser a lo mejor...pero sabe.

C.F.-Si, pero a mí me parece que si el paciente no entiende o no tiene buena relación con su médico no va a tener adherencia al tratamiento.

J.S.-Si, pero muchas veces te piden recomendación pacientes que han andado por varios médicos y no dan en la tecla con el diagnóstico, entonces recomendás a alguien que pueda solucionar el problema, que es lo que busca el paciente.

C.F.-Si, pero el paciente no busca solamente tener un buen diagnóstico.”

Resulta que lo que el paciente necesita no siempre se corresponde con lo que los médicos como “opinión autorizada” creen que necesita:

“Bueno, yo tuve la experiencia de tener que recomendar un médico a mi hermano que es asmático y por...bueno siempre uno cuando empieza que se deja llevar por los nombres...bueno, el Dr. Tanto que es el jefe de no sé cuánto, que es un médico exitoso, un médico que anda en un auto, un médico que es jefe de no sé qué, un médico que va a congresos y mi hermano lo primero que me dijo cuando volvió fue ”me dio el remedio y no me preguntó...” o sea como que no se sintió cómodo al hablar, quizá es un buen médico, sí, pero no tenía la relación que lo hacía...quizá...perdón, un médico exitoso pero no era buen médico en ese otro sentido, que es lo que la gente quiere en realidad, la gente también quiere un médico que sepa, pero que lo acompañe.”(J.M.D.)

En este testimonio se pone de manifiesto la existencia de un conflicto que aparece a la hora de decidir entre dos modelos, ambos presentes en la formación médica: uno, históricamente legitimado por la concepción positivista del saber científico y por el modelo médico-hegemónico de relación médico-paciente; el otro, surgido de las vivencias de los pacientes y socialmente legitimado por sus demandas. Cuando el médico se encuentra en situación de recomendar a un colega se ponen en juego, por un lado, la responsabilidad de dejar al paciente en manos de quien “más sabe” y por otro, la empatía, ese “ponerse en el lugar del otro” para comprender sus necesidades y sugerir quién puede satisfacerlas.

Veamos cómo resuelven nuestros sujetos el conflicto:

“Yo creo que es una combinación, o sea...no, por supuesto, si viene un familiar nuestro, o sea una persona importante para nosotros, vamos a tratar de buscar a un profesional importante que tenga una base de conocimientos que sea de la media para arriba, pero también no por eso dejar de ver la calidad de persona que sea, porque si es muy buen profesional desde el punto de vista lo que implica la carrera médica o el conocimiento médico pero es una mala persona, o una persona que trata mal a las personas, a sus pacientes, no sé si lo recomendaría, quizá iría con una interconsulta, no iría de primera instancia o se lo recomendaría.” (N.S.)

“Que tenga buen nivel de conocimientos pero creo que también es muy importante el trato que tiene ese médico con el paciente, o que genere una buena relación médico-paciente...y en mi caso particular yo trataría de recomendar a médicos con los que yo tuve contacto y tuve buena experiencia o vi que tenían buena relación”.(A.W.)

“Por un lado sus capacidades como profesional, es decir, que tenga experiencia y que se haya formado y especializado y que se mantenga actualizado, y por el otro, que sea atento, empático y se comunique bien con sus pacientes. (I.M.B.)”

“Que sea competente, educado, que no sea soberbio, que sienta que se pone en el lugar de la otra persona y que tenga responsabilidad.” (N.A.)

“Buen trato, tranquilidad, decisión, profesionalismo, humildad, afabilidad, buen humor, buena comunicación, que ofrezca al paciente las alternativas, que tome en cuenta la opinión del paciente y pueda decidir en conjunto con él la mejor manera de proceder”.(M.C.)

“En realidad, no busco un médico excelente en sus conocimientos, sino que sea simple, compañero, y que me pueda ayudar a resolver mi problema de la mejor manera posible.”(M.D.)

“Que posea un buen report, en primer lugar porque considero que la mayoría están bien capacitados respecto a conocimientos pero no todos tienen buena relación médico-paciente.”(L.C.)

“Confío siempre en el conocimiento del médico y al conocimiento agregar la confianza que transmite al evaluar al paciente y al dar un diagnóstico, la preocupación por cada caso en particular y el seguimiento del paciente.”(B.C.)

10.3.1-Comentario:

Para nuestros alumnos lo comunicacional ocupa un lugar esencial en el “saber ser del médico”, a punto tal que marca la diferencia entre los buenos médicos y los que no lo son (todos tienen conocimientos, pero no todos logran una buena relación con los pacientes). De acuerdo con lo que ellos manifiestan, la competencia comunicacional resulta poco frecuente de ver en la práctica médica, hecho preocupante si consideramos que los profesionales a quienes ellos observan son los responsables de su formación.

Nos parece importante reflexionar sobre estos modelos antagónicos de relación médico-paciente que circulan en la facultad. Por lo que los alumnos expresan, estas contradicciones podrían generar una falta de coherencia entre el currículum pensado y vivido provocando conflictos cognitivos y una sensación de desconfianza en que la institución educativa esté preparada para formarlos en la competencia comunicacional.

Probablemente el principal de estos conflictos cognitivos surgiría de la contradicción entre el lugar prominente que da el ciclo clínico al saber disciplinar (manifiesto tanto en lo que se enseña como en lo que se evalúa) y la propia percepción de lo que el paciente prioritariamente necesita.

10.4-Los docentes-médicos como pacientes: valores agregados al tiempo, el respeto y la empatía

Para los docentes-médicos, como para los alumnos, dedicar tiempo a un paciente es sinónimo de respetarlo, de prestar atención a sus necesidades y de escuchar lo que el paciente tiene para decir:

“Bueno, creo que el médico que me escuchó fue un médico clínico que es el Dr. H.C. Para mí era un referente porque confiaba en él como profesional, pero además le dedicaba tiempo al interrogatorio en cuanto a hacer silencios para escuchar lo que yo como paciente quería expresarle. Por lo tanto creo que en este mundo de la comunicación es muy importante que el alumno como futuro profesional médico aprenda este acto de hacer silencio y escuchar lo que el paciente le viene a decir.” (M.E.E.)

Sin embargo, es interesante destacar que nuestros profesionales entrevistados agregan nuevos sentidos a la variable tiempo. Los médicos asistenciales son pacientes idóneos en ciertos aspectos técnicos que les permiten significar formas de comunicación que trascienden el lenguaje hablado. Así, valoran el tiempo dedicado a otros momentos de la consulta (darle tiempo a todo: a escuchar el relato del paciente, a hacer un buen examen, a escribir una historia clínica prolija) en los que a través de otros canales el médico también comunica el interés por su paciente.

Así, uno de ellos señala:

“Me gustó en mi médico el grado de “atencionalidad”(SIC) que tuvo hacia mí inicialmente, creo que tuvo momentos para escucharme, momentos para revisarme y momentos para que él después escribiera en su historia clínica todo lo que...en realidad fue una entrevista corta, porque tuve una lesión traumática, pero creo que me sentí muy, muy cómodo, que respetó el horario, que observó fundamentalmente lo que yo decía y que, bueno, después hizo las cosas adecuadas respecto a tiempo y lugar...”(J.M.O.)

En cuanto a la empatía, es interesante destacar que estos médicos con cierto camino recorrido en la profesión se manifiestan más sensibles frente a gestos que el hombre común quizá podría interpretar como parte natural de su quehacer pero que revelan el estar y sentir con el otro aún a costa de pequeños sacrificios personales:

“Percibir en el médico que uno es importante, y que uno sienta que el médico se ve comprometido con uno, el compromiso en cuanto a interesarse por la patología o lo que tenga la paciente, o en este caso, yo... me acuerdo mucho de mi papá, de un médico que...consultamos muchísimos médicos, y el Dr. E. que es neurocirujano, dentro de las especialidades sería una especialidad

más frívola en cuanto a nada más el tema cirugía, pero no, al contrario, comprometido totalmente...eh...fijándose cómo estaba él, qué era lo que le pasaba, tratando de que entendiera él, en la comunicación, que eso es lo que a mí me gustaba, que comprendiera todas las explicaciones que él le daba y comprometido en cuanto al seguimiento, a ver qué era lo que le podía pasar, que le podía pasar dependiendo de tal tratamiento o tal otro tratamiento, interesándose por el entorno familiar...por supuesto lo acompañábamos siempre como hijos y...eh, por ejemplo nos llamaba para preguntarnos si estaba bien, cómo había seguido...él lo operó, le hizo una cirugía de derivación ventrículo-peritoneal ,me acuerdo que un día, eso también es el compromiso...día feriado, lo operó un 8 de julio, y el 9 de julio, que era feriado fue a verlo...la evolución y cómo estaba” (M.S.C.)

“Se percibía una especie de relación cariñosa en realidad, sin...por supuesto, sin llegar a lo meloso, o no sé cómo explicarlo...no es artificialmente...se nota ese cariño, esa empatía, esa comprensión” (M.S.C.)

En cuanto a la interlocución, nuestros actores médicos destacan la amabilidad hacia el paciente:

“He tenido la experiencia de cuando han atendido a algún familiar mío, eh que también han sido así, muy amable...muy amena” (J.M.O.)

Y también la preocupación por brindar información, aunque pareciera que la intencionalidad de estos mensajes es más prescriptiva que educativa, esto es, que el paciente comprenda el curso de acción que se tomará y no que acuerden sentidos con él:

“...comprometido totalmente...eh...fijándose cómo estaba él, qué era lo que le pasaba, tratando de que entendiera él, en la comunicación, que eso es lo que a mí me gustaba, que comprendiera todas las explicaciones que él le daba” (M.S.C.)

“...siempre nos explicaba, trataba de que le entendiéramos, explicaba en distintas formas para que llegáramos bien a la comprensión de lo que nos quería decir.” (M.S.C.)

10.5-Los modelos de los docentes-médicos

En coincidencia con lo expresado por los estudiantes, los modelos que los docentes entrevistados han tomado para su práctica se caracterizan por su nivel de conocimientos, pero también (y para algunos de ellos fundamentalmente) por la calidad del trato con los pacientes, con los alumnos y con sus pares, en el que la comunicación ocupa un papel muy importante :

“...por ejemplo, hay médicos que me acuerdo en la facultad, alguno de mis profesores, que me enseñaba que no eran un número en la cama, sino cómo se llamaban, de dónde venían, cuál era el entorno, por qué estaban ahí , explicarnos algo más de lo que es meramente académico o de conocimientos...ver todo el entorno cultural del paciente y también dedicarse a expresarse en cuanto a la comunicación con el paciente con un lenguaje que fuera comprendido por el paciente, porque tal vez uno académicamente entre nosotros, entre los colegas y todo, tenemos una forma de expresarnos que la tenemos que traducir cuando la hablamos, transcribir de que manera lo expresamos para que el paciente lo entienda” (M.S.C.)

“En primer lugar, yo admiraba a aquellos docentes que tenían una buena formación médica profesional. En segundo lugar, era muy importante para mí observar la forma como se dirigían a los pacientes. El respeto hacia el paciente, la empatía que tenían en la relación médico-paciente.”(M.E.E.)

Estos modelos tienen en común, además, alguna condición que, aunque los entrevistados la definen con distintos términos siempre indica una predisposición natural hacia la práctica y que se transmite a través de las actitudes:

“Uno es el compromiso con el paciente...importarte el paciente verdaderamente, más allá de que a veces uno no cuenta con todas las cosas, para el seguimiento o para lo que sea, pero importar, tener en cuenta al paciente, no que sea un número más” (M.S.C.)

“El doctor L. V. creo que es uno de mis referentes como modelo médico...en grado de instrucción, grado de amabilidad con el colega, con el paciente, con

los alumnos, creo que mantiene siempre un nivel, una estructura, un equilibrio, es como que es destacado dentro de la comunidad médica y en lo que a mí respecta sería como mi modelo a seguir, digamos, una persona con un grado de sinceridad...de ángel...el Dr. L. V. tiene ángel” (J.M.O.)

Sin embargo, de acuerdo con el testimonio que sigue, dicha condición contrasta con las actitudes de otros profesionales o docentes:

“hay algunos profesores que nos daban esa impresión y otros que no...de quienes sí tengo buen recuerdo es eso, entender la comunicación con el paciente como bien entendida y comprendida por el paciente, sin ponerse en la postura de soberbia, que es dar una explicación y si lo entiende bien y si no lo entiende, no.” (M.S.C.)

10.6-Los docentes-médicos frente a sus colegas

A la hora de recomendar un colega, las opiniones están divididas. Algunos docentes-médicos priorizan el dominio del campo disciplinar:

“Voy a ser un poco repetitiva, porque en realidad las características que a mí me llevan a decidir un consejo de recomendar a un profesional es, ante todo la formación, la capacidad de ese médico; a mis pacientes a veces les digo: pregúntenle al médico que los ve qué postgrado hizo para garantizarle que el médico realmente está formado.” (M.E.E.)

Para otros, lo técnico y lo comunicacional tienen el mismo nivel de importancia:

“Hay dos aspectos. Yo en realidad, yo cuando derivo a otros colegas, digamos, evalúo el aspecto técnico primero que bueno...creo que es muy importante que se resuelva el problema médico y obviamente también el aspecto comunicacional...” (J.M.O.)

Finalmente hay un tercer grupo que considera que lo comunicacional acaba siendo más importante que lo disciplinar, por cuanto es menos complejo resolver una cuestión inherente al saber científico que un problema de relación médico-paciente:

“Por supuesto que sea buen médico en cuanto a la cuestión de conocimientos, a la toma de conductas, honestas y sinceras en cuanto a tratamiento, diagnóstico, sería, a ver, los conocimientos científicos académicos, preparado, actualizado, eso en un punto...pero igual, en el mismo nivel, o tal vez yo te diría en el primer nivel, es que sea buena persona...siempre me acuerdo del libro de Farreras, que dice primero que sólo una buena persona puede ser buen médico , entonces para mí eso es lo fundamental, primero está la formación, obviamente viene de la familia, del entorno de todo lo que has venido preparándote, pero para ser buen médico primero hay que ser buena persona, eso... uno después puede tener como todo ser humano, fallas, no saber de tal cosa...bueno, no importa, harás lo posible, consultarás con otra persona, lo que hablábamos ayer, que uno tenga la capacidad de decir “esto no lo sé”, a ver, pidamos una interconsulta...alguien puede saber más del tema, lo llamo y le pregunto” (M.S.C.)

Un aspecto interesante que surge de uno de los testimonios es que la comunicación con el paciente supone la comprensión, desde el lugar del otro, de lo que el otro necesita. Así, uno de nuestros entrevistados pone de manifiesto que la decisión de recomendar un paciente no depende tanto de lo que él valora como importante, sino de lo que su paciente requiere:

“...dependiendo del paciente yo no siempre derivo al mismo profesional, entonces hay un momento en el que yo derivo al jefe (cita a un jefe de servicio, también docente) que es un referente provincial, y hay momentos que le digo a otro profesional, porque creo que el paciente va a ser mejor contenido, porque la calidad de atención es parecida a la del jefe de servicio, pero bueno, quizá hay pacientes que necesitan más contención y otros necesitan más tecnicismo y hay pacientes a los que no les importa que los contengan sino que les resuelvan el tema rápidamente sin importar si el médico es amable, afable...” (J.M.O.)

Otra característica que resaltan los docentes médicos es la honestidad. Prima facies, no parece un aspecto directamente vinculado a la comunicación. Sin embargo, una actitud honesta en la transmisión de la información revela que el médico se reconoce a sí mismo como humano y falible, a la vez que valora a su perceptor como un igual, sin subestimarle ni infantilizarlo:

“En segundo lugar lo humanístico, el tema de la honestidad del profesional. Creo que eso es fundamental, en el tema Medicina no podemos dejar de lado eso. Les tiro muy mala onda a aquellos médicos que priorizan lo económico frente a...vamos a decir la actividad profesional...o sea creo que lo económico es importante pero es secundario y no puede guiar la elección de un médico ese aspecto.” (M.E.E.)

“Por supuesto que sea buen médico en cuanto a la cuestión de conocimientos, a la toma de conductas, honestas y sinceras en cuanto a tratamiento y diagnóstico” (M.S.C.)

11-La comunicación con los pacientes

11.1-Intencionalidad de los mensajes

Como señalamos anteriormente, en su texto *Discurso autoritario y comunicación alternativa*, Prieto Castillo (1997) menciona tres tipos de intencionalidad del emisor: mercantil, propagandística y educativa. Con referencia a la práctica médica, Alonso González y Kraftchenko (2003) hacen otra clasificación, dividiéndola en informativa, normativa y afectiva.

En este apartado de nuestro trabajo indagamos qué se proponen nuestros estudiantes próximos a graduarse y nuestros docentes-médicos cuando hablan con los pacientes. Para ello, analizamos el material obtenido de encuestas y entrevistas a fin de descubrir la intencionalidad de los mensajes que se emiten en la práctica médica cotidiana cuando alumnos y docentes médicos consideran que se estableció una comunicación adecuada con sus pacientes.

11.1.1-¿Prescribir o educar?

Los testimonios de los estudiantes entrevistados revelan una gran preocupación por que los pacientes “entiendan”. Refiriéndose a uno de sus modelos en la práctica médica, una de las estudiantes señala como característica de los buenos médicos:

“ La preocupación por que el paciente entienda lo que se le dice”(V.A.)

Y agrega en otro momento de la entrevista:

“Una cosa que a mí me gusta mucho es que hay médicos que buscan todas las maneras posibles de que el paciente entienda. Lo que decía A. hace un rato de los dibujos, por ejemplo. Me parece fundamental estar seguros de que el paciente entendió.”(V.A.)

Frente a este comentario, continuamos indagando:

“¿Cómo te das cuenta de que el paciente entendió?”(L.O.)

“Primero por la cara. El paciente se queda mirando fijamente y sin decir nada o con ganas de preguntar algo y no se atreve. Después por las preguntas que hace, uno se da cuenta de que hay que empezar de nuevo.”(V.A)

¿Qué significa “entender” en la práctica médica cotidiana de estos alumnos próximos a graduarse y de sus docentes- médicos?

Según el diccionario de la Real Academia Española (vigésimosegunda edición, 2009) la palabra en cuestión tiene distintas acepciones. Por un lado, tener idea clara de las cosas, conocer, inferir, discurrir. Por otro lado, tener la capacidad de pensar o emitir un juicio sobre algo y también poder llegar a un acuerdo (avenirse con otros) en el tratamiento de un problema o en la toma de una decisión.

Nos parece interesante introducir en este punto una palabra identificada con el quehacer del médico: prescribir. Consultando nuevamente el diccionario de la Real Academia española, el término prescribir significa preceptuar, ordenar, determinar algo.

Así, el término “entender” podría referirse a una mera transmisión de información con el objetivo de notificar al paciente acerca de su diagnóstico y el tratamiento que el equipo de salud ha decidido previamente realizarle (informar para prescribir), o bien podría implicar una mediación pedagógica de la información, con la intención de llevar adelante una negociación de sentidos que le permita al paciente apropiarse de sus problemas y necesidades para lograr un mutuo acuerdo acerca de la solución más adecuada para resolverlos (comunicar para educar).

Veamos algunos ejemplos:

“...palabras que el otro entienda, que no lo malinterprete, que pueda adecuarse también al vocabulario del paciente.”(M.C.)

“Hacer hincapié en explicarle qué procedimiento se le va a hacer” (N.S.)

“Tenés que hablar con el paciente, explicarle lo que se le va a hacer” (A.W.)

**“La sencillez para preguntar, informar y comunicar sobre el tema relevante”
(M.S.)**

En estos testimonios se destaca la importancia de brindar información sobre algo que está preestablecido (“lo que se le va a hacer”) y no parece tan importante conceder un lugar a la opinión del paciente. Algunos alumnos han vivido situaciones en que esta intencionalidad prescriptiva llega al extremo de considerar que ni siquiera es necesario que el paciente o su familia tomen algún conocimiento de lo que les sucede:

“El médico en una mañana veía 30 pacientes, y tal vez más, eran pacientes que entraban y yo creo que ni siquiera los miraba, era cuestión de estar sentado, pedirles la resonancia y decirles “bueno, andá a hacer esto, andá a hacer el otro”(J.M.D.)

“Vas a ver pacientes que no saben de qué los operaron, qué les hicieron, qué medicación les dieron, no saben nada.”(J.M.D.)

“A mi más que ver me pasó esta semana con mi abuela internada, mi papá y mi mamá me llamaron todos los días para preguntarme qué significaba lo que les había dicho el médico o el residente, no le había explicado...porque le pasó... le dijeron “la señora tiene una fibrilación auricular” Y me preguntaban: “G. ¿qué es una fibrilación auricular?” porque no... y después otra cosa que le fueron encontrando y no les explicaron ni media cosa de qué era lo que significaba y después acá como alumno me pasó varias veces que el paciente por ahí no lo manifiesta por equis motivo, pero uno se da cuenta de que se va y no entendió nada...son muy pocos los médicos que he visto que al final de hablar con el paciente les he visto preguntar si entendió todo...o si le quedó en claro qué era lo que le pasaba...muy pocas las veces que vi eso.”(G.M.)

En otros comentarios (a veces de los mismos actores) aparece otra intencionalidad, la de que el paciente comprenda lo que le sucede para tomar un rol más activo en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

“Si, pero a mí me parece que si el paciente no entiende o no tiene buena relación con su médico no va a tener adherencia al tratamiento.”(C.F.)

“Deja ir a la familia seguro de que entendió qué es lo que le estaba pasando al...al hijo, al familiar.”(G.M.)

“Nos explicaba siempre cuál era el diagnóstico, el por qué teníamos lo que teníamos y cómo fue que llegamos a tenerlo, nunca con vocabulario demasiado complejo sino acorde a nuestra edad y utilizando analogías con cosas de la vida cotidiana.”(M.C.)

“Lo que rescato de mi médico es su palabra tranquilizadora, su paciencia para explicar “(M.P.)

“Eh, en la rotación de pediatría, que hicimos la parte de optativa de la especialidad, que fue nefrología que bueno, ahí está como directora del servicio la Dra. V. eh...en realidad lo que me gustó era cómo se sentaba a explicarle a los pacientes la patología que tenía el hijo, que por lo general son patologías que bueno...son súper complejas y que por lo general tenían los pacientes o iban a llegar a corto plazo a una insuficiencia renal terminal, entonces explicarles el pronóstico y el proceso de diálisis...” (A.B.)

“...yo me acuerdo de ejemplos, una vez una señora que vino con un pastillero gigante y la doctora le puso los medicamentos y el día y la hora en que los tenía que tomar, o sea le ordenó todo, y la paciente por ahí no sabía leer ni escribir, pero le puso el horario y el día en que tenía que tomar las pastillas, le ordenó todo” (G.M.)

En algún comentario referido a los docentes-médicos, los alumnos esbozan la existencia de lo que, siguiendo a Chevallard (1997), podríamos denominar una transposición didáctica- esto es el conjunto de transformaciones adaptativas que convierten un objeto de saber en un objeto de enseñanza- y hasta la posibilidad de un interaprendizaje:

“Son atentos, capaces de decodificar la información y explicarle al paciente.”(M.P.)

“Tenés que hablar con el paciente, explicarle lo que se le va a hacer, y por lo menos saludarlo...y agradecerle porque nos están enseñando también”(A.W.)

En los testimonios de los docentes médicos también percibimos intentos por lograr un aprendizaje con los pacientes, pero finalmente la intencionalidad de los mensajes acaba por ser prescriptiva:

“Trato de preocuparme al final de la consulta y de repetirle muchas veces si quedó claro, si lo que le expliqué o por lo que me vino a consultar ha quedado claro a los pacientes y me preocupo por que ellos me expliquen después, a ver cuénteme usted qué entendió de lo que yo le expliqué, digamos, a ver en un caso, osteomielitis crónica: qué grado de curación tiene, que el tratamiento es prolongado, va a necesitar tal tipo de seguimiento, muchas veces es engorroso el seguimiento...bueno usted lo entendió, explíquemelo usted a mí y bueno, muy bien, hay pacientes que muchas veces se enojan porque no están de acuerdo con mi apreciación técnica...pero bueno, hay un aspecto que es técnico y que él respete, la verdad que también...y si muchas veces no les gusta o no están de acuerdo, o venían a buscar otra cosa, eh...los derivo...derivo poco, tengo buena adherencia de parte de los pacientes, pro bueno, muchas veces existen límites técnicos...”(J.M.O.)

“Trato siempre de comunicarme expresando lo que tenga que hablar, primero en cuanto a que la paciente se sienta cómoda de poder preguntar y de expresarse libremente lo que entienda y lo que no entienda y volverle a preguntar si está bien, si comprende o si tiene alguna duda, alguna pregunta cuando uno le va explicando, sobre determinada situación...eh...sí me doy cuenta, porque es algo que como uno lo percibe de ver que ha comprendido y está conforme” (M.S.C.)

“Muchos pacientes vienen angustiados y necesitan que uno clarifique cuál es el riesgo de su probable diagnóstico y que le explique que los estudios que se le harán le ayudarán a lograr un tratamiento adecuado.” (M.E.E.)

Sin embargo, nos parece importante destacar que en los testimonios de nuestros actores no parece existir una conciencia plena de la importancia del rol del médico como educador de sus pacientes. El vínculo pedagógico existe ocasionalmente y como una suerte de valor agregado a la relación médico-paciente, pero no como un objetivo primordial en la misma y mucho menos como parte del deber ser del médico. Como uno de los estudiantes señala:

“Yo quisiera no dar opiniones porque creo que todos un poco...es abundar en lo mismo y creo que me han pasado cosas parecidas a las que están contando ustedes, pero quiero recalcar una sola cosa, que a veces...y que pasa en el hospital central particularmente, gente de 20, 30 días internada y no saben qué tienen y yo creo que es una falta de respeto, de ética profesional, porque o sea, son cinco minutos, aunque sea no explicarle todo un proceso pero una mínima cosa qué es lo que se está buscando, qué es lo que se piensa que tiene el paciente y que es lo que se está haciendo ... son, yo creo que son cinco minutos que el médico los tiene. O sea que, lo puede hacer.”(N.S.)

11.1.2-La intencionalidad empática

Nos hemos referido en párrafos anteriores a la empatía como una de las condiciones necesarias para ser un médico competente. En este apartado nos interesa develar el modo en que la empatía se pone de manifiesto en los mensajes que los médicos transmiten a sus pacientes.

De acuerdo con lo que señalan nuestros estudiantes, una de las formas en que se presenta esta intencionalidad que denominamos empática es la personalización de la consulta a través de un diálogo en que el interés por la persona del paciente y su realidad resultan tan o más importantes que la evolución de su cuadro clínico:

“La doctora que estaba a lo mejor veía 5 o 6 pacientes por día, pero se tomaba el tiempo de, a ver, hablar con los pacientes, ver cómo estaban, cómo se llevaban con el tratamiento, con la dieta, les preguntaba cómo estaban las cosas en su casa, los conocía a todos (...) se adecuaba al nivel de atención e instrucción que tenía el paciente”(G.M)

“ El médico que atendió a toda mi familia, desde mis abuelos hasta mi hermana menor lograba siempre evaluarnos no sólo desde lo físico-médico, sino también según nuestras vivencias.”(M.C.)

“La Dra. F. es muy tranquila, respetuosa, compañera de sus pacientes”.(L.S.)

Un diálogo en el que el médico atiende necesidades que están más allá de la patología. Como expresan nuestros estudiantes:

“El médico que yo elegí para ir fue uno de los docentes nuestros, por eso, porque veía que él transmitía a los pacientes algunas cosas que yo por ahí también necesitaba... bueno... y siempre estaba en los detalles, en cada detalle que tenía que decir al paciente”(J.M.D.)

“Bueno, a mí lo que me gustaría recalcar que me pasó en este hospital en el servicio de Ginecología, que no lo había visto , de ese modo no lo había visto nunca, que el jefe de servicio en la revista de sala, sentarse al lado de una paciente y preguntarle si se sentía bien en su estadía en el hospital, o sea, la verdad, a mí me pareció valorable porque en ningún otro lado...pasa lo que han dicho los chicos, pasan y dicen “paciente de tal...tantos años, consulta por tanto, décimo...” y no, y la verdad que me parece muy importante preguntarle más allá de cómo está siendo tratado, que eso ella lo puede saber o desconocer, preguntarle cómo se siente ella como persona, si se siente bien atendida, si está cómoda, si no está cómoda, cómo la trata el personal de enfermería, el cuerpo médico, y la verdad que me pareció a mí muy importante, me pareció una actitud muy positiva.”(N.S.)

O como destaca uno de los docentes entrevistados:

“...se establece ese vínculo, esa relación de poder estar en contacto , un poco también por la especialidad nuestra se sienten a lo mejor más contenidas de decir “Puedo contar en el caso de que tenga alguna duda, de poder hablarte, o llamar, o hacer alguna consulta?” “Claro que sí, por supuesto”, ir en algún momento a lo mejor sin turno en el consultorio...bueno, no importa, saben que cuentan conmigo” (M.S.C.)

“Yo creo que todos nos enfrentamos a tener que trabajar en situaciones en el lugar donde estemos, comprendemos la adversidad de cada situación que tenemos, pacientes que por ejemplo no tienen los medios para realizarse un estudio, o no y cómo hacer en distintas situaciones o demasiada demanda que uno no alcanza y cómo tratar de atenderlas a todas o, porque eso depende mucho de la personalidad de cada uno, considero que no todos

tienen la misma importancia o no le dan la misma importancia al tiempo que se le dedica a cada paciente, eso es lo que a unos los estresa más y a otros no les pasa nada... a mí me estresa no tener un tiempo adecuado para dedicarles tanto a las pacientes , o a los alumnos, para darles bien la clase,”
(M.S.C.)

Un diálogo que pueda generar en el paciente una sensación de bienestar aún antes de haber llegado a un diagnóstico o de comenzar un tratamiento. Refiriéndose a uno de sus docentes, un alumno comenta:

“Los pacientes lo adoran, le traen regalos...muchas veces gente muy humilde, que se ve que no puede andar comprando...y él siempre resalta el valor de esa actitud...que la gente quiera devolver de alguna forma el haberse sentido bien atendida. Creo que ese es un gesto que muestra que hubo una buena comunicación con los pacientes.”**(V.D.)**

Asimismo, uno de los docentes entrevistados expresa:

“Generalmente, hay más de una vez, el paciente se va y me dice “gracias, doctora, me ha tranquilizado hablar con usted”, ese sería un indicio de que la entrevista fue positiva. Muchos pacientes vienen angustiados y necesitan que uno clarifique cuál es el riesgo de su probable diagnóstico y que le explique que los estudios que se le harán le ayudarán a lograr un tratamiento adecuado. Eso al paciente lo tranquiliza y te lo devuelve diciendo “bueno, fue un antes y un después, venía muy mal pero me siento mejor” Creo que eso sería la mejor devolución que he sentido, y se ve con mucha frecuencia.”**(M.E.E.)**

Tan importante resulta esta intencionalidad en la comunicación médico-paciente, que es capaz de modificar los resultados del plan terapéutico:

“ ...me pareció que así como ella se comprometía con el paciente, el paciente a su vez se comprometía con el tratamiento, y tenía unos resultados terapéuticos pero excelentes, que iban por ahí más allá de una pastilla o de una inyección...los pacientes se sentían bien y se los veía mejor día tras...o sea, consulta tras consulta.”**(G.M.)**

11.1.3-Comentario:

Partiendo del supuesto de que la intencionalidad de los mensajes deja traslucir la visión que el emisor tiene del mundo y de los otros, podríamos pensar que estas tres intencionalidades a las que hemos hecho referencia revelan la coexistencia de dos paradigmas de relación médico paciente que, aunque se contradicen, se imbrican en la misma práctica. En uno de ellos, se plantea una intencionalidad netamente prescriptiva a la cual se subordina la empatía (aún en los casos en los que el médico atiende lo que el paciente tiene para decir toma una actitud paternalista, apropiándose de las decisiones). En el otro, se establece una situación de percepción permanente entre ambos miembros del binomio y se desarrolla un diálogo en el que se generan la empatía y el interaprendizaje.

En el caso de nuestros actores, la comunicación médico-paciente oscila como un péndulo entre estos dos extremos. Médicos formados en paradigmas diferentes encuentran modos diferentes (muchas veces contrapuestos) de dar respuesta a las situaciones de comunicación que se les presentan en la práctica. Como uno de nuestros estudiantes expresa:

“Yo creo que la práctica en los hospitales te enfrenta a situaciones que antes a lo mejor ni sospechás y hay que pensar en cómo resolverlas” (V.A.)

En el próximo apartado trataremos acerca de las distintas formas de valoración de los perceptores en que se sostienen los vínculos médico-paciente y de las diferencias que dicha valoración podría generar en la calidad de la comunicación lograda.

11.2-Valoración de los perceptores y coeficiente de comunicabilidad

Como ya señalamos en el marco teórico de nuestra investigación, el mensaje se estructura en base al concepto que el emisor tiene de sí mismo y de los otros a partir de las relaciones sociales en que se sitúa. Llamamos a esto autocalificación y

calificación del perceptor. Si pensamos a las situaciones de comunicación desde el punto de vista del vínculo que se establece entre pares, probablemente consideremos que existe una permanente interacción entre quienes participan en ellas y, por lo tanto, más que hablar de emisor y perceptor, resultaría más adecuado hablar de dos perceptores.

En el caso de los médicos, tanto la comunicación grupal como intermedia han atravesado distintas etapas, signadas cada una de ellas por una forma particular de relación entre los perceptores. En el modelo médico hegemónico se establece una asimetría entre las partes, ya que se privilegia el conocimiento técnico sobre el del mundo que el paciente revela en su relato. El médico es el dueño de la información, es “el que sabe”. El cambio de paradigma surgido del reclamo social por los derechos del paciente y del cuestionamiento del saber científico del médico intenta revertir esta asimetría al reconocer que, si bien el saber científico es patrimonio del profesional, nadie conoce mejor el universo del paciente que el paciente mismo, con lo cual cada parte del binomio domina un saber que la otra desconoce.

Siguiendo estas formas diferentes de entender el vínculo médico-paciente podrían presentarse distintas situaciones: una en la que el médico emite mensajes y el paciente es un mero receptor, otra en la que ambos se encuentran en un estado de emisión-percepción permanente y aún podríamos plantear una tercera en la que el paciente pasa a ser el único emisor, evidenciando en su discurso la intención de subordinar la decisión médica a su voluntad.

Nos pareció interesante ver qué lugar otorgan los actores de nuestra investigación a los pacientes en las situaciones de comunicación y cómo se ponen de manifiesto estos juegos de roles en su discurso.

11.2.1-El bloqueo del perceptor

Veamos el siguiente ejemplo:

“Una de las cosas que más me llaman la atención es que en el cursado nos dicen que hay que saludar y presentarse con el paciente y hay muy pocos médicos que lo hacen. En los pases de sala, por ejemplo: entran a la sala el jefe y todos los médicos, no dicen ni buen día y se ponen a hablar de los pacientes como si no estuvieran. Me parece una falta de respeto.”(J.S.)

En esta situación daría la impresión de que existen dos planos comunicacionales determinados por la diferencia entre dos grupos: por un lado, los pares, con los que existe interlocución porque “entienden” y por el otro, los pacientes que, como “no entienden nada de Medicina” no forman parte de la discusión de su propio caso clínico y no tienen participación en las decisiones. En casos extremos, el paciente, lejos de ser el sujeto de la atención médica es un objeto de estudio que no merece la mínima consideración:

“Mientras cursaba clínica médica en el Hospital Lagomaggiore, algunos médicos entraban a las salas, escuchaban a los residentes, palpaban a los pacientes, hablaban sobre el tratamiento y NUNCA le dirigían la palabra al paciente, ni le preguntaban cómo se sentía, si quería aportar algo, etc”.(M.C.)

“...en cuanto a lo malo, bueno, sí en realidad un poco de todo he visto, bueno, principalmente la falta de respeto, de... sí, o de ponerse del lado del paciente, por ejemplo de ver entrar a revisar a un paciente sin saludarlo, sin pedirle permiso, eeh...destaparle, por ejemplo, revisarlo y dejarlo ahí destapado, de todo y salir de la habitación. He visto muchos médicos que hacen eso, o sea, sin saludar al paciente ni nada.”(A.W.)

“Se creen que se las saben todas, son soberbios, entonces eso después en el trato con el paciente...eeeh... influye además porque tienen que ver que el paciente está rodeado de una vida entera y no es solamente la patología que trae.”(P.G.)

“...como ejemplo negativo por ahí más que nada en rotaciones por ahí más quirúrgicas...pasa que por ahí, no le dan por ahí la importancia que tiene a este tipo de cosas con los pacientes, entonces tratan una pierna, tratan una rodilla, tratan una vesícula, tratan un y por ahí se olvidan de que el paciente tiene otras preocupaciones, otras dudas, otras inquietudes que tranquilamente con cinco minutos de charla uno le pregunta qué le pasa y con eso lo soluciona, pero no, eran, eran revistas de sala de 30 pacientes que duraban 15 minutos. Eran “paciente con tantos días internado, post operatorio de tal cosa, se va mañana”, qué se yo, muy así, muy rápido. Me parece que no, no dá eso. Son cinco, diez minutos que por ahí hacen la diferencia entre un

paciente que se va conforme y un paciente que se va diciendo “pero éste no me...” todo lo que sabemos que pueden llegar a decir.”(G.M.)

Y en total coherencia con esta visión, tampoco necesita explicaciones:

“...había un paciente internado con un aneurisma de aorta. Le habían explicado que la situación era grave y que había que operarlo. Un día, sin haberlo operado, le dicen que está de alta. El paciente no entendía cómo, si un día había que operarlo, al siguiente se podía ir a la casa. Me acerqué al médico que llevaba la cama y le dije: “disculpe doctor, pero me parece que el paciente no entendió ¿Usted podría explicarle antes de que se vaya?” El médico fue a la cama del paciente y le dijo: “usted se va a casa porque tiene un aneurisma grado uno”. Y después me miró y me dijo: “Ya le expliqué” (C.F.)

“Una Médica Residente le dedicó 15 segundos para comentarle a una paciente que su embarazo se había detenido sin darle la contención emocional mínima para la situación” (F.O.)

“Me pareció muy incompetente un médico traumatólogo de la clínica Francesa que no sólo atendía a sus pacientes en cinco minutos sino que no los dejaba terminar de hablar y quedaban desorientados con lo que les decía.” (G.M.)

En algunos casos, el paciente es infantilizado y se lo trata como a un escolar en falta cuando sus puntos de vista no coinciden con los del médico:

“He visto situaciones que mostraron incompetente (para la comunicación) a una profesional frente a varios pacientes, en las que el lenguaje no se adecuaba a su nivel sociocultural. No había comunicación visual y hablaba en un tono aumentado de voz que ponía a los pacientes en una situación totalmente incómoda frente a varios alumnos y personas en la sala. Muchas veces hay temas que se tienen que hablar con más tranquilidad, en un espacio adecuado y con un lenguaje que los pacientes comprendan y con el que se los pueda convencer.”(E.M.)

“Recuerdo un cirujano que en un consultorio se tardaba 10 o15 minutos en abordar a cada paciente, casi ni los miraba y les decía que no tenían nada y que su dolor de cabeza no era importante. Hasta les mostraba radiografías o

estudios de otros pacientes que sí tenían dolores importantes, y cuando salían insultaba y hablaba de lo poco que le gustaba atender pacientes, y que sólo quería operar.” (M.P.)

Según lo que nuestros estudiantes refieren existe, además de la superioridad intelectual, otro criterio en el cual se sostienen las diferencias de plano comunicacional en la relación médico-paciente. La valoración del perceptor está también relacionada con su nivel socioeconómico. Veamos esta conversación con dos de nuestros estudiantes entrevistados:

“Por ahí lo otro que hacen es que hacen mucha diferencia con el estrato social en el que se encuentra el paciente (...) entonces por ahí dicen, bueno...en general los que van a un hospital público no son personajes millonarios pero la forma de comunicarles...por ahí los miraban y decían “A este no le voy a explicar porque ni me va a entender”, entonces no le dedican ni cinco minutos y le decían “bueno, usted tiene tal cosa”. Eso lo habrán visto también en el hospital.” (P.G.)

“Eso yo lo he visto en gente que la he visto actuar en la parte pública y en la parte privada, y en la parte pública es totalmente una cosa y en la parte privada es totalmente otra cosa...me parece una disparidad total, una persona, a ver, si trabajás en una parte pública tenés que dar la misma atención y tratar a todos los pacientes por igual , porque esto no es una cuestión monetaria, y de últimas, si te parece más importante lo monetario, dividí las aguas y dedícate sólo a hacer privado y tratá a tus pacientes de manera bien, porque no me parece que una persona porque no tiene recursos y va a un hospital público...no tiene el derecho de que lo traten bien y que le den las cosas y la diferencia sí la hacen en el privado entonces... y eso lo he visto yo con mis propios ojos, me parece que no es así, pero bueno...”(N.S.)

El testimonio de uno de los docentes coincide con esta percepción:

“Les tiro muy mala onda a aquellos médicos que priorizan lo económico frente a...vamos a decir la actividad profesional...o sea creo que lo económico es importante pero es secundario y no puede guiar la elección de un médico ese aspecto.”(M.E.E.)

11.2.2-Perceptores permanentes

En los testimonios de nuestros estudiantes aparecen situaciones en las que el médico valora al perceptor como su igual, prevaleciendo la visión del otro como persona y como sujeto de la atención médica sobre la asimetría en el saber disciplinar. Sin embargo, uno de ellos señala:

“Son muy pocos los médicos que he visto que al final de hablar con el paciente les he visto preguntar si entendió todo...o si le quedó en claro qué era lo que le pasaba...muy pocas las veces que vi eso.” (G.M.)

Aunque no parece ser éste el modelo de relación dominante en la práctica médica cotidiana, esta forma de valoración del perceptor es la que los alumnos identifican como característica del médico competente en la comunicación con sus pacientes:

“Un ejemplo de médico competente fue aquel que le explicó detalladamente las ventajas y riesgos, las distintas opciones de tratamiento y sobre todo tuvo en cuenta los deseos de la paciente. Fue el caso de una paciente con una miomatosis uterina, donde en su caso la cirugía ideal era la histerectomía, aunque el deseo de la mujer era volver a embarazarse.” (N.M.)

“Un ejemplo de competencia puede ser en el hospital militar, un paciente consultaba aterrado por pérdida de peso, anemia, anorexia y dolor abdominal, y aunque el doctor sospechaba lo peor (y el paciente también), la forma de proceder, cómo contestó todas sus dudas e indicó algunos estudios tranquilizaron un poco al paciente y lo hicieron sentir realmente acompañado.” (M.M.)

“Un ejemplo de médico competente...en una guardia de urgencias, fueron médicos y enfermeros a intentar poner una vía a un paciente que no quería, que estaba nervioso, hasta que fue un médico, le explicó que si estaba en el hospital era porque necesitaba ayuda, que si no hacían eso el único perjudicado era él y le explicó el procedimiento.”(B.C.)

No es casual que los docentes identificados como competentes en la comunicación con sus pacientes consideren que la comunicación con sus pacientes fue satisfactoria cuando el paciente tuvo posibilidad de expresarse y tener una participación más activa en la consulta:

“L.O.-Muy bien...en su experiencia profesional ¿cuáles fueron las estrategias- si es que hubo alguna-que le permitieron lograr la mejor comunicación con sus pacientes? ¿Cuándo siente usted que es satisfactoria la comunicación?”

M.E.E.-En mi experiencia proponerme hacer silencio y escuchar, por lo menos los primeros los primeros cinco minutos de la entrevista. Lo trato de aplicar diariamente cuando atiendo un paciente.”

“Trato de preocuparme al final de la consulta y de repetirle muchas veces si quedó claro, si lo que le expliqué o por lo que me vino a consultar ha quedado claro a los pacientes y me preocupo por que ellos me expliquen después, a ver cuénteme usted qué entendió de lo que yo le expliqué, digamos, a ver en un caso, osteomielitis crónica: qué grado de curación tiene, que el tratamiento es prolongado, va a necesitar tal tipo de seguimiento, muchas veces es engorroso el seguimiento...bueno usted lo entendió, explíquemelo usted a mí y bueno” (J.M.O.)

“Trato siempre de comunicarme expresando lo que tenga que hablar, primero en cuanto a que la paciente se sienta cómoda de poder preguntar y de expresarse libremente lo que entienda y lo que no entienda” (M.S.C.)

En los testimonios que anteceden se establece un diálogo entre médico y paciente con algunos elementos comunes: el profesional se entiende con el paciente haciéndolo partícipe de la decisión médica y a la vez corresponsable de la misma, le brinda contención afectiva y le muestra que está “de su lado”, acompañándolo en el proceso y respetando su voluntad. Así, médico y paciente pasan a ser perceptores en una situación de comunicación en la que los mensajes no se emiten y se reciben, sino que se comparten. Como uno de los alumnos afirma:

“Como buena experiencia también me acuerdo mucho de un pediatra que fue el primer médico con el que tuvimos contacto en relación médico-paciente I, que siempre me acuerdo de ese pediatra bueno, en realidad, por lo

humanitario que era y cómo se ponía, o sea...del lado del paciente...cómo acompañaba en la enfermedad al paciente.”(A.W.)

11.2.3-Comentario:

El análisis de la valoración del perceptor a partir de lo expresado por nuestros alumnos muestra dos modelos bien definidos en la práctica médica cotidiana: en uno de ellos, la autovaloración del emisor se sitúa claramente por encima de la valoración del perceptor, mientras que en el otro la autovaloración tiende a igualarse con la del perceptor.

Como hemos señalado ya en el marco teórico, la intencionalidad y la valoración de los perceptores están íntimamente relacionadas con lo que se denomina coeficiente de comunicabilidad. Es lógico suponer que una situación de comunicación en la que las intencionalidades son educativa y /o afectiva requieren de un alto coeficiente de comunicabilidad.

Los actores de nuestra investigación asocian la competencia comunicacional del médico con el logro de un alto coeficiente de comunicabilidad. Esta asociación parece surgir un poco de lo que han aprendido sobre relación médico-paciente en la facultad y otro poco de experiencias vividas en las que han percibido que quienes logran un mayor coeficiente de comunicabilidad obtienen mejores resultados terapéuticos y mayor satisfacción por parte de sus pacientes. Por tal motivo, la falta de diálogo entre el médico y sus pacientes resulta fuertemente cuestionada en especial por los alumnos, no sólo por lo que este hecho implica en sí mismo sino por la contradicción que genera frente a lo aprendido en las asignaturas de Relación médico-paciente y lo percibido durante el ciclo clínico.

11.3-Acerca de los códigos en la relación médico-paciente

El lenguaje verbal es el más antiguo de los códigos empleados en la comunicación entre médicos y pacientes. En los testimonios de nuestros actores aparecen permanentemente alusiones al habla y la escucha. Sin embargo aparecen además

referencias a códigos no verbales que también se encuentran socialmente legitimados y son especialmente valorados. Como señala uno de los entrevistados:

“...lo que sí también quería aclarar que desde mi punto de vista que en cuanto a lo que hace a la comunicación, o sea, no solamente se refiere al hablar, creo que también uno muchas veces puede comunicar a través de gestos, a través de caras o, bueno, lo que es paratextual y que eso por ahí el médico también tiene que comunicarse de esa forma, o sea, y creo que eso también sirve, lo da a experiencia, o los valores o...bueno, eso, nada más.”(A.W.)

Hemos hecho referencia en párrafos anteriores de este texto al uso de las imágenes con intencionalidad educativa. Sin embargo, creemos importante destacar en este punto que dichas imágenes aparecen siempre reforzando lo verbal y por lo general no son predeterminadas, sino que surgen espontáneamente de la mano del emisor del mensaje:

“El médico en el que yo pienso es mi pediatra. Probablemente todos los pediatras tienen buena relación con los niños, pero lo que yo rescato del mío es la buena relación que tenía también con mis padres, cómo les explicaba, les hacía dibujitos...” (A.R.)

Algunas veces también existe una traducción al lenguaje verbal de un código no verbal desconocido por el paciente, como el que presentan las imágenes diagnósticas:

“...se sentaba, le explicaba con un dibujito qué patología tenía, le explicaba una y un montón de veces , le mostraba las imágenes, entonces eso me pareció bien ,o sea una buena metodología como para poder...como para poder ...estee... comunicarse con el paciente y estar, digamos, en contacto con el paciente y explicarle...” (A.B.)

Uno de nuestros estudiantes recuerda lo aprendido de uno de sus modelos en la práctica médica y señala la importancia de lo gestual:

“Él siempre decía que el paciente tiene a la hora de la consulta cierta ansiedad que uno como médico tiene que saber manejarla. Siempre hacía

hincapié en que tocáramos al paciente, que no seamos distantes, en generar un vínculo a través de las manos.”(L.C.)

Otros alumnos destacan la importancia del código gestual en los mensajes que emite el paciente y se cuestionan sobre el interés que éste despierta en los profesionales:

“El paciente se queda mirando fijamente y sin decir nada o con ganas de preguntar algo y no se atreve. Después por las preguntas que hace, uno se da cuenta de que hay que empezar de nuevo” (V.A.).

“A mí me pasó...a veces te das cuenta...cuando el médico se va y el paciente se queda con un signo de interrogación en la cara...a mí me pasa por ahí...me da un poco de cosa dejar una habitación sin que por lo menos el médico explique algo al paciente...porque es lo que le está pasando a él...¿no? O sea, es como que me llega a generar contradicción... ¿qué hago? Se fue el doctor... ¿voy con él o me quedo explicando, tratando de sacarle las dudas a cada paciente? Es como que quedamos ahí en el medio” (G.M.).

“...no había comunicación visual que interesara a la paciente, le hablaba con un tono aumentado de voz que ponía a la paciente en una situación incómoda frente a los alumnos y otras personas en la sala” (E.M.)

En muchos testimonios, tanto de estudiantes como de docentes aparecen referencias a lo actitudinal como un código tan o más importante que el verbal, en especial cuando se trata de mensajes con intencionalidad empática:

“Se lo podía llamar a cualquier hora y siempre estaba disponible.”(A.R)

“Yo tuve un profesor, al que después elegí como médico y que cuando me trató me acompañó en el problema que tuve y se preocupaba por saber cómo estaba, me llamaba por teléfono para saber cómo seguía... y esto hace con todos los pacientes.”(V.D.)

“Bueno, para mí otra de las cosas que debe tener el médico y que es importante, en el caso mío de un cirujano que atendió a mi tía es el seguimiento después de hacerle todo el tratamiento que tuvo, o sea, seguir

comunicándose con ella por teléfono, no necesariamente yendo a controles, o al consultorio” (P.G.)

“Yo quiero resaltar algo que me parece muy importante: la alegría. Yo veo médicos que siempre vienen a trabajar contentos, que siempre tienen buen humor (...) el ambiente de trabajo es mejor, los pacientes tienen mejor ánimo, están mejor predispuestos.”(J.S.)

“Podría rescatar su detallado cuidado en la instancia previa a la consulta (...) en la consulta (...) y en la instancia posterior (brindado de elementos accesibles de comunicación con el profesional (e-mail, teléfono, etc.) y predisposición para la evacuación de inquietudes posteriores a la consulta.”(F.M.)

“...se interesaba por el entorno familiar de mi papá...por supuesto nosotros lo acompañábamos siempre como hijos y...eh, por ejemplo nos llamaba para preguntarnos si estaba bien, cómo había seguido...” (M.S.C.)

11.3.1-Comentario:

Podríamos pensar que en la relación médico-paciente todo comunica y que por tal motivo nuestros actores se encuentran atentos no solamente al lenguaje verbal sino a todos los códigos que emplean sus docentes-médicos en el vínculo con los pacientes. Así otorgan importancia a todo lo vinculado con lo sensorial (táctil, visual, auditivo) y también a lo actitudinal (la postura, el estado de ánimo, la predisposición con la que se aborda al paciente). También consideran que el médico debe estar abierto a lo que el paciente emite empleando estos códigos paratextuales porque esto brinda una información preciosa para el diagnóstico de lo que al paciente le sucede y, fundamentalmente, para comprender lo que necesita. Por supuesto, cabe señalar que el logro de un alto coeficiente de comunicabilidad no es una simple cuestión de códigos. Los códigos paratextuales no hacen más que reforzar la intencionalidad y la valoración del perceptor que subyacen en lo que el emisor elabora y dirige como mensaje.

11.4-La mirada de los “casi médicos” frente a la mirada de los pacientes

Si, como señala Prieto Castillo (1995), es fundamental que el emisor conozca tanto el marco de referencia como la formación social de los perceptores para elaborar mensajes que puedan ser comprendidos por ellos, resulta lógico suponer que es elemental para una buena comunicación que el médico comprenda y valore el contexto en el que sus pacientes se encuentran insertos.

Con referencia a este tema, la resolución 1314/07 a la que hemos hecho referencia anteriormente señala al conocimiento del contexto de los pacientes como una de las habilidades que los estudiantes de Medicina deben adquirir para el logro de la competencia comunicacional.

Es interesante resaltar que cuando los estudiantes y docentes médicos que entrevistamos en nuestro trabajo valoran la práctica de aquellos a quienes han destacado como “buenos médicos”, aparecen frecuentes alusiones a dos aspectos vinculados a los sujetos de la atención médica: por un lado, la adaptación del lenguaje técnico al coloquial de cada paciente, y por el otro, el conocimiento del universo que constituye su vida cotidiana.

11.4.1-El lenguaje protodisciplinar

Siguiendo a Litwin (1997), consideramos que existen en la práctica médica, como en otras profesiones, dos formas de lenguaje: el propio del ámbito académico y el diálogo entre colegas y otro que denominamos “protodisciplinar”, utilizado para la trasposición didáctica con los pacientes.

Entre las condiciones que caracterizan a los buenos médicos, nuestros estudiantes aluden frecuentemente a la habilidad y preocupación del médico por lograr que sus pacientes comprendan el mensaje que emite, esto es, por adaptar el lenguaje disciplinar al habla cotidiana:

“Una cosa que a mí me gusta mucho es que hay médicos que buscan todas las maneras posibles de que el paciente entienda” (V.A.)

“... un hermano mío, tiene una discapacidad, en realidad tiene problemas del habla, motores, etc. y ha pasado por muchísimos médicos también (...) Bueno y hay un médico en particular, o sea que es creo el único que se ha tomado su tiempo para escucharlo, para responderle todas sus preguntas y para explicarle a él, no a nosotros, sino que él tiene también su capacidad para entender, bueno, todos los procedimientos que se le realizan, etc. Eso creo que es una buena característica.” (A.W.)

“(...) es una persona que se toma su tiempo y si tiene que estar cuarenta minutos adentro del consultorio explicando y tranquilizando a mis padres es la persona que se toma el tiempo y, o sea, y... deja ir a la familia seguro de que entendió qué es lo que le estaba pasando al...al hijo, al familiar.” (G.M.)

“(...)también lo otro importante es que sepa expresar...palabras que el otro entienda, que no lo malinterprete, que pueda adecuarse también al vocabulario del paciente.” (A.B)”

“Nos explicaba siempre cual era el diagnóstico, el por qué teníamos lo que teníamos y cómo fue que llegamos a tenerlo, nunca con vocabulario demasiado complejo sino acorde a nuestra edad y utilizando analogías con cosas de la vida cotidiana.”(M.C.)

“(...) se adecuaba al nivel de atención e instrucción que tenía el paciente” (G.M.)

Como contrapartida, son especialmente críticos cuando esta adaptación del lenguaje que consideran necesaria no se produce:

“Como alumno me pasó varias veces que el paciente por ahí no lo manifiesta por equis motivo, pero uno se da cuenta de que se va y no entendió nada...son muy pocos los médicos que he visto que al final de hablar con el paciente les he visto preguntar si entendió todo...o si le quedó en claro qué era lo que le pasaba...muy pocas las veces que vi eso.” (G.M.)

Los docentes entrevistados también tienen en cuenta la importancia de diferenciar el lenguaje disciplinar del protodisciplinar:

“Es muy importante ponerse a la altura de la persona porque hay veces en que le hablamos con un lenguaje muy científico y no entiende. Es importante tratar de que nuestro diálogo utilice el significado del lenguaje que el paciente está acostumbrado a usar” (M.E.E.)

Uno de los docentes entrevistados resume en su testimonio esta tensión entre las miradas de médicos y pacientes dejando claramente establecida su propia postura:

“...académicamente entre nosotros, entre los colegas y todo, tenemos una forma de expresarnos que la tenemos que traducir cuando la hablamos, transcribir de que manera lo expresamos para que el paciente lo entienda, eh...pero normalmente hay algunos profesores que nos daban esa impresión y otros que no...de quienes sí tengo buen recuerdo es eso, entender la comunicación con el paciente como bien entendida y comprendida por el paciente, sin ponerse en la postura de soberbia, que es dar una explicación y si lo entiende bien y si no lo entiende, no.”(M.S.C.)

11.4.2-El conocimiento del contexto

Los estudiantes entrevistados realizan una valoración muy positiva de la preocupación del médico por conocer el contexto y las necesidades de los pacientes, considerándola una parte muy importante del vínculo con ellos. Algunos relatan una experiencia personal como pacientes, mientras que otros describen situaciones comunicacionales que han vivido como alumnos, pero en uno u otro caso, todos destacan este involucramiento del médico con el entorno del paciente como una característica que marca una diferencia notoria en el grado de satisfacción de los mismos y en los resultados del tratamiento.

Así, uno de nuestros actores relata:

“Hice una consulta de una hora en la cual no hablamos de lo que me pasaba, sino que me empezó a preguntar de mi familia, que relación tenía, si estaba de novio, qué relación tenía, que proyectos tenía (...) para mí fue muy valorable de parte de ese médico, el darse cuenta dónde estaba realmente el, la patología digamos, o lo que pasaba. Eso me pareció muy interesante.” (J.M.D.)

Otros estudiantes observaron actitudes similares en sus docentes:

“Los pacientes lo adoran, le traen regalos...muchas veces gente muy humilde, que se ve que no puede andar comprando...y él siempre resalta el valor de esa actitud.”(V.D.)

“...sentarse, hablarles, ver todo: la familia, cómo estaba, conocer a toda la familia, eso me pareció muy, muy interesante.”(J.M.D.)

“La doctora que estaba a lo mejor veía 5 o 6 pacientes por día, pero se tomaba el tiempo de , a ver, hablar con los pacientes, ver cómo estaban, cómo se llevaban con el tratamiento, con la dieta, les preguntaba cómo estaban las cosas en su casa, los conocía a todos (...) y me pareció que así como ella se comprometía con el paciente, el paciente a su vez se comprometía con el tratamiento, y tenía unos resultados terapéuticos pero excelentes, que iban por ahí más allá de una pastilla o de una inyección...los pacientes se sentían bien y se los veía mejor día tras...o sea, consulta tras consulta.” (G.M.)

“He tenido la posibilidad como alumno de toparme con excelentes profesionales donde se ve que les gusta lo que hacen, con dedicación y compromiso, donde son cordiales con los pacientes sean de la clase social que sean” (N.A.)

En algunos casos, el involucramiento supera el mero conocimiento del contexto y la comprensión de la realidad del paciente para manifestarse en intervenciones concretas:

“El preocuparse por su situación económica, sobre todo en el hospital público, para ver si va a poder costear un tratamiento...” (V.A.)

“Escucha atentamente, con respeto, trata de conseguir lo que la paciente necesita aún de su propio bolsillo” (L.S.)

Es interesante consignar que con lo anteriormente descrito coexisten situaciones en las que la relación médico-paciente está caracterizada por la indiferencia del primero frente a la mirada del segundo y también que en algunos casos el conocimiento del contexto, lejos de acortar las distancias entre el profesional de salud y el paciente, las acentúa. Veamos algunos ejemplos:

“Por ahí lo otro que hacen es que hacen mucha diferencia con el estrato social en el que se encuentra el paciente...entonces por ahí dicen, bueno...en general los que van a un hospital público no son personajes millonarios pero la forma de comunicarles...por ahí los miraban y decían “A este no le voy a explicar porque ni me va a entender, entonces no le dedican ni cinco minutos y le decían “bueno, usted tiene tal cosa”. Eso lo habrán visto también en el hospital.” (P.G.)

“Eso yo lo he visto en gente que la he visto actuar en la parte pública y en la parte privada, y en la parte pública es totalmente una cosa y en la parte privada es totalmente otra cosa...me parece una disparidad total, una persona, a ver, si trabajás en una parte pública tenés que dar la misma atención y tratar a todos los pacientes por igual , porque esto no es una cuestión monetaria, y de últimas, si te parece más importante lo monetario, dividí las aguas y dedícate sólo a hacer privado y tratá a tus pacientes de manera bien, porque no me parece que una persona porque no tiene recursos y va a un hospital público...no tiene el derecho de que lo traten bien y que le den las cosas y la diferencia sí la hacen en el privado entonces... y eso lo he visto yo con mis propios ojos, me parece que no es así, pero bueno...” (N.S.)

11.4.3-Comentario:

La mirada de los médicos parece estar caracterizada por dos aspectos: el conjunto de interdeterminaciones que corresponde a su período histórico, y las propias de su desarrollo profesional. A las diferencias sociales y culturales intrínsecas de la comunidad se suma la pertenencia a un grupo con características especiales otorgadas por el ámbito académico y por el campo disciplinar a cuyo conocimiento han accedido. La coexistencia de diferentes concepciones de la relación médico-paciente marca diferencias en la educación médica en distintos períodos históricos. Asimismo, la crisis de legitimación social sufrida por las profesiones ha generado, sobre todo desde la segunda mitad del siglo pasado, cambios en la visión que la sociedad tiene de los médicos.

En el último siglo, la enseñanza de la Medicina ha sido atravesada por cambios de paradigmas científicos, pedagógicos y sociales, lo cual no significa necesariamente que dichos cambios hayan alcanzado a los individuos que enseñan. Así, podríamos concluir que existen diferencias en la mirada que los médicos dirigen tanto hacia los pacientes como a su contexto y que las mismas guardan una estrecha relación con las diferentes valoraciones del paciente como perceptor que hemos visto en apartados anteriores. Más aún, podríamos plantear aquí que la coexistencia de estas diferentes miradas es un factor determinante de la existencia de las diversas valoraciones del perceptor que han observado nuestros entrevistados. A esta altura de nuestro análisis podríamos arriesgar que todo lo anteriormente descrito genera en los alumnos un conflicto cognitivo a la hora de intentar comprender cuál es el coeficiente de comunicabilidad que desde la institución se pretende que alcancen para lograr la competencia comunicacional con los pacientes.

12-La comunicación grupal

12.1-La formación médica y el vínculo con la comunidad

Cuando indagamos acerca de la relación entre los estudiantes de Medicina y su comunidad de pertenencia nos llamó la atención que las experiencias aportadas por nuestros actores aparecieran como fenómenos aislados y no como parte de las actividades programadas dentro los espacios curriculares de la carrera.

Veamos el siguiente diálogo:

“L.O.-Hablando siempre de comunicación, pero ya no de relación médico paciente, ¿Han participado alguna vez en alguna experiencia de trabajo con la comunidad? ¿Podrían comentar esa experiencia? (cómo se sintieron, si la gente participó y cómo, cuál fue el impacto que la actividad tuvo sobre la comunidad en la que trabajaron)

Nota de la autora: aparecen en el grupo algunas caras dubitativas.

“Hemos ido alguna vez con una profesora de Salud Pública a dar charlas en las escuelas secundarias...” (V.D.)

“Yo estoy trabajando ahora en un proyecto, pero recién empezamos” (A.R.)

Nota de la autora: El comentario tuvo lugar en diciembre del 2012, tres meses antes de que la alumna se graduara.

“No tengo experiencia” (M.L.)

Un testimonio similar respecto de este tema aparece entre los docentes entrevistados:

“L.O.- ¿Ha tenido oportunidad de realizar trabajo comunitario (tareas de prevención, de educación para la salud,) con grupos más grandes que con pacientes individuales?

J.M.O.-Poco...poco. Cuando era alumno sí...ahora como médico, poco. Tratamos de hacer campañas de prevención para el servicio respecto al

lavado de manos, al uso racional de antibióticos y hemos dado algunas charlas así a la comunidad pero no son muchas.”

Si bien algunos estudiantes describen con mayor detalle las características de la actividad realizada, los comentarios dejan la impresión de que su participación se ha desarrollado de manera informal, por fuera del currículum prescripto.

“Fuimos una vez a Lavalle a hacer una toma de presión con los asistentes sanitarios” (N.S.)

“ Yo tengo una experiencia muy bonita, en segundo o tercer año, no me acuerdo bien, que con un grupo de chicos nos llevaron a un centro, más bien un centro de rehabilitación en donde tenían todos chicos con capacidades diferentes, muchos chicos con problemas neurológicos, que estaban todos rehabilitándose...”(J.M.D.)

“Participé en el Barrio San Martín dando una charla a chicos de octavo año” (G.M.)

“Cuando realizamos tareas con la Dra. L. en el Barrio San Martín y la Plaza Independencia. Dimos charlas sobre sexualidad a chicos adolescentes y respondimos sus dudas.” (M.C.)

“Participé de charlas educativas para madres en jardines” (F.O.)

“Si, en el bajo Luján, en una escuela con mi actual pareja que es médico y dimos una charla de prevención sobre alimentación y salud bucal.” (L.S.)

12.2-Intencionalidad prescriptiva versus intencionalidad educativa

Siguiendo el mismo criterio empleado para la comunicación intermedia, analizamos la intencionalidad oculta tras los mensajes que se emiten en el trabajo comunitario. Una de las entrevistadas intenta precisar a qué tipo de tareas nos referimos y surgen dos modalidades aparentemente diferentes de trabajo comunitario:

“¿Trabajo asistencial (ir a tomar la presión, por ejemplo), o docente?” (C.F.)

Desde el punto de vista de la relación emisor-perceptor, efectivamente se trata de dos modalidades diferentes: la primera es homologable a la relación médico-paciente o médico-familia, en la que el mensaje está dirigido a un solo perceptor o a un grupo pequeño, mientras que la segunda supone un auditorio más numeroso. Desde el punto de vista de la intencionalidad de los mensajes, parece haber una contradicción entre este comentario y lo analizado en los apartados referidos a la comunicación intermedia, ya que en los mismos surgió claramente que existe una intencionalidad educativa en la comunicación médico-paciente. Sin embargo, a partir de esta pregunta se nos plantea otra cuestión: lo que significa el término “docente” aplicado a las tareas de extensión.

Veamos algunos testimonios de nuestros actores:

“En algún momento he dado charlas sobre síndrome metabólico, obesidad, diabetes, también sobre educación sexual a la comunidad.” (M.E.E.)

“En realidad siempre fuimos a escuelas, así que el trabajo era en las aulas.” (J.S.)

“ ...por ahí yo tenía algunos prejuicios, algunos problemas porque nos mandaban a dar clases de educación sexual, por ejemplo, de educación vial a colegios y por ahí se enfocaba...no se enfocaba de una forma que a los chicos les llega...yo veía ese problema, a nosotros nos decían: vayan y den clase , tienen que hablarles de tal cosa y enseñarles y mostrarles afiches que expliquen cómo es esto, cómo es el otro, por ahí eso no es lo que necesitan los chicos, se los han dado cien veces y no es la forma de llegarle a los chicos” (J.M.D.)

El cuestionamiento que el estudiante realiza recuerda la propuesta de Paulo Freire en su texto ¿Extensión o Comunicación? La concientización en el medio rural, al que ya nos hemos referido en el marco teórico de nuestra tesis. En este caso, el término docente pareciera estar asociado a la imagen de un catedrático en un aula, intentando inducir conductas más que promover aprendizajes. Podríamos entonces pensar que en las actividades con la comunidad se emiten mensajes en los que, a semejanza de la relación médico-paciente, existe una intencionalidad prescriptiva

muchas veces enmascarada por una supuesta intención de educar para la salud. En el próximo apartado nos referiremos a la relación existente entre la intencionalidad del mensaje y la valoración que el médico hace tanto de sí mismo como de la comunidad que actúa en este caso como su perceptor.

12.3-Autovaloración y valoración del perceptor

Interrogados acerca de su experiencia de trabajo comunitario, nuestros actores evocan situaciones comunicacionales que desde su punto de vista resultaron gratificantes tanto para ellos como para la comunidad. Nos pareció interesante buscar características comunes a estos relatos que mostramos a continuación.

Algunos estudiantes explican cómo el vínculo con la comunidad resultó de una trascendencia mayor que la tarea específica a la que habían sido enviados:

“... fue muy lindo llegar y ver el grupo de gente que había, nosotros terminamos jugando a la pelota con los chicos, por ejemplo y me acuerdo claramente el entusiasmo de los chicos cuando nosotros llegamos, fue como que venía gente a verlos ...y con un entusiasmo, una alegría que fue muy...muy, muy como muy verdadera, muy pura lo que muestran, son gente muy inocente y lo que te expresan es la verdad, no te van a mentir, no pierden ni ganan nada y bueno la felicidad que muestran bueno, es que terminamos jugando a la pelota, se armó baile , nos sacamos fotos con los chicos y ellos felices, solamente por una tarde de ir a pasarla con ellos (...) Nosotros íbamos a hacer un trabajo... bien no me acuerdo, era un trabajo de la facultad , pero como que el trabajo pasó a un segundo plano totalmente y nos dedicamos más a la relación con los chicos y eso fue una linda experiencia, es más, ni recuerdo qué fui a hacer...me quedó más la experiencia de compartir cosas con los chicos que el trabajo mismo de temas de números y eso.” (J.M.D.)

“...fuimos una vez a Lavalle a hacer una toma de presión, fuimos con los asistentes sanitarios, y la verdad que...nada, la gente vive alejada de los puestos de salud y cuando uno llega, claro, se sienten muy cómodos porque dicen “claro, alguien piensa en mí, alguien me da una mano, hay alguien por lo menos que se acerca hacia mí porque hay gente que uno dice no, no

quiero ir porque me queda lejos, o sea que hay gente que en el medio del campo no tiene medio de transporte, los caminos no son los mejores y a veces si tiene uno de los hijos enfermos o con algún problema no es como nosotros o cualquiera que vivimos la ciudad que estamos a cinco o diez minutos de un hospital o una clínica.” (N.S.)

“Dimos una charla de prevención sobre alimentación y salud bucal. Fue genial la respuesta de los niños, son muy agradecidos y además me sentí muy útil. Por más que no haya hecho mucho pero algo es algo. Además, les compramos cepillos de dientes y se los regalamos. Era impresionante como sus ojos brillaban, tal vez con poco para nosotros pero mucho para ellos. Fue muy gratificante.”(L.S.)

En una experiencia de grupo focal, los estudiantes cuentan cómo un programa pensado para el tamizaje de patología pediátrica se convirtió en una oportunidad para generar empatía con la comunidad y dar lugar al interaprendizaje:

“G.M- Muchas veces hemos tenido la posibilidad de hablar con las madres de los chicos, y la verdad y siempre manifiestan satisfacción, porque dicen no muchas veces les pasa que va un equipo bien completo a la escuela, que es donde tenemos la posibilidad de enganchar a todo un curso junto, incluso a varios cursos juntos, donde se les da un...un...una evaluación muy completa y muy general y en base a eso detectar patologías y corregirlas para que tengan un desarrollo más saludable, lo más saludable posible (...)

L.O.- ¿Conversaban después ustedes con los papás de los chicos?

G.M.- Eeh... por ahí más que nada mientras unos están pesando, otros midiendo siempre alguno queda dando vueltas y se acerca a charlar un poco, los padres son los que te llaman y te preguntan más o menos de qué se trata y esos son los comentarios que la mayor parte de las veces uno puede levantar...la satisfacción y el bienestar que sienten al saber que se sienten incluidos en el sistema de salud, digamos.

L.O.-¿Hacían trabajo con los docentes también, conversar sobre medidas preventivas?

J.M.D.- Si, dar pautas de alarma a los docentes, explicar las cosas a las que tienen que prestarle atención en los chicos, y bueno, ellos, los docentes, son los primeros, los que están más en contacto con los chicos y ellos ven un montón de cosas que por ahí nosotros no nos damos cuenta...

G.M.- Si, y también aprendimos bastante

L.O.-O sea que no era estilo clase...era una conversación

G.M.-No, era una conversación (murmullo en el grupo, asintiendo y reforzando) ellos aprendían de nosotros y por ahí nosotros aprendíamos mucho más que ellos...

A.W.-Sobre la familia, sobre el contexto del chico...por ahí nosotros nos perdíamos en eso y bueno, cada uno aprendía a través de su docente.”

En el relato de uno de los docentes se repite una experiencia similar:

“Generalmente una vez por año doy, aparte de otras charlas, el curso de lactancia materna en el Notti, como parte del comité de lactancia y van residentes, médicos, pero también van todo el personal de enfermería y todas las mamás de la comunidad que quieran ir, entonces son salas llenas, es un curso de varios días y, lo que siempre invito es a preguntar, a expresarse, por ahí es más difícil porque entra en juego el temor o la vergüenza de que los escuchen , pero se crea un ámbito de...trato de que haya confianza para preguntarme, por ejemplo no estar...no estar como si fuese en un podio y hablando hacia la audiencia sino trato de que estar en medio, de que se coloquen más en redondo, o poder pasar por los pasillos... e invitarlos a ellos, por ejemplo si se pasan los slides en el power point decirles bueno, a ver qué...que le parece a usted , que le impresiona esa fotografía de una mamá dando de mamar en determinada posición a su hijo ,si le parece que está bien o no, cómo es su experiencia, invitándola y se animan a hablar. Al principio por supuesto les cuesta, pero después ya me preguntan y empiezan a surgir otras dudas, y ahí se hace más, más llevadero y es hermosa la comunicación.”

En otros casos, los alumnos destacan la respuesta de los perceptores:

“He participado en trabajos con la comunidad como parte del cursado de la carrera. La verdad, al principio cuesta mucho, sobre todo siendo estudiante y estando poco preparado. Creo que la gente con la que trabajamos (centros de jubilados, grupos de parroquias, maestros, alumnos de escuelas primarias, etc.) nos ayudaron bastante a superar el miedo a enfrentar a un público escuchando y participando activamente de las charlas y actividades y luego haciéndonos críticas o devoluciones sobre nuestro desempeño.” (M. P.)

“He participado en charlas con adolescentes acerca de género y sexualidad principalmente. Los chicos fueron muy participativos ya que el tema les interesa y fue satisfactorio para mí poder resolverles dudas.” (N. M.)

“Participé en el Barrio San Martín dando una charla a chicos de octavo año, al principio creí que nos iban a ignorar, pero me sentí muy bien cuando al final los chicos nos preguntaban sobre temas en los que ellos tenían dudas, eso demostró que finalmente dio buen resultado y que lo que hicimos no fue en vano.” (G. M.)

“Si, es muy gratificante. La misma comunidad participó mucho, se los veía contentos. Ayudamos a mucha gente en Lavalle a saber de su estado de salud y derivar de ser necesario.” (M. M.)

“Si, me sentí bien, la comunidad participó y se entusiasmó mucho con las actividades realizadas y yo me sentí cómoda.” (I. M. B.)

“Dimos charlas sobre sexualidad a chicos adolescentes y respondimos sus dudas. Creo que para muchos de ellos era la primera vez que alguien les explicaba conceptos o bien de manera clara y simple el funcionamiento del cuerpo, por lo que logramos una buena comunicación con ellos, su interés y participación.” (M.C.)

“Hace dos años participamos con algunos alumnos en proyectos al aire libre, donde le tomábamos la tensión arterial a las personas que quisieran, hacíamos una pequeña anamnesis y cuando encontrábamos factores de riesgo dábamos consejería. Las personas que acudían siempre nos agradecieron y felicitaron y eso nos brindó una gran satisfacción.” (B. C.)

Uno de los docentes, al destacar el cuidado del lenguaje y de los materiales a utilizar en la tarea, pone de manifiesto su valoración del perceptor:

“Creo que allí lo importante es ver el lenguaje que maneja esta población a la que uno tiene que transmitirle el mensaje. Es muy importante ponerse a la altura de la persona porque hay veces en que le hablamos con un lenguaje muy científico y no entiende. Es importante tratar de que nuestro diálogo

utilice el significado del lenguaje que el paciente está acostumbrado a usar y hacer un análisis previo a la charla para saber qué saben y que no saben sobre el tema estos pacientes. Digamos en este caso a lo mejor no pacientes, sino poblaciones que vamos a educar. Creo que es importante un análisis que puede ser con encuestas o con diálogos previos.”(M.E.E.)

Como características comunes a las experiencias contadas por los entrevistados, podríamos señalar:

- Reconocimiento de la situación y necesidades del otro
- Genuino interés por las necesidades del otro
- Empatía
- Interaprendizaje entre emisores y perceptores
- Situación de percepción permanente entre los agentes de salud y los miembros de la comunidad
- Sentimientos mutuos de gratificación

Sin embargo, la actitud de diálogo abierta por nuestros actores no siempre se acompañó desde las instituciones que promovían la actividad comunitaria. En algunos casos, no hubo un interés manifiesto por la respuesta de los perceptores. Un alumno señala:

“Participé en actividades de promoción y prevención en escuelas primarias. En realidad no pudimos evaluar concretamente el impacto posterior, pero la mayor parte de la población participó activamente y creo que obtuvo beneficios importantes.” (G.T.)

Y otros entrevistados comentan:

“L.O. -¿Y qué resultados tuvieron ¿Qué dijeron los chicos sobre la experiencia?

J.S.-El problema es que nunca volvimos. Una vez íbamos nosotros, a la semana o al mes siguiente iban otros alumnos, y así.

V.D. -Quizá si hubiéramos pasado más tiempo con ellos...”

En otros casos, los alumnos se quejaron de la ausencia de una organización seria en la tarea a la que habían sido asignados:

“A.B.-A mí no me gustó mucho porque...no, en realidad es como que faltaba un poco de organización, por ejemplo (...) cuando hacíamos screening de la tensión arterial y nos daban tensiómetros de adultos, y te daba que estaban hipertensos y se anotaban esos datos, y esos son datos que no son fidedignos.

A.W-Habían médicos excelentes que hacían un examen físico de no sé...un buen rato, diez minutos, y otros que en un minuto hacían el examen, con una palpación abdominal por ejemplo con el paciente parado.

A.B - A mi no me gustó...también eso, en el examen general del pediatra no había camilla, porque la infraestructura del lugar no se...usaban un aula...

G.M-Donde yo estuve usaban una colchoneta...

A.B-Pero por lo menos lo acostaban, a los pacientes nuestros nada, era sentado... ¡Sentado le hacían el examen físico! Era un médico general, recién recibido... no me pareció a mi...me pareció como...como...llenarle una ficha, algo de administración...como hacer un trámite.”

La comparación con un trámite hace pensar en una actividad automática, en la que el funcionario no se involucra demasiado con los intereses o necesidades del solicitante.

Nuestros actores consideran que esta visión está muy alejada de lo que significa para ellos la actividad comunitaria, tanto asistencial como docente. Resulta sumamente llamativa la disociación entre lo que se plantea en el currículum descrito y lo vivido que se expresa en las experiencias de los alumnos. Desde lo institucional, la comunicación grupal no parece ser un interés central en la formación médica. Se percibe al vínculo universidad-comunidad como limitado a una tarea de extensión en el sentido que Paulo Freire da al término, lo cual pensamos que constituye una debilidad en la función social que debiera desarrollarse desde la universidad.

12.4- Acerca de los medios y recursos en la comunicación grupal

Veamos el siguiente diálogo:

“L.O.- ¿Es lo mismo trabajar con un paciente que con un grupo de personas?

A.R.-Nooo

V.A.-Nooo

L.O.- ¿Por qué? ¿Cuál es la diferencia?

V.A.-Porque el grupo de personas es más heterogéneo y es más difícil darse cuenta si uno tiene llegada a todos.”

Y también lo que agrega uno de los docentes entrevistados:

“... en la comunidad hay que...creería que hay que ser más este...la palabra sería un poco más criterioso para lanzar un comentario porque, digamos, en la comunidad pueden haber distintos caracteres, distintas opiniones que pueden llegar a no ser las que el docente trata de comunicar entonces tiene que tratar de dar generalidades de algún tema y diciendo bueno, esto es así pero existe esto, esto y esto, que son las alternativas, lo que está recomendado es esto. Ahora, a mi paciente en particular trato de explicarle lo que está escrito y lo que yo opino, digamos, como que la comunicación es parecida pero no es la misma.” (J.M.O.)

Como primera aproximación a esta cuestión, podríamos señalar que tanto nuestros estudiantes como nuestros docentes médicos plantean que existen diferencias entre la comunicación grupal y la intermedia. Podríamos agregar, además, que como las experiencias de comunicación vividas con la comunidad son menos frecuentes que las desarrolladas con pacientes individuales, se percibe en los estudiantes cierto temor o incertidumbre a la hora de dialogar con el público:

“ He participado en trabajos con la comunidad como parte del cursado de la carrera. La verdad, al principio cuesta mucho, sobre todo siendo estudiante y estando poco preparado. Creo que la gente con la que trabajamos (centros de jubilados, grupos de parroquias, maestros, alumnos de escuelas primarias, etc.) nos ayudaron bastante a superar el miedo a enfrentar a un público

escuchando y participando activamente de las charlas y actividades y luego haciéndonos críticas o devoluciones sobre nuestro desempeño.” (M.P.)

Este hecho supone considerar que también existirán diferencias en las estrategias aplicadas en una y otra forma de comunicación. Nuestros sujetos comentan acerca de los medios y recursos a través de los cuales podría favorecerse el diálogo con la comunidad:

“J.M.D.--Yo creo que en primer lugar no sería la forma de profesor y alumno, o sea, esa distancia que existe entre la persona que habla y lo sabe todo y el chico que escucha y vos le enseñás que tal enfermedad se transmite por tal cosa y así...sino más bien en las experiencias y armar grupos más chiquitos, mucho más pequeños con más gente y la gente se desenvolvería mucho más, contaría experiencias, le serviría mucho también para ellos darse cuenta no que uno les explique, o sea siempre obviamente dar un fundamento, pero que ellos se den cuenta de los problemas o necesidades que hay y bueno, eso para mí debería ser con un grupo chico, sacando eso de profesora grande.

N.S.-Trabajar más como taller

J.M.D.-Exacto, el taller

N.S.-Que sea más en taller y la relación sea a la misma altura, que no está el gran profesor y abajo los alumnos que si hablan...saben que no pueden hablar nada porque no...chau.”

Coincidiendo con esta opinión, otro grupo de alumnos relata los resultados de una experiencia realizada con grupos reducidos. En este caso, se suma lo lúdico, que ocupa un lugar preponderante:

“C.F.-Lo que mejor nos resultó fue trabajar con juegos, tipo taller

V.D.-Y lo del buzón también estuvo bueno.

C.F.-Ah, sí. En un buzón y en forma anónima fueron colocando sus preguntas (porque en temas de salud reproductiva a veces no se animan a preguntar o tienen miedo a las burlas) y después las fuimos sacando y contestando.

V.D.-También jugamos a lo de las verdades y los mitos, con grupos más chicos, donde ellos discutían frases que habíamos llevado para ver si eran ciertas o falsas”

En otro testimonio, un obsequio entregado como recuerdo de la ocasión se emplea como recurso para reforzar los conceptos trabajados y generar empatía con el grupo:

“...dimos una charla de prevención sobre alimentación y salud bucal. (...) Además, les compramos cepillos de dientes y se los regalamos. Era impresionante como sus ojos brillaban, tal vez con poco para nosotros pero mucho para ellos.”(L.S.)

Para las actividades que desarrollan con la comunidad, nuestros entrevistados eligen estrategias que promueven el diálogo y una participación activa de los perceptores, considerándolos sujetos y no objetos de la actividad que se desarrolla. Es interesante destacar, además, cómo se sitúan los alumnos frente a sus interlocutores: al reconocer que los perceptores los ayudan a desenvolverse con mayor soltura en la comunicación, asumen con naturalidad que el trabajo comunitario es una situación de interaprendizaje, provechosa y gratificante para todos. En definitiva, cuestionar el mundo para luego modificarlo juntos, construyendo un saber que a todos libera.

Capítulo 13-Los médicos y la comunicación con sus pares

Como ya hemos señalado en el marco teórico de nuestra investigación, consideramos que la identidad humana se funda en las relaciones con los otros. La formación del médico está signada por relaciones asimétricas (padre-hijo, docente-alumno, médico-paciente) en las que el principal factor de poder es el conocimiento que uno domina y del cual el otro adolece. Cabe preguntarse aquí de qué manera influye esta presencia tan marcada de un modo particular de construir los vínculos a la hora de establecer relaciones entre pares.

Veamos el siguiente diálogo:

“L.O.-Hablando de otra forma de comunicación... ¿Cómo caracterizarían a un médico competente para establecer la comunicación con sus pares?

J.S.-La humildad, por sobre todas las cosas

A.R.-Y el respeto

J.S.-No se puede entender la soberbia con la que algunos médicos tratan a los residentes, por ejemplo...y a los mismos internos.”

Quizá podríamos encontrar una explicación a lo que nuestra entrevistada no puede entender. En el marco teórico de nuestra investigación señalábamos que docentes y alumnos reactualizan en cada experiencia pedagógica maneras de vincularse que se internalizaron en su experiencia vital anterior, y que a su vez, cada experiencia pedagógica se reactualiza en las relaciones que entablan en su vida profesional tanto con los pacientes como con los colegas.

La misma condición humana nos lleva a un permanente aprendizaje de la vida cotidiana. En el caso de los profesionales se suma la necesidad de mantener actualizado el saber científico. Al asumir la vida profesional como un estado de aprendizaje permanente, los médicos tienden a proyectar la asimetría de la relación docente-alumno en vínculos que no guardan dicha relación. Así, aparecen entre colegas muchas de las características del vínculo pedagógico. Podría plantearse entonces que, a semejanza de lo que ocurre en dicho vínculo, la diferencia generacional (dada por la edad y la experiencia) actúa como un factor determinante de distintos tipos de transferencia con los colegas, de modo tal que no resulta sorprendente que algunos médicos de más edad o de mayor antigüedad en un servicio entablen un vínculo autoritario con los colegas más jóvenes o los

infantilicen subestimando sus opiniones al estilo de un padre sobreprotector, tal como se pone de manifiesto en el siguiente diálogo:

“L.O.-En su experiencia de observadores del trato entre pares en los servicios que ustedes han frecuentado... ¿qué pueden contar?

N.S.-Hay muchas cosas...

L.O.- ¿Por ejemplo?

N.S.- Hay muchas cosas...en general lo que se ve de afuera los primeros días es que hay buena relación, pero al transcurrir los días, cuando falta el jefe o falta otro empiezan a verse las falencias y a veces habla uno solo, o sea el jefe, los otros escuchan o lo que dice el de más abajo no tiene tanta importancia como el otro y yo creo que es tan importante lo que habla el residente de primer año como lo que ...(se acaba el cassette y lo damos vuelta para continuar. Retomamos el diálogo)

L.O.-Estábamos hablando de que lo que dice el residente de primer año...

N.S.-Claro, es tan importante como lo que dice el jefe...y a veces lo sigue todo el día el residente de primer año, lo presenta y lo para el jefe y empieza a hablar de la patología que supuestamente él cree que tiene...y bueno, yo creo que todos tendrían que ser escuchados y tomados por igual de importancia, todos.”

O como se afirma en otros testimonios:

“ El médico antes que nada debe ser un buen oyente, tiene que tener capacidad de entendimiento de problemas ajenos y ser respetuoso, sin subestimar a su par.” (N.M.)

“ ... yo creo que debe saber escuchar tanto a sus pares como a sus pacientes para establecer una buena comunicación.” (G.M.)

“ Que tenga capacidad para escuchar, respetar distintas opiniones y tenerlas en cuenta, nunca colocarse por encima de los demás, confiar en los demás, defender, sin ofender, sus entornos y experiencias, flexibilidad, buena comunicación con sus pares.” (M.C.)

En algunos casos, nuestros entrevistados perciben incluso que el sólo hecho de graduarse otorga a los noveles médicos el poder de marcar esta asimetría frente a sus ex-compañeros:

“A.R.-Incluso pasa entre los que fueron nuestros compañeros y nosotros. En cirugía sobre todo. Mientras estábamos en la facultad todo bien, se reciben y después te ven en el hospital cuando son residentes y te dan vuelta la cara.

C.F.-Los mismos que se encontraban con vos en un pasillo y te saludaban ahora ni te miran.

J.S.-Como si un examen hiciera tanta diferencia.”

En otros, en cambio, como señala Allidière (2004) la cercanía de edad hace que los miembros de una misma generación establezcan alianzas:

“De todos modos no pasa con todos. Hay residentes que son divinos, que te ven y te dicen: “a mí me pasó primero” y te invitan a participar.” (V.A.)

La reafirmación de los baluartes narcisistas es otro de los rasgos que se ponen de manifiesto en la relación entre colegas. Por las características de su formación, los médicos consideran al conocimiento la herramienta de poder fundamental en la práctica profesional, ya sea asistencial o docente. A semejanza de lo que sucede entre docentes y alumnos, el médico podrá pretender ocupar un lugar omnisapiente frente a sus colegas u optará por una relación laboral en la que todos tengan una participación más activa.

Como afirman nuestros estudiantes entrevistados:

“A.B.-También saber pedir ayuda, porque hay médicos que no se...por ahí por una cuestión de querer sabérselas todas, omnipotencia o que pedir interconsulta a otra disciplina es no saber un tema, no lo hacen por algo así...que por ahí ser...

J.M.D.-Humilde

A.B.-Ser humilde

J.M.D.-Y reconocer las limitaciones de cada uno

A.B.-Hasta aquí llega mi conocimiento y desde aquí para allá encargate vos y ayudame y hagamos un trabajo en conjunto por el bien del paciente.”

Siendo el conocimiento la herramienta de poder que esgrimen los médicos, no resulta sorprendente observar que en algunas situaciones los profesionales de distintas especialidades o ámbitos “compiten” tratando de que la visión que cada

uno tiene del paciente prevalezca, generándose dificultades a la hora de trabajar en equipo, aún cuando en esta competencia exista el riesgo de perjudicar al paciente:

“También pasa entre los médicos de los hospitales y los centros de salud. Unos hablan mal de los otros.” (V.D)

“Quizá no se ve tanto dentro de la misma especialidad como entre médicos de distintas especialidades...por ejemplo, una vez un médico clínico le pidió una interconsulta a un cirujano. El cirujano le dio una explicación así por encima y cuando se iba se acercó a mi y me dijo: igual no va a entender nada, es un clínico.” (C.F.)

Esta tendencia narcisista que sobrevalora al profesional respecto de sus colegas podría llegar a disminuir el coeficiente de comunicabilidad con consecuencias negativas para los pacientes, tal como se puede inferir de los siguientes testimonios:

“Yo creo que lo más importante a la hora de comunicarse con otro profesional es transmitir de la forma más objetiva posible la información que uno recabó. O sea que lo que yo vi, entendí o encontré sea lo mismo que yo estoy transmitiendo al otro paciente y que sea claro...al otro, al otro profesional y que sea claro...y que no se pierdan detalles en la transmisión de información, porque el único perjudicado es el paciente...transmitir en la forma más objetiva y completa posible porque si no pasan cosas que no están buenas.” (G.M.)

“Quizá lo que puedo decir por experiencia del centro de salud, más que nada, que hay pacientes que son seguidos por un médico mucho tiempo y el médico un día, por situaciones...decide internarlo o decide operarlo y la vuelta de ese paciente muy pocas veces, muy raramente viene una nota del médico que lo trató explicando qué se le hizo, qué le encontraron, por qué se le hizo, por qué lo operaron hacia el médico que lo seguía...por ahí el médico cirujano o lo que sea del hospital no tiene en cuenta que el paciente no lo va a seguir él, lo va a seguir otro médico y no veo esa comunicación de informar todo por escrito, bien prolijo...bien prolijo”(J.M.D.)

“...la dificultad es que a veces hay ciertos tipos de...presiones por parte del médico que me pide la consulta, o por dar un alta o por hacer tal tipo de tratamiento, o porque ya habló con el paciente y le dijo otra cosa y yo llego y estoy diciendo algo diferente... un poco como que a veces noto que puede haber un poco de resistencia...y a veces también hay cuestiones de personalidad...y no hay “feeling” entre dos colegas. Entonces no me piden la interconsulta o me la piden por una cuestión legal, etcétera, pero no porque haya la...no porque tengan la necesidad...muchas veces perdemos el objetivo que es el enfermo...entonces yo trato de discutir con el médico que me pide la interconsulta pero no porque yo crea que tengo más razón que él, sino porque...y eso se pierde, hay un enfermo en el medio...entonces me parece que eso no está muy claro...en ningún lado.” (J.M.O.)

“...podría referir el egoísmo de la práctica profesional, vamos a decirlo duramente, por miedo a “perder” un paciente, hace que uno no le pida interconsulta, lo cual es terrible, porque lo habitual es que el diálogo exista y los pacientes no se pierdan sino que compartan distintas atenciones y en su momento dado cuál va a ser el profesional que deberá prestarle sus servicios. Es muy importante que si un colega te hace una consulta, por ejemplo por escrito, uno tenga la amabilidad de respondérsela por escrito para expresarle la opinión y en el momento actual también puede ser vía mail o telefónica.” (M.E.E.)

Más aún, en algunos casos pareciera que el reconocimiento por parte de los colegas resulta ser para el médico una forma de legitimación social aún más importante que el aprecio de los pacientes, de ahí que se establezca una competencia por los puestos de poder dentro de los servicios, como se percibe en el siguiente diálogo:

“L.O.-¿Hay competencia entre los servicios?

G.M.-Entre los servicios, sí y dentro de los servicios también, siempre.

(Hablan todos juntos)

A.B-Dentro del servicio... (ademán con las manos) **¡Uf!**

G.M.-Más adentro que afuera.

P.G. (superpuesto con G. M., A.W. y N.S. que intervienen asintiendo) **-Más adentro que afuera.”**

En algunas situaciones estos juegos entre colegas acaban por generar alianzas en las que el objetivo deja de ser el cuidado del paciente para pasar a ser la crítica feroz al colega que se visualiza como un rival en la disputa por un espacio de poder:

“Una debilidad (en la relación entre colegas) es la crítica a la otra persona, generalmente sin estar el otro presente y no de frente, porque si estuviera el otro de frente se le puede perfectamente con respeto, por separado...no se puede criticar cuando uno no ha estado en esa situación. De por sí hablar mal de otra persona, para mí, no está bien, trato de nunca hacerlo, aparte es una creencia, y lo sé, que el único que juzga es Dios. Uno no debería hablar, juzgar al otro sin saber qué situación han vivido. Eso genera digamos, como diversidad en las relaciones entre las personas, y a la vez como crea agrupamientos de dos o tres o pequeños grupos que se ponen en contra de otras personas y a mí me pasa que a veces al no tener discordia con las personas estoy como en el medio, porque ni en un grupo ni en el otro. Yo no estoy a favor de una persona ni a favor de la otra.”(M.S.C.)

Capítulo 14-Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje

Como primera aproximación a este tema podríamos sugerir que enseñamos lo que pensamos que puede ser aprendido y lo que creemos que tiene sentido aprender. Si consideramos a las competencias como construcciones complejas que integran aptitudes personales con conocimientos tanto conceptuales como procedimentales y actitudinales, no cabría ninguna duda de que en la formación médica el aprendizaje de la comunicación está lleno de sentido y no solamente puede, sino que debe enseñarse.

En los siguientes apartados de nuestro trabajo indagaremos, en primer lugar, si nuestros alumnos y docentes consideran que las habilidades para la comunicación se pueden aprender. En caso afirmativo, estudiaremos cómo piensan que podrían enseñarse-aprenderse dichas habilidades y cuáles serían los ambientes propicios para promover y acompañar estos aprendizajes.

14.1- ¿Innato o aprendido?

«*Quod natura non dat, Salmantica non præstat*», dice el lema de la prestigiosa universidad. En los siguientes testimonios veremos cómo significan nuestros entrevistados el aprendizaje de la habilidad para la comunicación:

“L.O.-La habilidad para comunicarse... ¿es una condición innata o se aprende?

(Silencio en el grupo...se miran entre ellos, como viendo a quién pasarle el grabador para que comience)

N.S- Yo creo que fundamentalmente se aprende, pero que hay también una realidad, que hay gente para la que es mucho más fácil expresarse que otra y es fundamental que aquel a quien le cuesta expresarse, bueno, que sume actividades para que lo haga de manera mejor, pero sí, es una habilidad mayoritariamente que se aprende.

P.G.-Yo creo que hay una base siempre en cada persona de la cual depende, de la cual... con la cual se puede trabajar, se puede llegar a más o a menos en el caso de otras personas, pero en la que siempre se puede lograr un nivel bastante bueno de comunicación. Hay personas más comunicativas y otras menos comunicativas, y otras a las que les cuesta más hablar o menos hablar...algunas a las que ni siquiera hace falta decirles hola que ya están hablando y comunicándose.

A.W.- En base a eso yo creo que la experiencia nuestra, lo que vamos a hacer el día de mañana, que vamos a tener que hacer consejería y comunicar muchas cosas, yo creo que la comunicación si bien es innata en algunas personas, tienen más facilidad por ahí para entablar una relación con otras, yo creo que también el aprender a comunicarse, el aprender a estar seguro de lo que se dice, o sea tener la seguridad, porque eso también es lo que va a buscar el día de mañana un paciente mío, que si bien yo le comunique lo que le está pasando, lo haga con certeza y seguridad, para brindarle también seguridad a esa persona. Yo creo que eso también se aprende en el día a día, saber qué comunicás, cuándo comunicás

A.B.-Y cómo (risas)

A.W.-Y cómo comunicás, porque si bien está bueno que las personas sepan, también está bueno tener cuidado a veces, o sea, no solamente comunicar por comunicar, sino ser inteligente, precavido en lo que se dice.

A.B.-Sí, es lo que dicen los chicos, para mí depende de las dos cosas, algo innato y también depende de la personalidad...hay una base, hay una personalidad...hay personas que son más extrovertidas y les cuesta menos y por ahí personas más introvertidas, por ahí nada...se comunican de otra manera, no con palabras. Y bueno...pero bueno, como dice N., si uno detecta que hay una imposibilidad o que hay un obstáculo en lo que es la comunicación, practicarlo y enfrentar esas situaciones para que nada, para que cueste cada vez menos.”

Si como ellos consideran, la competencia comunicacional se enseña y se aprende, sería lógico pensar en la importancia de que existieran espacios curriculares donde se trabajaran específicamente las habilidades que permiten alcanzarla. Veamos los comentarios que realizan nuestros entrevistados:

“L.O.- O sea que les parece bien que en algún lugar de la currícula de la carrera, de alguna manera, los docentes busquemos la manera de que podamos construir modos mejores de trabajar la comunicación.

J.M.D-Mejoraríamos la relación, la confianza nuestra, o sea...

L.O.-Tal cual, de eso se trata-

P.G.-Tener una base de comunicación estaría bueno, porque cursos de comunicación no hay ninguno en toda la carrera, se podría llegar a incluir en relación médico-paciente, pero no hay... aunque hubo algo en el curso de transplantes, que fue uno de los optativos para este año, que es comunicación al paciente de malas noticias. Eso en realidad no se ve en la carrera en sí...

N.S.- No, no aparece

G.M.- Obviamente, pero yo creo que... igual

A.B.- (tajante)-No se ve. De ninguna manera

J.M.D-Nosotros no podemos...

G.M.-Mal que mal, estamos en contacto con los pacientes desde primer año, y yo, por lo menos en mi caso, sentí una...una mejora...en primer año no sabía ni cómo acercarme a hablar con una persona, y ahora más o menos lo tomo como algo cotidiano.

N.S.-Obviamente está buenísimo eso de empezar pronto a tener contacto.”

Los alumnos se refieren al cursado de la asignatura “relación médico-paciente” como el único espacio estructurado dentro del currículum prescripto para el aprendizaje de lo comunicacional. Sin embargo, aunque lo rescatan como una experiencia positiva, pareciera no ser suficiente. Entonces, ¿Cómo aprenden nuestros alumnos las habilidades que llevan a la competencia comunicacional? Indagaremos sobre esta cuestión en el próximo apartado.

14.2- Los “casi médicos” y sus prácticas de aprendizaje de la comunicación

Pedimos a nuestros entrevistados que nos comentaran acerca de las experiencias que, a su juicio habían realizado aportes al logro de su propia competencia comunicacional.

“Bueno, dentro de la carrera lo que más nos ha ayudado es empezar a tener pacientes desde primer año, verlos desde el principio, hablar con ellos, hacerles las historias clínicas...al principio no es tan orientado al problema que tienen sino más generalizado...” (P.G.)

“...ver qué le pasa (al paciente), cómo se siente, el primer día, que todavía no entendés nada de Medicina, vas a preguntarle cómo está, que le pasa por la cabeza en ese momento.”(G.M.)

“El entrenamiento con los pacientes, hacerlo una y otra vez hasta vencer el miedo o la vergüenza”. (M.P.)

“La mejor forma de aprendizaje es a través del ejemplo.” (N.M.)

“En general, las actividades de práctica con pacientes durante toda la carrera y sobre todo en el ciclo clínico” (G.T.)

“Los tutoriales, el hospital, las guardias, relación médico-paciente.”(M.L.)

“El trabajo en equipos y el contacto temprano con los pacientes” (M.M.)

“Toda experiencia con un paciente sirve para afianzar la competencia comunicacional. Mientras más pacientes veamos, mejor comunicación. Hay alumnos tipo “10” que no han realizado guardias o que no han visto muchos pacientes y por más que ellos sean brillantes no tienen buena comunicación con los pacientes.” (L.C.)

“Cada práctica con pacientes fue favorable para mi experiencia en comunicación, ya que, habiendo o no tenido éxito con el paciente, aprendí. La práctica hace al médico.”(B.C.)

Nuestros alumnos consideran que su aprendizaje de la comunicación se ha logrado a través de la práctica: dialogando con los pacientes, trabajando en equipo con sus compañeros, compartiendo las tareas de sus docentes. Si para todo ser humano el aprendizaje de la comunicación se construye a través de los vínculos que establece en su vida cotidiana, la comunicación en la profesión médica no se concibe de otra forma que a través de la relación con los sujetos de la práctica que se convierte en parte esencial de su cotidianeidad. Como una de nuestras entrevistadas afirma sin rodeos:

“L.O-Entonces, ustedes consideran que aprendemos a comunicarnos fundamentalmente en el trabajo con los pacientes.

A.R.-Si”

14.3-Los docentes-médicos y su aprendizaje de la comunicación

En el caso de los docentes médicos que entrevistamos, no existieron espacios curriculares dedicados a la comunicación en su carrera de grado, motivo por el cual decidimos indagar cómo había sido su experiencia de aprendizaje de la comunicación durante su formación universitaria. Así, uno de nuestros actores señala:

“M.S.C.-Yo creo que fue más que nada tomando ejemplos de cómo veía que se comportaban los docentes con los pacientes cuando nos enseñaban, en la parte práctica, por ejemplo. Ha cambiado el plan de cómo era anteriormente, pero cuando teníamos en clínica médica o cirugía, no es que ellos nos dieran específicamente ítems o enseñanza de cómo tenía que ser, era viéndolos con el ejemplo, cómo se comportaban con respecto a los pacientes.

L.O.-O sea que era más bien como de vivencias

M.S.C.-De vivencias, de experiencias. Exactamente.”

Y en otro momento de la entrevista destaca:

“Me acuerdo en la facultad, alguno de mis profesores, que me enseñaba que no eran un número en la cama, sino cómo se llamaban, de dónde venían, cuál era el entorno, por qué estaban ahí, explicarnos algo más de lo que es meramente académico o de conocimientos...ver todo el entorno cultural del paciente y también dedicarse a expresarse en cuanto a la comunicación con el paciente con un lenguaje que fuera comprendido por el paciente.”(M.S.C.)

Otro de los entrevistados señala:

“Mi experiencia fue práctica, es decir, observar a los docentes que tenía al lado. Nosotros en mi carrera cursábamos desde las clínicas que se empezaban a cursar en cuarto año y nuestra carrera eran seis años más el internado, de modo que aprendí mirando a mis profesores, a mis docentes.”(M.E.E.)

Y agrega:

“En cirugía puedo decir que el Dr. B. tenía la característica de frialdad de un cirujano, sin embargo como alumna aprendí mucho de él, porque sus clases siempre hacían referencia a casos clínicos reales, que uno los podía tomar como una realidad que él acababa de vivir en la guardia o en su consultorio externo. De modo que escuchar cuando el médico te cuenta anécdotas o experiencias que él vive en su práctica, creo que al alumno le sirve de mucho.” (M.E.E.)

En uno de los testimonios se relata una experiencia de aprendizaje para la comunicación en la docencia:

“J.M.O.-Y la experiencia...yo inicié mi actividad como docente-alumno en la cátedra de Farmacología bueno en realidad yo tengo una personalidad de mucha sociabilidad, probablemente eso me lleva a que la comunicación sea más sencilla, más fácil, me apasiona comunicarme y no me fue para nada difícil , mis primeras experiencias fueron muy buenas, al principio hubo stress, el estar enfrente de mis colegas para comentar algún paciente y después enfrente de mis alumnos para presentarles algún caso, alguna charla

y después, bueno después fue ... ahora estoy en dos universidades , en tres áreas diferentes, doy cerca de cuatro a cinco teóricos anuales, estoy en el área de Infectología dando un teórico cada dos semanas y eso un poco como que me gusta, me entrena...me gusta el desafío de enfrentarme con el alumno y con mis colegas.

L.O.-¿Percibió cuando era estudiante que había una preocupación por enseñar comunicación o que era algo que se hacía simplemente como una cuestión vivencial, por ósmosis?

J.M.O.-Exactamente, creo que había una cuestión vivencial, no, no había digamos, nadie que se preocupara por ver cómo era el aspecto comunicacional del docente, no, pero mi experiencia como alumno, data de otros años, digamos, entonces había otra historia social y cultural de la que hay ahora, creo que para mejor los alumnos hoy en día tienen mucha más participación para con el docente, y que se pierde ese miedo al docente, al doctor, al...y bueno, creo que se han acercado ambas partes y...creo que eso viene mejor.”

Resulta interesante reflexionar sobre el modo en que estos docentes médicos desarrollaron su habilidad para comunicar. Alguno de ellos hace mención a una condición personal que le facilita la comunicación. Escapa a los objetivos de este trabajo intentar establecer cuáles fueron los aportes de lo innato o lo adquirido en el contexto a la habilidad para la comunicación que estos sujetos presentaban antes de su paso por la Universidad, pero interesa a nuestra investigación que los tres entrevistados reconocen como fuente primordial de aprendizaje a lo vivido en ella, al conocimiento que construyeron observando y trabajando con sus docentes. Podríamos inclusive sugerir que existió una mediación pedagógica por parte de algunos docentes que compartieron experiencias de comunicación con sus alumnos promoviendo y acompañando sus aprendizajes, al tiempo que interaprendiendo con ellos.

En cuanto a la docencia, tampoco existieron espacios determinados para la formación pedagógica de estos docentes. Construyeron el vínculo pedagógico con sus alumnos a través del hacer, por ensayo y error, a semejanza de los que habían construido con sus maestros.

Nuestra percepción es que, pese al paso del tiempo, no existe demasiada diferencia en la forma de aprender lo comunicacional, que es, como el de la vida cotidiana, eminentemente vivencial.

14.4-Los docentes- médicos frente a sus futuros colegas

Para saber cómo ven desde lo comunicacional los docentes- médicos a estos estudiantes próximos a graduarse, les pedimos que señalaran las fortalezas y debilidades que ven en su forma de establecer la comunicación.

Como fortaleza, uno de los docentes entrevistados señala la ventaja que es para los alumnos estar naturalmente integrados a la sociedad de la información:

“Son más libres de pensamiento que hace algunos años, entonces, como la sociedad ha cambiado, en el aspecto de que tienen más información, más acceso al mundo a través de internet, eso hace que tengan ... más posibilidades de comunicarse ...no tienen tanto el miedo al paciente...”
(J.M.O.)

Sin embargo, más adelante señala que esta situación tiene elementos a favor y en contra, como si la sociedad que intenta moverse al compás del avance tecnológico hubiera sacrificado algunos elementos imprescindibles para sostener el vínculo con los pacientes:

“muchas veces no saben separar lo que es el respeto que hay que demostrar a un paciente del no respeto, que sería un poco a favor y en contra, y la contra, eso, que muchas veces se ha perdido un poquito la educación, un poquito el saludo, un poquito esperar a que el paciente hable, el tiempo, es todo muy rápido...vamos, sí, el interrogatorio dura cinco minutos, el examen físico dura tres, entonces, eso va en contra del enfermo, y creo que ellos también con esto no alcanzan a formarse mejor, probablemente me esté equivocando.” (J.M.O.)

En forma casi unánime destacan como debilidad cierta inhibición que presentan al comienzo para el encuentro comunicacional con el paciente:

“Lo que se suele ver al principio en los alumnos es cierta inhibición, como pudor, para llegar al paciente” (M.E.E.)

“...no en todos, pero en algunos de los alumnos...temor a preguntar, temor a comunicarse” (M.S.C.)

También observan dificultades en adaptar el lenguaje académico al protodisciplinar:

“...algunos tienen...es como que hacen el tema de iniciar la comunicación muy académico, de ver, bueno...yo soy el médico, cómo le va, como una frialdad... en preguntas cortas...de la forma en que lo preguntan ...y...como que nada más tienen que preguntar lo que está establecido preguntar.”(M.S.C.)

Sin embargo, consideran que la experiencia práctica es capaz de fortalecer estas debilidades:

“...y también lo que les falta, que por supuesto es una cuestión de tiempo y de experiencia, de años, no es que no lo tengan porque sí, después lo van aprendiendo con el tiempo, qué otras cosas pueden surgir fuera de lo que específicamente está establecido, sino otras preguntas que se les ocurran por sentido común y por utilizar el razonamiento” (M.S.C.)

“Todo es cuestión de práctica, y a más práctica, lo ideal sería que vaya mejorando la comunicación.”(M.E.E.)

14.5- Los docentes-médicos y sus estrategias de enseñanza de la comunicación

¿Cómo enseñan comunicación estos docentes -médicos que se formaron como comunicadores solamente a partir de experiencias vividas? Para responder a esta cuestión, preguntamos en primer lugar cuáles eran las estrategias que utilizaban para trabajar lo comunicacional con los alumnos y, en segundo lugar, qué sugerencias harían para mejorar la calidad de enseñanza de lo comunicacional.

Uno de los entrevistados que trabaja con los alumnos al final del ciclo básico y en la P.F.O. considera fundamental la realización de actividad práctica y señala matices que sería importante tener en cuenta en cada etapa de la formación:

“M.E.E.-Todo es cuestión de práctica, y a más práctica, lo ideal sería que vaya mejorando la comunicación. Lo que se suele ver al principio en los alumnos es cierta inhibición, como pudor, para llegar al paciente, pero mi práctica cambia con los alumnos de 3º y con los alumnos de 6º, que son los dos ambientes que frecuento con los alumnos. El alumno de 3º, al no tener muchos conocimientos encabeza su entrevista enfocado a lo personal y social del paciente y no sabe indagar aspectos de los síntomas y signos diagnósticos, lo cual se va reforzando en el ciclo clínico y lo ideal es que en sexto año esa comunicación, sin dejar de lado los aspectos humanitarios como son respeto, empatía, confidencialidad en la entrevista se remarque...también...sea una entrevista verdaderamente médica con fines de lograr un diagnóstico y un tratamiento, eso es lo que yo percibo en el cursado de la carrera. Lo que suele ocurrir es que el alumno de PFO que es 6º año, a veces...no tiene la suficiente habilidad de una buena entrevista por falta de práctica, o sea que mi mensaje sería intensificar las prácticas con pacientes reales

L.O.-O sea que el aprendizaje para vos tiene que ver más con la vivencia y con la experiencia

M.E.E- Si, para mí sí, y por eso hay que estimularlo”

En otros testimonios, además de la elección de la actividad práctica como estrategia de enseñanza, aparece también la proyección del vínculo pedagógico con el docente sobre la construcción del vínculo con los pacientes:

“ J.M.O.-Yo no tengo una estrategia...yo no tengo formación educacional técnica ...como no tengo esa formación he ido adaptándome al alumno, digamos... sé que no debería serlo, pero en general tengo una percepción de ver cómo está el grupo, eh...quizá es personal y nada avalado...conforme a eso voy viendo...me gusta mucho la interacción del alumno, entonces yo digo bueno...vamos a ver tal tipo de aislamientos en una terapia...entonces les presento un enfermo...después ese enfermo yo lo complico y hago que ellos participen en la decisión de antibiótico, aislamiento, etc. Entonces un poco ahí...permanentemente la interacción...entonces siempre les digo lo mismo, si yo hablo y les doy una clase y ustedes me escuchan lo más probable es que yo pierda tiempo y ustedes no aprendan nada, entonces les hago al revés: les presento un enfermo, les doy un caso, nos vamos a ver un paciente

y hago mucho lo de la interacción”, no...o sí, o agarro un papel y lo dejo por escrito y bueno, 90%...en un papel cualquiera y 90% de mis alumnos se llevan el papel, que es un garabato y que hago flechas, y pongo y explico y...¿Doctor me puedo llevar el papel?...que es bastante desprolijo y se lo llevan entonces...

L.O.-Y hablando de enseñar lo comunicacional... ¿los lleva usted con los pacientes para trabajar con ellos?

J.M.O.-Y bueno, en el aspecto comunicacional, bueno les hago yo...bueno como es nuestro algoritmo de trabajo...ellos ven el paciente, yo les evalúo como hacen el examen físico, el interrogatorio y ellos me cuentan un paciente y después cuando está todo lo que me cuentan, yo expreso qué es lo que tiene y ahí hago lo comunicacional: bueno, tiene una infección de prótesis... ¿por qué existe la infección de prótesis...ustedes por qué creen? Entonces bueno, hablamos de clasificación y ahí hablamos un poco de lo técnico.”

O bien, como uno de los entrevistados señala:

“Por ejemplo, en las clases, la primera clase, de presentarme con los alumnos, y que cada uno se exprese, su nombre, etc. y yo también, que después de la pregunta mía de su nombre, su edad, qué es lo que hace aparte de estudiar, que otra cosa hace aparte de estar en el ámbito del hospital. Surgen muchas cosas, o trabajo, otras actividades que hacen que llevan a poder comunicarse .Eso me da como una pauta para establecer relación y decirles que eso mismo se puede traducir en el paciente.” (M.S.C)

En el caso de uno de los docentes entrevistados, se revela su formación en docencia universitaria cuando aplica la mediación pedagógica con toda la cultura en la enseñanza de la relación médico-paciente:

“... también les digo...no es que les obligue pero les aconsejo de ver películas. Hay una película muy buena, de un médico italiano, antigua es la película, que se llama Amor que cura, no sé si la has visto... maravillosa, toda sobre la pasión del médico por la Medicina, pero por el paciente, interesándose por el paciente. También aunque está muy trillado sería la de Patch Adams, de cómo se relaciona el médico con el paciente, tal vez porque lo veo muy parecido a mi esposo, cómo es con los pacientes (M.M. cirujano infantil) y que por eso que él es cirujano y clínico, no parece que fuera sólo un

cirujano porque todo el tiempo hasta a veces sus propios compañeros lo tildan de que no tiene que ser tan así, bueno...hay que luchar contra eso, hay que seguir.” (M.S.C.)

En otro caso, compartir ejemplos de la experiencia personal también resulta un recurso valioso:

“Escuchar cuando el médico te cuenta anécdotas o experiencias que él vive en su práctica, creo que al alumno le sirve de mucho.” (M.E.E.)

En otro testimonio aparece el recurso de realizar un esquema en un papel, de modo semejante a los “dibujitos” que los estudiantes les ven realizar para los pacientes:

“ a veces agarro un papel y lo dejo por escrito ...en un papel cualquiera y el 90% de mis alumnos se llevan el papel, que es un garabato y que hago flechas, y pongo y explico y...¿Doctor me puedo llevar el papel?...que es bastante desprolijo y se lo llevan entonces...” (J.M.O.)

En cuanto a las sugerencias, uno de los docentes considera importante complementar la práctica con una mejor formación teórica:

“Bien, el consejo creo que es que para que ellos logren una mejor comunicación ellos tienen que tener más instrucción. Si uno no tiene de base una buena instrucción técnica es difícil poder comunicarse después y un poco tratar de ver que, digamos, no todos tienen la misma capacidad para captar lo que dice el docente, creo que podrían haber cursos o que deberían haber digamos, talleres para enseñar a comunicar, es algo muy difícil porque es muy, digamos, hay muchos aspectos personales en eso, decirle bueno, yo necesito que vos te comuniqués así y hay personas que tienen una personalidad no comunicacional, se van a dedicar a la Medicina, a hacer partes de la Medicina donde no necesitan comunicarse; hay miles de ejemplos, no puedo nombrar a ninguna especialidad ,pero hay muchas como la nuestra, que es muy de Medicina Interna que requiere la comunicación, como en el área de la rehabilitación, los kinesiólogos requieren la comunicación permanente para que el paciente colabore ,y en el área Obstétrica requiere mucho la comunicación para que la...bueno, creo que no hay tips para decir haría esto, debería pensarlo quizá para ver...pero sí, deben

haber, creo que deben haber talleres porque en general falta eso, están todos muy apurados, digamos, entonces no hay comunicación adecuada ni en tiempo ni en forma.” (J.M.O.)

Otro señala la importancia de que los docentes realicen una evaluación continua de sus alumnos y los aconsejen cuando interactúan con los pacientes:

“De hecho se los doy cuando se enfrentan, cuando toman contacto con la paciente, preguntarle por supuesto primero el nombre y mirarla, cosas que son básicas, como mirarla a los ojos cuando se le pregunta, escucharla ATENTAMENTE Y CON PACIENCIA , esperar a que termine de hablar, si algo no se comprendió, volver a preguntárselo de la forma o hasta que se perciba que ella lo ha entendido...ir captando mientras uno escucha también en la paciente cuál es su nivel de lenguaje o comprensión del lenguaje que uno tendrá que adecuar para que la comunicación sea entendible, el respeto, por supuesto...acercarse y tener...digamos, tener en cuenta cada cosa que se les va preguntando...hacerla de manera amena, la comunicación, no en cuanto a ser secos...que sea y darle la explicación correctamente, y si pregunta algo, darle al menos una devolución de lo que está preguntando, para que ellos perciban que es importante. Por ejemplo una paciente que haya tenido una hipertensión inducida por el embarazo, esto: Usted señora, que ingresó por presión alta, ¿Es de ahora, o antes también le ha pasado? Le preguntamos porque es muy importante, porque es distinto el tratamiento...entonces la señora empieza a recordar y a dar más importancia a lo que uno le pregunta...eso es.” (M.S.C.)

Y en otro testimonio se agrega la autoevaluación y la evaluación por los pares:

“Podríamos reforzar la autoobservación y la observación por pares y por docentes. Si...yo hago una entrevista y alguien me dice “estuviste bien” en esto y me corrige en los aspectos en los que le parece que me equivoqué, probablemente eso me sirva como un feedback para mejorar mis futuras entrevistas. ¿Cómo podríamos estimularlo? Y a veces el mini-cex ayuda en cuanto a que sólo el docente mira al alumno, pero a veces podríamos hacer que un alumno compañero del que está haciendo la entrevista pueda darle, se me ocurre, una observación, lo que sería una especie de co-evaluación entre pares. Y la autoevaluación sería la posibilidad de que el alumno se viera a sí

mismo haciéndolo a través de una filmación...suele ser una estrategia que ayuda, con las limitaciones que significa, porque no siempre...siempre el paciente te tiene que dar un consentimiento informado para que sea filmado.”
(M.E.E.)

14.6-Significados de la comunicación y ambientes de aprendizaje

14.6.1-La proyección de la tensión ciclo básico-ciclo clínico en la enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicacional

La tensión ciclo básico–ciclo clínico es histórica en las carreras de Medicina. La práctica en los centros asistenciales coloca al alumno en un ambiente diferente del campus académico. Definitivamente no es lo mismo estudiar un caso clínico en un tutorial dentro del aula que situarse frente al ser humano que padece una enfermedad y a su entorno. Lo comunicacional es uno de los aspectos en que la diferencia se hace más notable. Por tal motivo, en los últimos quince años los planes de estudio de las carreras de Medicina generaron espacios curriculares tendientes a promover en forma precoz el encuentro entre estudiantes y pacientes en las instituciones asistenciales. En la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo esos espacios curriculares están representados por cuatro cursos denominados “Relación médico-paciente” desarrollados en los cuatro primeros años de la carrera. Para nuestro trabajo, indagamos sobre las diferencias que los alumnos encontraban entre lo aprendido en estos cursados y lo vivido en los cursos del ciclo clínico en materia de comunicación. Veamos las respuestas de nuestros entrevistados:

“Yo creo que la práctica en los hospitales te enfrenta a situaciones que antes a lo mejor ni sospechás y hay que pensar en cómo resolverlas (...) En el cursado también vamos a trabajar con pacientes, pero no es lo mismo lo que puede hacer en la entrevista un estudiante de primer año que de sexto ¿Qué le podemos contestar en primer año a un paciente que nos hace una pregunta?” (V.A.)

“En RMP a uno le enseñan a ser médico y persona ideal, pero a lo largo de los años uno se va dando cuenta de que la realidad es otra, que hay buenos y malos médicos, buenos médicos y malas personas y al revés. Lo mejor es sacar de cada uno lo mejor de acuerdo a nuestros valores y prioridades.” (N.M.)

“En realidad en mi experiencia, relación médico-paciente sería lo teórico que se ve y lleva a la práctica en la PFO. Las diferencias son adaptativas de acuerdo a la situación y al paciente.” (M.M.)

“Más que diferencias o semejanzas a destacar, creo que son complementarios. Durante el ciclo básico se nos da la base y durante el cursado aplicamos lo aprendido y se corrigen los errores” (M.P.)

“En la PFO creo que pudimos ver de cerca la importancia de una buena relación médico-paciente, aunque no en todos los servicios ni todos los profesionales desarrollan la misma relación con los pacientes. Hay tanto ejemplos positivos como negativos.” (G.T.)

“En RMP, la forma de preguntar es más amplia, debido a los escasos conocimientos. En el ciclo clínico, después de tres años y mucha práctica, lograr dirigir nuestras preguntas hacia donde consideramos importante y de mayor interés (...) En RMP no iniciábamos la anamnesis, sino que acompañábamos a los doctores y escuchábamos cómo ellos la realizaban. En el ciclo clínico ganamos confianza para hablar con el paciente y explicarle cuál es su condición (...) En cuanto a las semejanzas, desde iniciado el 1er año acudimos a los hospitales, tenemos contacto con los pacientes y participamos de su evolución. En el ciclo clínico continuamos incorporando conocimientos, afinando nuestras capacidades.”(M.C.)

En cuanto a los docentes, uno de ellos señala diferencias en la entrevista médica del ciclo básico y el ciclo clínico:

“El alumno de 3º, al no tener muchos conocimientos encabeza su entrevista enfocado a lo personal y social del paciente y no sabe indagar aspectos de los síntomas y signos diagnósticos, lo cual se va reforzando en el ciclo clínico y lo ideal es que en sexto año esa comunicación, sin dejar de lado los

aspectos humanitarios como son respeto, empatía, confidencialidad en la entrevista se remarque...también...sea una entrevista verdaderamente médica con fines de lograr un diagnóstico y un tratamiento, eso es lo que yo percibo en el cursado de la carrera.” (M.E.E.)

Hasta aquí, los testimonios parecen dar cuenta de diferencias de forma: en el ciclo básico los alumnos tienen menos conocimientos conceptuales y la entrevista apunta más a indagar aspectos psicosociales, mientras que en el ciclo clínico el interrogatorio se orienta más al diagnóstico de la patología. En el ciclo básico existen espacios cuyo objetivo apunta específicamente a la relación médico-paciente trabajándola en condiciones controladas, haciendo hincapié en la entrevista médica independiente de los factores distractores que aparecen en el mundo real, mientras que en la PFO el estudiante se encuentra presionado por los factores que intervienen en la práctica cotidiana de la profesión (excesiva demanda y poco tiempo, la exigencia de arribar a un diagnóstico, el razonamiento clínico absolutamente necesario para arribar a un manejo correcto de la patología) con lo cual la comunicación con el paciente pareciera ser un objetivo educacional secundario en esta etapa.

Aunque se desarrollan en un espacio físico similar (el centro asistencial), los ambientes de aprendizaje son diferentes: los cursados de relación médico-paciente se parecen más a un laboratorio en el que el alumno realiza su experiencia de comunicación con el paciente en condiciones ideales, mientras que en la PFO se enfrenta a la exigencia de mantener un alto coeficiente de comunicabilidad con pacientes que muchas veces presentan patologías en fase aguda o de urgencia.

La tensión se plantea cuando los estudiantes perciben que la dificultad que se les presenta para mantener la comunicabilidad con sus pacientes en la PFO la viven también sus docentes y por lo tanto los acompañará durante toda su práctica. Algunos de nuestros actores no se limitan a señalar hechos que les son ajenos, más bien dejan entrever su preocupación por la posibilidad de que, andando el tiempo, puedan caer en lo mismo que hoy cuestionan:

“En relación médico-paciente, en lo que nos enseñaban a escuchar mucho más al paciente, por ejemplo, me acuerdo en primer año nos decían que le preguntáramos al paciente, por ejemplo, por qué él pensaba que se había enfermado, o por ejemplo si era feliz esa persona, que creo que en la práctica

de ahora en la vida lo he escuchado de vuelta, que... en realidad no sé si está bien o mal, pero creo que las diferencias son...muchísimas.” (A.W.)

“Una de las cosas que más me llaman la atención es que en el cursado nos dicen que hay que saludar y presentarse con el paciente y hay muy pocos médicos que lo hacen. En los pasés de sala, por ejemplo: entran a la sala el jefe y todos los médicos, no dicen ni buen día y se ponen a hablar de los pacientes como si no estuvieran. Me parece una falta de respeto.” (J.S.)

“Una gran diferencia: en los primeros tres años nos hablaban siempre de la deshumanización de la medicina y lo que teníamos que hacer para humanizarla más, porque al fin y al cabo estamos trabajando con personas y durante los primeros tres años los docentes nos hacían mucho hincapié en eso y se veía que el docente trabajaba con una persona, no con una enfermedad...pero después en las clínicas eso no pasa...se ve mucho menos, o sea, hay excepciones, que son pocas, pero se trabaja con una neumonía, se trabaja con un...no sé, una diarrea y no se trabaja con una persona que era lo que pasaba en los primeros años de la carrera, se pierde un poco eso.” (G.M.)

“En la PFO quedan de lado la comunicación con el paciente y la relación médico-paciente. La veo en general muy fría a la PFO con el paciente, muy mal en la comunicación y la explicación al paciente, como que sabemos mucho sobre las patologías, pero se va lo humano, el escuchar, respetar al paciente, explicarle lo que se hace y preguntarle cómo se siente.” (L.S.)

“La predisposición hacia los pacientes era mejor en relación médico-paciente.” (M.L.)

“Si, (la PFO) es muy diferente. El tiempo que se le dedica en la consulta al paciente, la calidad del feed back que se le ofrece al paciente acerca de su enfermedad, la falta de conocimiento por parte del médico de lo que el paciente siente y quiere hacer.” (F.O.)

“A mí me pasó...a veces te das cuenta...cuando el médico se va y el paciente se queda con un signo de interrogación en la cara...a mí me pasa por ahí...me da un poco de cosa dejar una habitación sin que por lo menos el médico explique algo al paciente...porque es lo que le está pasando a él...¿no? O sea,

es como que me llega a generar contradicción...¿qué hago? Se fue el doctor...¿voy con él o me quedo explicando, tratando de sacarle las dudas cada paciente? Es como que quedamos ahí en el medio.”(G.M.)

Uno de nuestros entrevistados ensaya una manera de resolver esta tensión entre lo prescripto en el ciclo básico y lo vivido en el ciclo clínico tomando lo que cree mejor de cada experiencia:

“Yo creo que si bien es verdad lo que nos dicen...en primer año nos hacen hincapié en todo esto de la humanización de la medicina en el ciclo clínico le hacen...le ponen mucho más énfasis en la parte del conocimiento, en que crezcamos en otros sentidos...quizás uno tiene que seguir aplicando eso que por ahí nosotros, concentrándonos en lo que hay que hacerle al paciente, que los estudios, que hay que hacer la evolución, que todo, nos olvidamos de lo que aprendimos en los tres primeros años...yo creo que lo fundamental es no olvidarse de lo que aprendimos en los tres primeros años hay que ir practicándolo cada uno en su trabajo diario, con cada paciente que ve.” (J.M.D.)

Otros, simplemente naturalizan lo vivido:

“En el ciclo clínico he logrado una buena comunicación con el paciente y soy capaz de frenarlo y pedirle que nos centremos en lo que en este momento nos compete (...) En relación médico-paciente éramos incapaces de controlar al paciente y evitar que este se explaye más de lo necesario.” (M.C.)

“En relación médico-paciente se dan gran importancia a los detalles, mientras que en la PFO se hacen preguntas más concretas.” (I.M.B.)

Entre los docentes, hay quienes también perciben esta tensión y se preocupan por trabajarla en el ciclo clínico:

“...cuando toman contacto con la paciente, preguntarle por supuesto primero el nombre y mirarla, cosas que son básicas, como mirarla a los ojos cuando se le pregunta, escucharla ATENTAMENTE Y CON PACIENCIA , esperar a que termine de hablar, si algo no se comprendió, volver a preguntárselo de la forma o hasta que se perciba que ella lo ha entendido...ir captando mientras

uno escucha también en la paciente cuál es su nivel de lenguaje o comprensión del lenguaje que uno tendrá que adecuar para que la comunicación sea entendible, el respeto, por supuesto...acercarse y tener...digamos, tener en cuenta cada cosa que se les va preguntando...hacerla de manera amena, la comunicación, no en cuanto a ser secos...que sea y darle la explicación correctamente, y si pregunta algo, darle al menos una devolución de lo que está preguntando, para que ellos perciban que es importante.” (M.S.C.)

14.6.2-Ambientes conductores y aislantes del aprendizaje de la comunicación

Durante una entrevista de grupos focales en la que tocábamos el tema de las diferencias en el aprendizaje de la comunicación entre los distintos cursados, un estudiante señaló:

“Es medio personal esto...pero tengo la apreciación de que depende también del lugar de trabajo en donde están...es distinto en los diferentes hospitales. Por ejemplo en el Notti, que es un hospital pediátrico, y en general los hospitales pediátricos tienen mejor relación en eso de la comunicación entre el médico, el paciente, médico-alumno también, en este hospital también, en el Central es donde por ahí uno empieza a ver las falencias que existen en esto...y viendo también en hospitales de otros lados, es más o menos parecido...para mí en los hospitales pediátricos son donde mejor relación hay...en el ambiente de trabajo desde los residentes, los jefes, los médicos de planta, todos...es como que la relación al ser mejor entre ellos termina beneficiando también al...a los pacientes.” (P.G.)

A partir de lo comentado por el alumno, continuamos indagando si dentro de los centros asistenciales existían ambientes que favorecían o interferían con el aprendizaje de la comunicación. Asemejando la comunicación a una corriente de energía que da luz y calor a las relaciones entre las personas, denominamos conductores a estos ambientes que promueven la comunicación y aislantes a los que la interfieren.

Así, como surge en el siguiente diálogo, un ambiente laboral que favorece la comunicación también promueve que los alumnos aprendan a comunicarse:

“V.A.-Yo creo que es importante el ambiente de trabajo...hay servicios en los que la gente se siente mejor trabajando...y los pacientes son mejor recibidos...”

L.O.- ¿Eso mismo lo viven ustedes como alumnos?

A.R.-Si, hay lugares donde uno se siente más cómodo, como que son más amigables.”

Más aún, uno de nuestros entrevistados sugiere que la dinámica de funcionamiento de un ambiente laboral podría influir en la capacidad de comunicación de sus miembros:

“V.A.-Y también pasa que una misma persona no tiene el mismo trato con la gente según en qué servicio está.

(Como esto me intriga, decido indagar un poco más)

L.O.- ¿Cómo sería eso? ¿podrían dar un ejemplo?

V.A.- Hay una médica residente de acá que cuando estaba en Ginecología nos pasaba por al lado y ni nos miraba. Nos la encontramos el otro día en la guardia cuando estuvimos con usted y ¡nada que ver! Se ofreció a explicarnos (...) Otro ejemplo lo tenemos en el Notti (menciona el nombre de una profesional).

A.R.- Si, pero en ese caso ella es la conflictiva...

V.A.-Claro, pero como ella es la jefa del servicio, el servicio funciona como ella.

L.O.-A ver si entendí bien. De acuerdo a lo que ustedes dicen me da la impresión de que el ambiente de trabajo puede ayudar a mejorar o empeorar la comunicación.

A.R.-Totalmente. (Gestos afirmativos del grupo)”

Es interesante pensar cómo en la formación médica coexisten dos ambientes en el mismo espacio físico: el asistencial y el académico. De acuerdo con lo que uno de nuestros actores manifiesta, podría suceder que existieran diferencias en el coeficiente de comunicabilidad entre ellos, aún cuando estos ambientes funcionaran en el mismo servicio. En este caso podría jugar un papel fundamental la valoración del perceptor:

“J.S.-También hay médicos que son una cosa con los pacientes y otra con los alumnos. L.O.-A ver... ¿Cómo sería eso?

J.S- Claro...son divinos con los pacientes y a los alumnos nos tratan mal. El Dr. (nombre del profesional) por ejemplo, con los alumnos y con los residentes es un perro, y después yo lo he visto en el consultorio y con las pacientes es divino. Las pacientes lo adoran. Yo no lo podía creer.”

Cuando indagamos sobre esta cuestión con los docentes médicos, aparecen tensiones del ambiente laboral que influyen sobre los vínculos entre pares y pueden pesar negativamente sobre la construcción de los vínculos de los futuros colegas:

“L.O.- Según su criterio, ¿existen ámbitos institucionales en los que se favorece o se interfiere la comunicación? El ambiente laboral ¿tiene que ver?

J.M.O.- Si. Muchísimo que ver. Es muy importante, muy importante. El ambiente laboral...y bueno, hay lugares donde uno dice sí, en forma vulgar, se habla el mismo idioma, digamos, desde el punto de vista técnico, desde el punto de vista del objetivo que se busca sobre el paciente...y bueno, creo que con el correr de los años, mientras uno más se conoce, uno más trata de adaptarse y de buscar el fin común...pero creo que existe y debería existir ese ámbito y ese aspecto laboral tan importante.”

“Si hay alguna autoridad tipo jefe de servicio que facilita la comunicación, la misma se favorece y si es muy autoritario puede limitarla, como que el médico pueda tener miedo a dar su opinión porque se siente como inhibido por la autoridad” (M.E.E.)

“Realmente acá se interfiere la comunicación, porque están separados por pisos, cada uno haciendo su trabajo, cada uno con sus camas para llevar, su revista de sala, con sus alumnos, cada uno viene, cumple su función y se va, no se comunica con el otro, no hay más tiempo de hacer, auditorías de historias clínicas, ateneos sobre las pacientes, o reunirse...todos, sé que es difícil, pero de alguna manera poder coordinarlo y sobre todo y que es para mí una falencia grave, la falta de comunicación entre las distintas áreas”(M.S.C.)

Reflexiones sobre el trabajo de campo

Aunque dedicaremos el próximo capítulo a las conclusiones de la investigación, nos pareció oportuno realizar en este punto algunas reflexiones acerca del trabajo de campo.

A lo largo de nuestra tarea, los actores nos han mostrado que existe un modelo ideal de comunicación médica representado por los profesionales -docentes o no- que ellos consideran como ejemplo para su práctica. De acuerdo con lo que los alumnos señalan, el aprendizaje de ese modelo se promueve durante los primeros años de carrera en los cursos de “Relación médico-paciente”, mientras que en el ciclo clínico aparecen otras formas de concebir los vínculos entre los médicos y los otros (pacientes, pares, alumnos) que generan conflictos cognitivos y hasta cierto nivel de desconfianza hacia la posibilidad de poner en práctica lo aprendido previamente.

Los docentes-médicos entrevistados también perciben la existencia de distintas formas de relación médico-otros dentro del ámbito asistencial y procuran ser fieles a sus modelos a la hora de enseñar comunicación a sus alumnos; sin embargo, reconocen que la falta de capacitación en este campo disciplinar los lleva a utilizar la experiencia como única fuente de conocimiento, y consideran esto como una debilidad.

En cuanto a la comunicación grupal, se ha puesto de manifiesto la falta de oportunidades para desarrollarla y la necesidad de trabajar en prácticas que permitan hacerlo. Los testimonios recolectados señalan que estas experiencias, aunque escasas, resultaron gratificantes tanto para los profesionales como para las comunidades participantes, por lo que creemos que promoverlas tiene un enorme potencial para el estrechamiento de los vínculos universidad-sociedad y la educación para la salud comunitaria.

Las voces de nuestros actores también nos han permitido descubrir el valor del entorno en las situaciones de comunicación, mostrándonos aún los mismos protagonistas pueden ver favorecida o interferida la misma en ambientes diferentes.

Hemos presentado hasta aquí lo que nuestros entrevistados manifestaron en las entrevistas o testimonios escritos. Sin embargo, consideramos que hay aspectos del trabajo de campo que merecen un párrafo aparte.

Encontramos un generoso y desinteresado apoyo en los alumnos y docentes de la PFO, muchos de los cuales sacrificaron tiempo dedicado a sus actividades cotidianas para participar de nuestra investigación. Varios de nuestros colegas, docentes y no docentes manifestaron su interés por el tema y los resultados de nuestro trabajo. Todos ellos aceptaron sin objeciones nuestra tarea, contribuyendo a que fuera una experiencia gratificante.

Ya que de comunicación hablamos, no podemos evitar recordar que en cualquier gestión todo comunica. Por tal motivo creemos importante mencionar lo que no se expresó en las voces de nuestros actores, sino en sus actitudes: la curiosidad científica, el respeto, la solidaridad, condiciones que nos permiten participar con otros en la construcción de conocimiento y nos ayudan a ser mejores profesionales y-fundamentalmente-mejores personas.

Cuando la comunicación existe, siempre existe algo más que ella. Consideramos que ese “algo más” que formó parte del trabajo de campo también constituye un aspecto importante de la competencia comunicacional del médico y merecía incluirse en este comentario.

En el capítulo 15 presentamos las conclusiones de nuestra investigación.

Capítulo 15-Conclusiones

15.1-Los hallazgos de nuestra investigación

Como aproximación inicial a estas reflexiones acerca de lo que encontramos en nuestra investigación, reafirmamos que somos fieles a la concepción de la pedagogía que la considera como el intento de comprender y dar sentido al hecho educativo, no importa a qué edad y en qué circunstancias se produzca (Prieto Castillo, 2005a). Por tal motivo, nuestra pregunta de investigación se centra en el sentido de enseñar y aprender la comunicación en la educación médica y es justamente en aras del sentido que consideramos necesario presentar una síntesis de nuestros hallazgos antes de señalar nuestras conclusiones.

¿Qué significa que un médico sea *competente* para comunicarse con los pacientes, con sus colegas, en definitiva, con la comunidad a la que pertenece?

Desde la mirada de los protagonistas del hecho educativo que nos ocupa- los docentes-médicos y los estudiantes próximos a egresar-descubrimos algunas apreciaciones que nos parecen centrales para dar respuesta a este interrogante.

15.1.1- Lo comunicacional en la práctica médica

Para nuestros entrevistados, la habilidad para comunicarse es parte esencial del saber ser del médico, a punto tal que esta condición es necesaria para diferenciar a los *buenos profesionales* de los que no lo son.

Creemos importante señalar en qué formas se pone de manifiesto esta capacidad de comunicación. De acuerdo con las voces de nuestros actores:

- A través de la pasión por el propio quehacer, que es capaz de atravesar los vínculos que unen al médico tanto con sus pacientes como con los otros miembros del equipo de salud generando una sensación de bienestar y una

corriente de confianza con sus interlocutores que termina igualando –y muchas veces superando- en valor al dominio de lo disciplinar.

- En el manejo del tiempo, entendido como expresión de respeto: de la voluntad de prestar atención a las necesidades del paciente, de generar un espacio para el diálogo, para escuchar y aprender del otro y con el otro.
- En la forma en la que se resuelve la tensión entre la autovaloración y la valoración del perceptor: si bien es cierto que en la práctica médica se establecen relaciones asimétricas en las que el profesional posee conocimientos de los que sus interlocutores adolecen, la habilidad para la comunicación se juega en una relación dialogal en la que el perceptor – paciente, comunidad, alumno, colega- es considerado como un igual en el plano comunicacional, con participación activa y corresponsabilidad en el manejo del discurso y de las decisiones.
- En la posibilidad de que el médico se otorgue a sí mismo la oportunidad de sentir con el otro y alinear su mirada con la del otro para comprender mejor sus expectativas y necesidades.
- En la posibilidad de fortalecer los vínculos enriqueciendo la comunicación con distintos recursos expresivos: verbales, gestuales, icónicos.
- En un compromiso de claridad que se hace manifiesto tanto en el contenido de los mensajes como en la forma de elaborarlos y compartirlos. Como afirma Rodríguez (citado en Rinaudo, Mondragón Ochoa, Lafourcade & Prieto Castillo, 2006) “solo para los hombres sensatos es recomendable la claridad: los que aparentan saberlo todo, envuelven en oscuridades lo que saben” (p.5)

Resulta interesante destacar que los testimonios de los entrevistados revelan en los **buenos médicos** características que son propias de quienes educan y que, por lo tanto, lo esencial en el saber ser de los médicos involucra la condición de ser educador.

El lugar que otorgan los actores de la investigación a la capacidad para la comunicación en su modelo de *buen médico* plantea una fuerte contradicción con formas de pensar y de actuar que, pese a ser muy diferentes, también se encuentran presentes en la vida cotidiana tanto de las instituciones asistenciales

como en el ámbito académico. Así, la coexistencia entre una forma de comunicación legitimada por el paternalismo médico y otra legitimada por el reclamo social de una mayor participación en las decisiones que giran alrededor del bienestar de la comunidad, generan actualmente una tensión que, lejos de encontrar solución en la Universidad, termina siendo resuelta por cada uno de los egresados a partir de la reflexión sobre su propia práctica.

15.1.2-Los significados de la relación médico-paciente

Con referencia a la intencionalidad de los mensajes, cuando nuestros entrevistados utilizan las palabras “entender” y “comprender” otorgan una importancia primordial a lo prescriptivo, esto es, a que el paciente tenga una información lo más precisa posible del plan diagnóstico-terapéutico que se llevará a cabo. No está tan claramente contemplado que el paciente logre apropiarse de los conocimientos necesarios para participar activamente de las decisiones que se tomarán respecto de su salud y bienestar. La intencionalidad educativa en la comunicación médica se plantea como algo muy valorado pero adicional-casi excepcional- en la relación médico-pacientes-familias.

Mucho se ha hablado sobre la empatía como una condición para la comunicabilidad entre el médico y sus pacientes. Lo que nos resulta interesante es que a partir de los resultados obtenidos se plantea que el médico es capaz de elaborar mensajes con una intencionalidad empática. Así, el médico puede personalizar la consulta y trascender el mero interés clínico abordando al paciente a través de temas personales -su vida cotidiana, sus intereses, sus gustos- interesándose en el individuo por sobre la patología y construyendo con el paciente un vínculo afectivo que contribuye a su bienestar. Nuestros actores reconocen que la comunicación con intencionalidad empática cumple una función terapéutica dentro de la medicina asistencial.

Un aspecto que nos pareció de gran importancia en nuestro análisis fue el significado que nuestros estudiantes y docentes asignan a la valoración de los perceptores en las situaciones de comunicación que se les presentan en la práctica diaria. En los testimonios de los primeros se califica como competente para la

comunicación con sus pacientes al médico que valora a su perceptor como su igual, considerándolo sujeto de la atención médica y, por lo tanto, haciendo prevalecer la relación personal sobre la asimetría que genera el saber disciplinar. Asimismo, los segundos perciben como satisfactoria la comunicación con sus pacientes cuando éstos tuvieron oportunidad de tener una participación activa en la consulta.

Paradójicamente, los actores coinciden en afirmar que este modelo de vínculo médico-paciente no es el dominante en la práctica médica asistencial, sino que en el quehacer cotidiano se suele observar una diferencia de plano comunicacional entre el médico y su paciente que se sostiene en actitudes que varían desde la indiferencia total (ni siquiera se lo saluda) hasta la consideración del mismo como un objeto de estudio o su subestimación a través de la infantilización o el menosprecio por su condición sociocultural.

Otro aspecto que se destaca es la existencia de códigos y recursos no verbales que enriquecen la comunicación, ya sea cuando el médico los emplea para la elaboración y emisión de mensajes- en especial con intencionalidad empática u, ocasionalmente, educativa- o bien cuando trascendiendo la escucha se abre a percibir con todos sus sentidos lo que el paciente puede transmitir.

Finalmente, resulta interesante señalar lo que surge cuando hacemos referencia a las dos miradas que se ponen en juego cuando médicos y pacientes intentan negociar sentidos. En los testimonios que hemos recogido los entrevistados reconocen claramente que existen diferencias entre el lenguaje técnico y el cotidiano, que dicho lenguaje técnico resulta complejo para los pacientes y que es el médico quien debe adaptarlo si quiere que sea comprendido por ellos. Algunos comentarios dejan entrever la necesidad de una transposición didáctica (Chevallard, 1997) para que el paciente comprenda la situación clínica por la que atraviesa.

La adaptación del lenguaje disciplinar al cotidiano es parte de una cuestión más amplia: el reconocimiento por parte del médico del contexto de sus pacientes y más aún, su posibilidad de apropiarse de él para ayudarlos a transformarlo. En los relatos de nuestros actores aparecen ejemplos de profesionales que se preocupan y se ocupan del contexto de sus pacientes, en algunos casos promoviendo transformaciones que contribuyen a su bienestar.

Nuevamente creemos necesario destacar en este punto que estos relatos coexisten con otros que revelan posiciones diferentes- a veces opuestas- a la anteriormente señalada. Quizá cabría preguntarse si la actitud que se percibe como indiferente o negativa hacia el contexto del paciente es una postura intencionalmente adoptada o si resulta ser producto de una dificultad en el aprendizaje de la comunicación que no se logra resolver con nuestra actual forma de enseñarla. Volveremos sobre este tema más adelante.

15.1.3-La comunicación grupal en la práctica médica

Un primer aspecto que llama la atención es que tanto los “casi médicos” como los docentes médicos manifiestan su inexperiencia en este tipo de situaciones de comunicación, que aparecen como fenómenos aislados, muchas veces faltos de planificación. Como hemos señalado anteriormente, desde lo institucional, la comunicación grupal no parece ser un interés central en la formación médica.

Cuando indagamos acerca del tipo de actividades desarrolladas por los estudiantes surge que en algunos casos la llamada “labor comunitaria” ha consistido solamente en el traslado de la tarea asistencial desde la institución a otro ámbito con lo cual las situaciones de comunicación vividas han resultado ser semejantes a las vistas en el capítulo de relación médico-paciente, mientras que en otros se observa la existencia de una actividad orientada a la docencia. Siguiendo la distinción que hace Freire entre extensión y comunicación (1975) los testimonios recogidos nos dejan la impresión de que en muchos casos, aunque desde la institución se hubiera planteado la intención de educar, los estudiantes fueron enviados a jugar el rol de simples prescriptores, para inculcar conductas en lugar de promover aprendizajes; por lo tanto, extendiendo en lugar de comunicar. Sin embargo, los relatos de los entrevistados muestran que a la hora de actuar desarrollaron estrategias y recursos muy variados que superaron los modelos propuestos desde la institución apostando a una comunicación alternativa que permitió en algunos casos el interaprendizaje y en todos, un sentimiento de satisfacción tanto para los agentes de salud como para sus perceptores.

Nuestros actores consideran que es más difícil comunicarse con un grupo de personas que con un solo interlocutor y en cierta medida se sienten intimidados cuando se enfrentan a un auditorio. Cabría preguntarse si la dificultad está relacionada con la situación de comunicación en sí o con la falta de experiencia en la comunicación grupal que lleva a los sujetos a sentir un mayor nivel de exposición. En respuesta a este interrogante, muchos de ellos refieren que cuando pudieron establecer una situación dialogal con sus interlocutores se desarrollaron con mayor soltura, percibieron que había existido un interaprendizaje y sintieron una mayor satisfacción con su tarea.

15.1.4-Los significados de la comunicación con los pares

Como señalamos en otros capítulos de este texto, partimos del supuesto de que los médicos mantienen con sus pares vínculos que se construyen a imagen y semejanza del vínculo pedagógico desarrollado en la carrera. Lo que observamos es que este vínculo asimétrico docente-alumno se proyecta en la relación entre colegas, manifestándose, por ejemplo, en situaciones comunicacionales donde las diferencias generacionales, de experiencia o de nivel de conocimiento disciplinar generan discursos caracterizados por la subestimación del perceptor, con las siguientes consecuencias:

- Un bajo coeficiente de comunicabilidad en la relación entre pares, que dificulta el trabajo en equipo, perjudicando el ambiente laboral y la calidad de atención de los pacientes.
- Un estado de tensión originado por la necesidad de ser permanentemente legitimado por los colegas del medio laboral, que vuelve hacia lo comunicacional, tanto en el discurso como en las actitudes, cerrando un círculo vicioso que resulta muy difícil romper.

15.1.5-La competencia comunicacional y los ambientes de aprendizaje de la educación médica: conductores y aislantes.

Para nuestros entrevistados la habilidad para la comunicación no es una cuestión genéticamente dada. Se enseña y se aprende. Esto hace suponer la necesidad de espacios en los que los docentes puedan promover y acompañar el aprendizaje de la comunicación.

En el plan de estudios vigente en la institución donde desarrollamos nuestra investigación existe un espacio estructurado durante los primeros cuatro años de carrera que se denomina “relación médico-paciente”. Los alumnos lo rescatan como una experiencia positiva para el aprendizaje de la comunicación, pero de acuerdo con los testimonios recogidos, parece no ser suficiente.

Por otra parte, la mayoría de los actuales docentes de la carrera no tuvo espacios similares en su formación de grado. Ellos reconocen como fuente de su aprendizaje de la comunicación a las experiencias vividas y al conocimiento que construyeron trabajando con algunos de sus docentes a quienes consideran como modelos. Es importante señalar que nuestros docentes entrevistados refieren no haber tenido formación en la docencia, al menos en las etapas iniciales-una de las entrevistadas es Especialista en Docencia Universitaria- y que el vínculo pedagógico se fue construyendo con la práctica, a través del ensayo y error.

Tanto los alumnos como los docentes entrevistados consideran que su aprendizaje de la comunicación se ha logrado a través de la experiencia: el diálogo con sus pacientes, el trabajo en equipo con sus compañeros, el trabajo compartido con sus docentes, la observación de las actitudes y formas de discurso de pares y docentes.

Cuando les pedimos a los docentes-médicos que señalaran las fortalezas y debilidades que veían en el desarrollo de la competencia comunicacional de sus alumnos, se destacan como dificultades la adaptación del lenguaje técnico al protodisciplinar y cierta timidez en el diálogo con los pacientes, que va ganando fluidez con la práctica. Uno de los entrevistados resalta como positivo el hecho de que los estudiantes se encuentren naturalmente integrados a la sociedad de la información, pero como contrapartida plantea un detrimento de la relación dialógica con los pacientes en los graduados más recientes.

Un factor que genera tensión es el reconocimiento de la existencia de ambientes que favorecen o generan obstáculos para la comunicación dentro de las instituciones asistenciales, que denominamos conductores o aislantes.

Así, mientras que un ambiente en el que se promueve la comunicación, **conduce** al aprendizaje de la misma, otro en el que se obstaculiza actúa como un **aislante** que impide la interlocución; más aún, los testimonios sugieren que la dinámica de funcionamiento de una institución influye en la capacidad que muestran sus miembros para comunicarse y que las tensiones del ambiente laboral que pesan sobre los vínculos entre pares pueden tener un impacto negativo sobre la formación de los futuros colegas.

15.1.6-Las prácticas de aprendizaje de la comunicación en la educación médica

Otro aspecto analizado fue cuáles eran las prácticas que los entrevistados consideraban adecuadas para enseñar lo comunicacional, teniendo en cuenta su apreciación de que la habilidad para la comunicación se construye desde la experiencia. Encontramos que:

- La práctica con pacientes reales es la estrategia preferida por los docentes médicos para la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en la formación médica.
- El vínculo pedagógico con los docentes se proyecta en el vínculo con los pacientes, sirviendo como modelo para la construcción del mismo.
- Uno de los recursos más utilizados por los docentes médicos es la ejemplificación a partir de su propia experiencia comunicacional.
- La formación en docencia universitaria provee a los docentes médicos de una mayor riqueza de recursos para la enseñanza de la comunicación.

Como sugerencias para mejorar la enseñanza de lo comunicacional en la formación médica, los docentes entrevistados propusieron:

- Complementar la enseñanza práctica con contenidos teóricos vinculados a la ciencia de la Comunicación.
- Realizar una evaluación continua de los alumnos cuando interactúan con sus pacientes, tanto autoevaluación como con los docentes y los pares.

Una cuestión interesante que se planteó es el modo en que la tensión ciclo básico-ciclo clínico atraviesa los significados de la competencia comunicacional y, por lo tanto, los de su enseñanza-aprendizaje.

Al indagar sobre las diferencias que los entrevistados encontraban entre lo aprendido durante los cursados de “relación médico-paciente” –que se desarrollan en su mayoría durante el ciclo básico- y lo vivido durante el ciclo clínico, nuestros actores señalaron lo siguiente:

- En el ciclo básico, la entrevista médica se orienta más a indagar aspectos psicosociales, mientras que durante el ciclo clínico lo hace al diagnóstico de la patología.
- En el ciclo básico existen espacios curriculares que trabajan sobre la relación médico-paciente en condiciones controladas, mientras que en el ciclo clínico el estudiante debe superar factores de presión que muchas veces atentan contra el diálogo con el paciente.
- La enseñanza del razonamiento clínico necesario para resolver las situaciones que se plantean en la práctica cotidiana supera en importancia a la de lo comunicacional durante el ciclo clínico.
- Los estudiantes perciben estas dificultades tanto en sí mismos como en sus docentes, considerando que en su práctica futura quizá no puedan resolver estas situaciones con lo aprendido en la formación de grado.
- Algunos docentes perciben esta tensión y buscan alternativas para trabajar lo comunicacional en el ciclo clínico, aún cuando esto no se encuentre documentado en el currículum prescripto.

Hasta aquí la síntesis de lo que encontramos en nuestro trabajo. Dedicaremos el próximo apartado a establecer las relaciones que existen entre nuestros hallazgos y

los de otros investigadores que han compartido nuestro interés por lo comunicacional en la educación médica.

15.2-Discusión

Para iniciar este apartado podríamos decir que el lugar que asignan nuestros entrevistados a lo comunicacional en la práctica médica está lejos de ser algo nuevo. En este sentido, nuestros hallazgos apoyan lo establecido en el consenso de Toronto (Simpson et al, 1991), que señala a la comunicación como una función central de la clínica que no puede delegarse. Coinciden, asimismo, con la línea de estudios encabezada por el Headache Study de la Universidad de Western Ontario (Bass et al, 1986) y seguida por otros autores (Kinmonth, 1998; Lewin, 2001; Roter, 1995) que muestran la importancia de la comunicación para el diagnóstico y tratamiento.

En lo que se refiere a la relación médico-paciente, nuestras observaciones acerca de lo que denominamos intencionalidad empática coinciden con la revisión sistemática de Stewart (1995) en la que la autora canadiense muestra que las negociaciones de sentidos entre médicos y pacientes modifican la situación funcional y emocional de estos últimos, mejorando tanto el pronóstico como la resolución de los síntomas y también con la de Griffin et al. (2004), quienes observan que la preocupación del médico por la situación emocional y las necesidades de sus pacientes mejora la calidad de atención de los primeros y disminuye la ansiedad de los segundos.

A la hora de elegir un profesional médico, nuestros entrevistados dan gran importancia al aspecto comunicacional, muchas veces por encima del dominio disciplinar, porque consideran que el éxito de un tratamiento depende tanto o más de la participación activa del paciente y del conocimiento de su situación que de lo que brinda la evidencia científica sobre el mismo. En este aspecto, estamos de acuerdo con la investigación cualitativa de Britten et al. (2000) que señala que la falta de comunicación con los pacientes en la consulta médica lleva a malos entendidos con consecuencias adversas para el desarrollo de los tratamientos y en que son los médicos los que tienen la posibilidad de generar cambios alentando a

los pacientes a expresar sus ideas y expectativas. También pensamos como Coombs (1995) que el mejor nivel de adherencia a los tratamientos se consigue con modelos de comunicación que toman en consideración las creencias, actitudes y preferencias de los pacientes permitiendo negociaciones de sentidos con mayor acuerdo y comprensión.

Los testimonios que recogimos en nuestro trabajo también aluden a la importancia de emplear distintos tipos de recursos para la comunicación. Sobre este particular, la revisión de la biblioteca Cochrane (Haynes et al. 2008) muestra cómo el seguimiento personalizado a través de diferentes vías (telefónica, escrita, tareas de contención familiar, etc.) y la tarea de consejería contribuyen a mejorar los resultados terapéuticos.

Sin embargo, existe una contradicción entre lo que los actores de nuestra investigación consideran como competencia comunicacional y lo que viven en las instituciones de salud durante el ciclo clínico.

Aunque investigaciones como la ya mencionada de Britten et al. (2000) señalan que la transmisión de información no garantiza por sí misma que los pacientes “entiendan”, nuestras observaciones junto con las de otros autores muestran que los mensajes con intencionalidad normativa o prescriptiva prevalecen sobre los de intencionalidad educativa. En este sentido corroboramos lo observado por Campero Cuenca (1999), quien analizando la relación médico-paciente desde la perspectiva pedagógica en los centros de salud de Oaxaca concluye en que el tipo de comunicación observada constituye una oportunidad desaprovechada para la educación de los pacientes. También señala la autora mexicana que la formación del médico se orienta fundamentalmente hacia el aprendizaje para la determinación de un diagnóstico y una serie de prescripciones que den solución parcial o total a la enfermedad en un determinado momento, no encontrándose listo para compartir con el paciente conocimientos que puedan servir como formación a quien padece la enfermedad. Siempre dentro de la etapa de postgrado, Ros Martrat (2004) asevera a partir de su investigación con docentes y médicos residentes de Medicina familiar que existen dificultades en la comunicación que se originan en percepciones diferentes de lo que significa negociar con el paciente.

Otros estudios coinciden con el nuestro en mostrar que esta dificultad no solamente existe sino que está instalada desde la enseñanza de grado. Así, dos investigaciones realizadas en universidades cubanas -Alonso González & Kraftchenko (2003); de la Uz Herrera et al. (2010)- muestran que la función “regulativa” de la comunicación (la que en nuestro trabajo denominamos prescriptiva) predomina sobre la afectiva y la educativa tanto en los docentes como en los alumnos y que estos últimos presentan un bajo nivel de conocimiento de los elementos que caracterizan a la comunicación médico-paciente.

Es interesante comentar en este punto cómo se ve desde estas investigaciones la valoración del perceptor. En el trabajo de Campero Cuenca (1999) se señala, por ejemplo, que existió en forma predominante un interrogatorio dirigido por el médico, con escasas posibilidades de participación de parte de los pacientes. Asimismo se destaca que en la exploración física éstos fueron tratados muchas veces como objetos y que al centrarse el médico en la enfermedad aumenta su distancia con el paciente. Ros Martrat (2004) observa que más allá de que tutores y residentes estén o no preparados para una comunicación efectiva, no coinciden con la manera de entender la negociación con los pacientes y, más aún, que muchos tutores la consideran innecesaria. Alonso González y Kraftchenko (2003) también observan diferentes valoraciones del perceptor en el alumnado y entre ellos y sus docentes, a punto tal que aseveran que los estudiantes no consideran a sus tutores como ejemplo de ética profesional. Todos estos conceptos señalados por distintos investigadores refuerzan nuestra percepción de que coexisten en el ambiente médico diferentes maneras de significar la relación médico paciente.

En lo que respecta a la enseñanza y aprendizaje de lo comunicacional, la revisión sistemática realizada por Griffin et al. (2004) contribuye a la hipótesis de que el modo en que interactúan médicos y pacientes puede modificarse a través de intervenciones y esto refuerza lo que perciben nuestros entrevistados: podemos enseñar y aprender lo comunicacional.

En nuestro trabajo observamos que los entrevistados consideran que la comunicación se aprende fundamentalmente a través de la experiencia y que los espacios estipulados en el diseño curricular actual podrían ser insuficientes. Coinciden con nuestro hallazgo Ros Martrat (2004), quien sostiene que la educación para la comunicación debe trabajarse desde el grado y de la Uz Herrera

et al. (2010), quienes agregan que deben generarse también en el postgrado espacios de formación permanente.

Nuestras observaciones respecto de la tensión ciclo básico-ciclo clínico corroboran las realizadas por Alonso González y Kraftchenko (2003), quienes señalan que en los alumnos de sexto año existe un interés prioritario por lo cognitivo (esto es, aprender la patología del paciente) mientras que entre los de tercero se prioriza la función afectiva. También señalan que existe un pobre desarrollo de los elementos de la comunicación entre colegas y docentes de la universidad, sobre todo en los del área clínica.

En nuestro capítulo de antecedentes hemos realizado una descripción de distintos modelos de enseñanza de la comunicación clínica desarrollados en los últimos veinticinco años (Cohen & Cole, 1991; Neighbour, 1998; Ruiz Moral, 2004; Silverman, Kurtz & Draper 1998; Stewart, 2000; entre otros). Volvemos sobre ellos simplemente para destacar que todos comparten la necesidad de poner énfasis en las creencias, ideas, temores y expectativas de los pacientes y no sólo en su enfermedad para lograr la mejor calidad de atención, lo cual señala la necesidad de un cambio superador de las formas históricas de comunicación médica. Encontramos que esta visión también es compartida por los actores de nuestra investigación, así como también se comparte la búsqueda de formas de enseñar y aprender la comunicación que resultan satisfactorias para ambos protagonistas (médicos y pacientes) de la comunicación clínica.

Finalizamos aquí el diálogo con otros autores que han trabajado sobre la comunicación en la educación médica. Como puede apreciarse en el texto, nuestro tema de investigación ha despertado en las últimas décadas el interés de muchos colegas que han propuesto distintas miradas y realizado valiosas apreciaciones. Creemos que este es el momento oportuno para dedicarnos a los aportes que consideramos realiza nuestra investigación al conocimiento del mismo.

15.3-Los aportes de nuestra investigación

15.3.1-Acerca de nuestros objetivos

Cuando elegimos nuestro tema de investigación, lo hicimos con la convicción de que el logro de la competencia comunicacional es fundamental para la práctica médica y nuestra pregunta de investigación se generó a partir de nuestra percepción de las dificultades que cotidianamente se nos presentan a los médicos cuando intentamos comunicarnos con nuestros pacientes o nuestros pares.

Pensamos que nuestro conocimiento se construye siempre de lo cercano a lo lejano y por ello decidimos explorar nuestro pequeño universo cotidiano, el lugar donde desarrollamos día a día nuestra práctica docente. Consideramos que descubrir los significados de lo comunicacional que circulan en los ambientes de aprendizaje de la educación médica a través de las voces de sus protagonistas- los “casi médicos” y los “docentes médicos”- era el paso inicial de un itinerario necesario para encontrar nuevos sentidos a las prácticas de aprendizaje de la comunicación en la formación médica.

Así, nos propusimos develar los significados que docentes y alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo otorgan a la competencia comunicacional con los pacientes, la comunidad y los grupos de pares y establecer el modo en que dichos significados se manifiestan en las prácticas de enseñanza y los procesos de aprendizaje.

Consideramos que los testimonios obtenidos revelan un universo de sentidos vinculados a la comunicación médica y nos permiten reflexionar acerca de cómo se viven dichos significados en los ambientes de aprendizaje.

En cuanto a nuestros objetivos específicos hemos observado un fenómeno de coexistencia de paradigmas que da lugar a la construcción de diferentes formas de comunicación entre los médicos y los otros. Aunque el modelo de relación médico-paciente propuesto en el diseño curricular de la carrera de Medicina que

estudiamos es el antropológico-social, que se interesa especialmente en el entorno del paciente y sus necesidades, el modelo médico hegemónico continúa presente, imponiendo una forma de discurso autoritario que resulta todavía dominante en la práctica médica asistencial y entre los docentes del ciclo clínico. Esta coexistencia de paradigmas tan distintos impregna las prácticas de aprendizaje que se llevan a cabo durante el ciclo clínico en el que docentes y alumnos interactúan permanentemente con los pacientes.

Respecto de las visiones de salud y enfermedad, por un lado vemos médicos que actúan como garantes del bienestar de sus pacientes, preocupados por lo que estos creen, desean o necesitan y por otro, médicos que actúan como jueces que victimizan a los pacientes por su situación. Así reaparecen visiones que supuestamente habían sido superadas, como la de la enfermedad como castigo divino u otras en las cuales el médico transmite mensajes que dejan entrever prejuicios del personal de salud hacia quienes requieren sus servicios.

En cuanto a los paradigmas de relación médico-comunidad que se hacen manifiestos en las prácticas de enseñanza y los procesos de aprendizaje, podríamos decir que existe una disociación entre lo que se propone desde la institución y lo que resulta de la práctica. La institución propone actividades de extensión (siguiendo el significado que da Freire al término) mientras que en forma individual los agentes de salud-especialmente los alumnos-procuran transformarlas en actividades de comunicación. Probablemente este sea el objetivo que presentó la mayor dificultad, ya que la comunicación con la comunidad no parece ser uno de los intereses primordiales del ciclo clínico y por tal motivo las experiencias de interaprendizaje con la comunidad son escasas o nulas.

Con referencia a la forma en la que se construye el vínculo pedagógico, los relatos de nuestros actores muestran distintas variantes -docentes con prácticas de corte autoritario en algunos casos, profesores que dan lugar a cierta participación de los alumnos o que procuran el interaprendizaje con ellos en otros-, pero es interesante consignar que las críticas que se formulan unos a otros alumnos y docentes se aplican tanto al vínculo pedagógico como a la relación médico-paciente. Por ejemplo, los propios estudiantes se sorprenden al presentar un caso en el que el trato con los pacientes es diferente que con los alumnos y cuando definen a alguien como “problemático”, lo es tanto en su interlocución con los pacientes como con los

alumnos. Así, podríamos pensar que la forma en la que un individuo desarrolla lo comunicacional impregna de sentido a todos los vínculos que establece.

Finalmente, aunque nos dedicaremos más adelante a los objetivos que se refieren a una propuesta de nuevas posibilidades para la enseñanza de la comunicación en la carrera de Medicina, podemos anticipar que pensar en prácticas de aprendizaje para la comunicación médica supondría:

- Evaluar los significados que otorgan a la comunicación quienes ingresan a las facultades de Medicina.
- Definir claramente cuál es el significado de la competencia comunicacional, entendiendo por tal qué es lo que un médico necesita para su práctica en términos de comunicación.
- Pensar estrategias de aprendizaje permanente que comenzaran en el grado y continuaran a lo largo de toda la práctica médica.
- Proponer prácticas de interlocución con pacientes, colegas y grupos de la comunidad, con evaluación continua de las mismas.
- Plantear la posibilidad de espacios de reflexión sobre la práctica de la comunicación entre docentes médicos, comunicadores y alumnos, para trabajar en interdisciplina.
- Promover desde la formación de grado el vínculo médico-sociedad.

Hemos analizado los hallazgos de nuestra investigación en relación con los objetivos que habíamos propuesto en nuestro proyecto de investigación. La propuesta de nuestro próximo apartado es continuar trabajando sobre los aportes de nuestra investigación, pero desde el marco que ofrecen nuestras aproximaciones de sentido.

15.3.2-Los hallazgos de la investigación en el marco de nuestras aproximaciones de sentido

En el primer capítulo de nuestra investigación propusimos tres anticipaciones de sentido. Llegados a este punto intentaremos encontrar la relación que existe entre lo que esperábamos encontrar y los hallazgos que efectivamente realizamos.

Como hemos visto en el capítulo de antecedentes, la sociedad formuló un fuerte reclamo hacia las Universidades y los profesionales que de ella egresaban. En el caso de los médicos se reclamó una mayor atención a las necesidades de los pacientes, un mayor conocimiento y respeto por su entorno sociocultural y una participación más activa de los mismos en las decisiones concernientes a su salud.

Acceder a un cambio de paradigma en el que los médicos reemplazáramos la ilusión de omnisciencia otorgada desde el saber disciplinar por una actitud de interaprendizaje de la realidad de los pacientes *con los pacientes* suponía modificar los vínculos y por ende, la forma de negociar sentidos con ellos. La disociación entre lo que la sociedad esperaba y lo que ofrecían los graduados de las facultades de Medicina generó una situación de tensión que terminó por hacerse insostenible hasta que lo alternativo se “coló” por la ventana: por un lado, la sociedad se organizó en asociaciones de pacientes que exigieron formalmente sus derechos; por otro, desde el corazón mismo de las instituciones de educación superior surgieron pensadores capaces de aportar otras miradas sobre los vínculos entre emisores y perceptores, docentes y alumnos, médicos y pacientes, impregnando de nuevos sentidos la formación de los médicos.

En este aspecto, creemos que uno de los aportes de nuestra investigación es mostrar que, si bien desde los documentos institucionales se intenta establecer la adhesión a un paradigma de relación tanto médico-paciente como médico-sociedad, la tensión que anteriormente señalamos existe en la facultad de Medicina estudiada y que actualmente atravesamos una etapa de transición en la que coexisten prácticas de corte autoritario con formas de comunicación alternativa.

Mientras en el discurso se otorgan determinados sentidos al logro de la competencia comunicacional, en la práctica aparece otro universo de significados que se hacen manifiestos tanto en los mensajes verbales como en los actitudinales,

con lo cual en muchas ocasiones lo que se declama confronta con lo que se vive. Esta variabilidad de significados se hace manifiesta fundamentalmente en la intencionalidad de los mensajes y en la valoración del perceptor.

Hemos señalado también con anterioridad la presencia de alusiones al modelo antropológico-social en el currículum prescripto de la institución en la que desarrollamos nuestra investigación. Sin embargo no hay documentos que expliquen detalladamente cómo significa la comunicación con el paciente dicho modelo, ni hay acuerdos establecidos acerca de cómo enseñar o evaluar el logro de la competencia comunicacional, lo cual no es un hecho menor si consideramos, por una parte, que la mayoría de los docentes médicos reconoce no tener formación en comunicación y por otra, que todos los entrevistados consideran a la experiencia como lo más valorable para su aprendizaje de la comunicación.

Podríamos considerar como parte de lo que se expresa en el currículum prescripto la existencia de la unidad docente de “relación médico-paciente” y los planes de estudio correspondientes a la asignatura; sin embargo, los testimonios recogidos muestran que los alumnos encuentran una marcada diferencia entre estos cursos y lo que viven en la práctica final obligatoria, durante la cual deben participar de las decisiones diagnóstico-terapéuticas que se toman sobre los pacientes “en tiempo real” y vivir la práctica cotidiana de sus docentes y futuros colegas con las tensiones propias de su quehacer. Así, los acuerdos logrados durante los cursos de “relación médico-paciente” no se sostienen durante el ciclo clínico, momento en el que, de acuerdo con las investigaciones a las que hemos hecho referencia anteriormente, sería necesario reforzar lo comunicacional frente al riesgo de que los alumnos cayeran en un cientificismo que priorizara la patología sobre la persona que la padece.

Creemos que en este aspecto nuestra investigación puede realizar otro aporte interesante: el cambio curricular que dio acceso a un contacto precoz entre los alumnos y los pacientes, valorándolos como sujetos de la atención en vez de objetos de estudio, supone un logro importantísimo en el camino hacia un cambio de paradigma en la comunicación médico-paciente y médico-comunidad. No obstante, la falta de continuidad de este primer paso en la etapa final de la formación de grado permite la persistencia de otras visiones que terminan por generar confusión en los estudiantes y una falta de confianza en lo que han

aprendido que podría reforzar la idea de que la relación de comunicación que se intenta promover desde la facultad es una utopía en la práctica asistencial.

Finalmente, nos referiremos a la relación entre el vínculo pedagógico que se construye durante la carrera y los que construye el egresado en su práctica profesional tanto con los pacientes como con los colegas.

Como hemos afirmado en capítulos anteriores de este texto, consideramos que la identidad humana se funda en las relaciones con los otros, en particular con quienes podríamos denominar *otros significativos*. Sin lugar a dudas, los estudiantes ingresan a la facultad con un bagaje de relaciones ya establecidas; sin embargo, la vida dentro de la Universidad puede contribuir a reforzar o modificar formas ya instaladas de construir vínculos.

Hemos visto en nuestra investigación que los estudiantes valoran en sus docentes mucho más que el conocimiento disciplinar: buscan modelos de identificación para su práctica. Así, la figura de un docente-médico puede convertirse en alguien fundamental para el futuro desempeño profesional de un alumno. Hemos resaltado también que tanto los alumnos como los docentes señalan como *buenos médicos* a sujetos con una particular forma de establecer los vínculos tanto con sus pacientes como con sus alumnos.

Asumiendo que la relación docente-alumno está atravesada por el estilo de las instituciones educativas, no es un hecho menor que durante el ciclo clínico los ambientes de aprendizaje estén desplazados del edificio de la facultad a las instituciones de salud. Esta situación hace que las relaciones docente-alumno y docente médico-paciente acaben siendo atravesadas por una misma dinámica comunicacional que se diferencia de la que se vive dentro del campus universitario. Una de las características distintivas de esta dinámica es el entrelazamiento del diálogo docente médico-paciente y docente-alumno en un coloquio en el que los tres interactúan. En estos casos, el vínculo pedagógico y el médico-paciente se funden en una situación de comunicación en la que generalmente prevalece la forma en la que el docente-que es quien la conduce-construye los vínculos.

Como tercer aporte de nuestra investigación, podríamos señalar que la práctica final de la carrera de Medicina expone a docentes y alumnos a situaciones en las que la comunicación médico-paciente y docente-alumno se unen para construir la

comunicabilidad que alcanzará el futuro médico en su formación de grado. Asimismo, los ambientes en los que se desarrollan las prácticas de enseñanza y aprendizaje de la comunicación –en su condición de conductores o aislantes de la misma- resultan decisivos en dicha construcción.

Consideramos que los aportes de nuestro trabajo constituyen solamente un paso hacia adelante en lo mucho que aún nos queda por trabajar en la comunicación dentro de la formación médica y también dentro de la Universidad. Por ello es que pensamos que esta presentación no estaría completa sin dedicar algunas líneas a los caminos que podrían abrirse desde este punto para avanzar en las prácticas de enseñanza y en la investigación acerca de este tema.

15.4-Para seguir pensando

Frente a las conclusiones de su trabajo el investigador suele sentir que, lejos de encontrar una respuesta definitiva a una pregunta ha abierto la puerta a nuevos cuestionamientos de la realidad y a nuevas posibilidades de aplicar en la práctica los conocimientos que ha logrado construir.

A partir de los hallazgos de nuestra investigación se nos plantean nuevos interrogantes para seguir pensando y trabajando.

En primer lugar, hemos observado cómo significan la competencia comunicacional los docentes médicos y los “casi médicos”. Podría ser interesante continuar explorando estos significados entre los profesionales que se dedican a la medicina asistencial sin ejercer la docencia y también entre los pacientes, así como comparar todas estas miradas a la luz de los elementos que constituyen la comunicación. Dentro de esta misma línea podría profundizarse la investigación acerca de lo que ocurre con los ideales de comunicación durante la carrera de Medicina: cómo conciben la comunicación los estudiantes desde el ingreso hasta la graduación y qué cambios se perciben durante el proceso de formación.

En segundo lugar, hemos visto que coexisten formas diferentes de vivir-y por lo tanto de enseñar- la comunicación en la formación médica. Otra línea de

investigación podría trabajar sobre las prácticas de aprendizaje, ya sea como investigación exploratoria o a través de la propuesta y evaluación de intervenciones que pudieran modificar las que actualmente existen.

En tercer lugar, considerando la relación existente entre el vínculo pedagógico y las relaciones médico-paciente y médico-comunidad, sería importante analizar cómo funciona la comunicación dentro de las instituciones educativas que se ocupan de la formación médica y qué es lo que la institución comunica tanto a los docentes como a los alumnos y al conjunto de la sociedad. Como ya señalamos, existen ambientes que promueven y otros que interfieren la comunicación y esto probablemente de lugar a formas diferentes de vivirla o enseñarla.

En cuarto lugar, teniendo en cuenta lo que desarrollamos en los primeros capítulos del texto acerca del reclamo de la sociedad por una mayor participación en los problemas relacionados con su bienestar, la investigación cualitativa dirigida hacia una mejor comprensión del entramado social y de las necesidades tanto de los pacientes como de los médicos podría ser un interesante punto de partida para la construcción de nuevos modelos de comunicación en salud, fundamentalmente la que responde a una intencionalidad educativa.

En cuanto a los aportes de nuestra investigación al quehacer cotidiano, empezando de lo cercano a lo lejano, creemos que brindamos un valioso material para que cada médico pueda aprender consigo mismo a través de la reflexión sobre la propia práctica, tanto asistencial como docente. Esto constituiría un primer paso en el camino hacia una mejor enseñanza de lo comunicacional.

El segundo paso es el debate que nos merecemos como comunidad educativa acerca de la enseñanza de la comunicación en nuestra institución: definir claramente lo que consideramos que necesita un médico en términos de comunicación, establecer cuáles son los espacios curriculares así como los tiempos que dedicaremos a enseñar y aprender esta competencia.

El tercer paso es la toma de conciencia de que el aprendizaje de la comunicación, como cualquier otro, debe promoverse y acompañarse a través de prácticas diseñadas para tal propósito. El hecho de que estos aprendizajes se logren fundamentalmente a través de la experiencia de los sujetos no significa que podemos librarlos al azar- por el contrario, debieran suponer una voluntad de

enseñar manifiesta en la dedicación y esfuerzo que todo aprendizaje requiere- y este concepto debiera tenerse en cuenta a lo largo de todo el proceso de formación médica. Consideramos muy importante que la enseñanza de la competencia comunicacional no pierda continuidad y esto requiere una interlocución fluida entre las autoridades, docentes y alumnos de los distintos tramos de la carrera para acordar los significados que desde la institución educativa otorgamos a lo comunicacional, diseñar en conjunto tanto las prácticas de aprendizaje como la evaluación de la competencia y desarrollarlas en forma integrada.

El cuarto paso es el desarrollo de la comunicación entre la institución universitaria y la sociedad. El estrechamiento de los vínculos entre las instituciones que se ocupan de la educación médica y las organizaciones que trabajan por los derechos de los pacientes es una asignatura pendiente y fundamental si pretendemos organizar un trabajo orientado a las necesidades y expectativas de estos últimos. Participar e integrar en dicha participación a los futuros colegas significa trascender el aislamiento del claustro para atender a la función social que nos compete. En términos de comunicación, transformar la entropía por un vínculo de corresponsabilidad comunicacional fundado en el respeto por nuestros pacientes y en el sentido de pertenencia a la comunidad de la que formamos parte.

15.5-Reflexiones finales

Planteadas las conclusiones de nuestro trabajo, podríamos decir que llegamos al final de nuestro itinerario. Sin embargo, lo que hemos presentado en estas páginas es solamente un tramo de un camino, mucho más largo, iniciado hace tiempo y que se encuentra lejos de terminar.

¿Por qué nos dejamos tentar, como dice Rinaudo (2006) por la pasión de la investigación aunque ello exigiera algo de sufrimiento, mucho de paciencia y largas horas de lectura y reflexión?

¿Por qué nos asomamos a la investigación educativa y nos atrevimos a ingresar a un campo tan complejo cuando durante siglos dominó- y aun circula- el concepto de que basta con el conocimiento disciplinar para enseñar en la Universidad?

No es casual que nuestra pregunta de investigación nos haya llevado a explorar significados. Nuestro trabajo ha sido una ardua búsqueda del sentido, y dicha búsqueda, como señala Prieto Castillo (2006) no se improvisa, no se predica ni se desarrolla en un taller, sino que es el fruto de una constante e intensa relación con nosotros mismos y con los que nos rodean, de la comunicación con nuestro pasado, nuestro presente y nuestra proyección hacia el futuro.

Adherimos a una mirada pedagógica que considera que llegamos a ser por la mediación de otros y que percibe a la totalidad de la cultura como un infinito tesoro de recursos para promover y acompañar el aprendizaje y el desarrollo. Fieles a esa concepción, decidimos cerrar nuestro texto mediando algunas reflexiones a través de una canción rescatada del baúl de los recuerdos hace un par de años para una película infantil (Williams & Ascher, 1979) y que comienza así:

¿Por qué cantarle así al arco iris
y qué es lo que hay más allá?
Aunque lo veas, él es transparente
y nada te va a ocultar.
Así nos dicen, y hay quien lo piensa,
es un error, ya verás.
Ya encontraremos el gran arco iris,
los que aman, quien sueña y yo.

¿Por qué investigamos? Porque sabemos que más allá de lo que se exterioriza como visible existe un universo de sentidos para descubrir, conocer, comunicar y compartir. Sentidos que trascienden las certezas en las que a veces creemos vivir y nos llevan a buscar, como dice Freire (1975) nuestro **Ser más**.

La canción continúa diciendo:

Dicen que tu desear será concedido
si ves una estrella caer.
Alguien lo imaginó, y algunos creyeron
Mira hasta dónde fue.
Y es por eso que estrellas persigo,
y voy tras aquella ilusión.
Ya encontraremos el gran arco iris
los que aman, quien sueña y yo.

Existen maestros que imaginaron una pedagogía del sentido como una utopía pedagógica empecinada en la esperanza y la lucha eterna contra el sin sentido en cada instancia del hecho educativo.

Algunos creímos-y seguimos creyendo-en nuestras propias utopías pedagógicas.

También por eso investigamos.

La canción termina, y también nuestro texto...

Bajo su encanto estarán.
Sabemos que puede ser magia...
Si a veces al dormir, hay voces que escuchas,
yo las he oído llamar.
¿Serán aquellas que atraen al marino?
El mismo sonido es quizá.
Yo las escucho y no sé ignorarlas,
es algo que está en mi interior.
Ya encontraremos el gran arco iris,
los que aman, quien sueña y yo.

Finalmente, como sucede a los marinos con el canto de las míticas sirenas, a cuyo llamado no pueden sustraerse, tampoco nosotros pudimos evitar escuchar la voz interior que nos lleva a sentirnos parte del hecho educativo, al llamado de la pasión por acompañar a otros seres a crecer, al entusiasmo de promover la apropiación del conocimiento y la comunicación tanto en nosotros mismos como en los otros.

Si nuestro trabajo puede ayudar a los estudiantes de hoy, colegas de mañana, a transformar nuestra sociedad de la información en una sociedad de la comunicación donde podamos disfrutar la alegría de interaprender y compartir con aquellos por cuyo bienestar juramos poner lo mejor de nosotros mismos, el esfuerzo habrá valido la pena.

Que así sea.

BIBLIOGRAFÍA

Achilli, E.L. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde editor.

Airhihenbuwa, C., Makinwa, B., Frith, M. & Obregón, R. (1999). *Marco de comunicaciones sobre HIV/SIDA. Una nueva orientación*. Ginebra: Programa Conjunto de acciones Unidas sobre el SIDA.

Albarracín, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P (2005). *The handbook of attitudes*. Nueva Jersey: L.E.A.

Alexander, C. (1968). *Notes towards a synthesis of Form*. Cambridge (Massachussets): Harvard University Press.

Allidière, N. (1995). *Observaciones sobre la infancia: ¿una categoría psicosociológica problemática?* Cuaderno de Trabajo Social, Nº 1. Buenos Aires: Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Allidière, N. (2004). *El vínculo profesor-alumno: una lectura psicológica*. Buenos Aires: Biblias.

Alonso González, M. & Kraftchenko, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético profesional de los estudiantes de Medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 17, 1, 38-45.

Alonso, S. La información sobre la salud en la prensa general. (2008). En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menéndez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.

American Board of Internal Medicine. Clinical Competence in Internal Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 90, 3, 402-411: Autor.

Arbiser, S. (1998). *El grupo interno*. Documento de trabajo de la Maestría en Psicoanálisis. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Aspegren K. (1999). *Best Evidence Medical Education Guide: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: A review with quality grading of Articles* (en línea). Disponible en: <http://www.bemecollaboration.org/Published+Reviews/BEME+Guide+No+2/>

Assael, J., Edwards V. & López, G. (1992). *Apuntes sobre el proceso de construcción etnográfica en la investigación educativa*. Santiago de Chile: Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación.

Ausubel, D.P., Novak, J.D. & Hanesian, H. (1983). *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.

Autores varios. Políticas Científicas de la Comunicación. Miceli W. (editor). Ediciones de periodismo y comunicación. Facultad de Periodismo y comunicación. Universidad de La Plata, 1988. pp 89-148.

Bairesalud-O.N.G. (2011). *Paradigma XXI: "Debemos poner el foco en la persona y no en la enfermedad"* (en línea). Disponible en: <http://www.bairesalud.com.ar/ong-42/paradigma-xxidebemos-poner-el-foco-en-la-persona-y-no-en-la-enfermedad-1626.html>

Barnard, C. (1938). *The functions of the Executive*. Cambridge (Massachussets): Harvard University Press.

Beltrán, L.R. (1979). *Adiós a Aristóteles: la comunicación "horizontal"* (en línea). Disponible en: http://www.uca.edu.sv/mcp/media/archivo/d7d4d2_luisramirobeltrantema3.pdf

Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires: Lugar.

- Betz Brown, J., Boles, M., Mullooly, J.P. & Levinson, W. (1999). Effects on Clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 131, 822-829.
- Brailovsky, C.A. (2008). *Evaluación médica, evaluación de las competencias*. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/proaps/9.pdf>
- Britten, N., Stevenson, F.A., Barry, C.A., Barber, N. & Bradley, C.P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 320, 484-488.
- Buitrón, N. (2003) *¿Cómo enseñar comunicación? Una propuesta*. (en línea). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n32/nbuitron.html>
- Buraschi, J.A.; Olcese, J.M., Duro, E.A. & Buraschi, M.F. (2008) ¿Estamos dando una buena formación a nuestros alumnos? Percepción de los estudiantes acerca de sus competencias clínicas en Pediatría. *Revista Argentina de Educación Médica*, 2, 2, 50-57.
- Caldeiro, G. (2005a). *Ferdinand de Saussure* (en línea). Disponible en: <http://comunicación.idoneos.com/index: php/334377>
- Caldeiro, G. (2005b). *Charles Sanders Peirce*. (en línea). Disponible en: <http://comunicación.idoneos.com/index: php/335515>
- Campero Cuenca, L. (1990). Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa. El caso de Oaxaca, México. *Salud Pública de México*, 32, 192-204.
- Casarini Ratto, M. (1999). *Teoría y diseño curricular. Acercamiento al currículum*. México: Trillas.
- Chevallard, Y. (1997). *La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
- Coombs, R.B. (1995). *Review of Scientific Literature on prevalence, Consequences and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate use of prescription medication in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.

- Coll, C. (1991). *Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Cuesta Cambra, U. & Menéndez Hevia, T. (2006). Psicología de los personajes. En: García, F. *Narrativa*. Madrid: Laberinto.
- Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menéndez Hevia, T. (2006). *Comunicación social y salud. Una introducción*. Madrid: Edipo.
- Cuesta Cambra, U., Menéndez Hevia, T. & García Guardia, M. L. (2008). Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico. En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menéndez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- Czubaj, F. (2010, junio 6). *Cómo buscar salud en la red sin enfermarse*. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1276955-como-buscar-salud-en-la-red-sin-enfermarse>.
- De la Uz Herrera, M.C., De la Uz Herrera, M.E., Lemus Sarracino, A., Valdez Santiesteban, M. & Padrón Novales, C. (2010). Competencia comunicativa en los estudiantes de Medicina: diagnóstico preliminar (en línea). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100031&lng=es&nrm=iso>
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Díaz Bordenave, J. (1998). Relación de la comunicación con los procesos de movilización comunitaria para la salud. En L. Sáinz (Ed.), *Movilización comunitaria para la salud. Diálogo multidisciplinario*. La Paz: Bolivia 2000 S.R.L.
- Eco, U. (1976). *Introducción al Estructuralismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Epstein, R. & Hundert, E. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2, 226-235.

Escuela Internacional de postgrado-Universidad de Granada (2006). *Carrera de Experto Universitario en Comunicación asistencial para profesionales sanitarios* (en línea). Disponible en:
http://escuelapostgrado.ugr.es/static/EP_Management*/showCard/05/E/033.

Flick, U. (1998). *An introduction to Qualitative Research*. Londres: Sage.

Freire, P. (1975) *¿Extensión o Comunicación? La concientización en el medio rural*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorelli, N. (1986). *Living with television. The dynamics of the cultivation process* (en línea). Disponible en:
http://wiki.commres.org/pds/CultivationTheory/LivingWithTelevision_TheDynamicsoftheCultivationProcess.pdf.

Giberti, E., Chavaneau, S. & Oppenheim, R. (1985). *El divorcio y la familia*. Buenos Aires: Sudamericana.

Giménez, P. (Ed.) *Cuadernillo de historia y geografía*. Texto base del curso de Ciencias Sociales correspondiente al séptimo grado de enseñanza primaria. Colegio Kalen-Hué. Mendoza, Argentina.

Gómez, G., Moore, P. & Araos-Baeriswyl, E. (2012). Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica: un apoyo "in situ" para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. *Revista Médica de Chile*, 140, 396-403.

González Huesa, J.M. (2008a). El arte de lo imposible. En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menendez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.

González Huesa, J.M. (2008b). La salud de la información. En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menéndez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.

Glazer, N. (1974). *The Schools of the Minor Professions*. Nueva York: Minerva.

Greimas, A. (1976). *Sémiotique et sciences sociales*. París: du Seuil.

Griffin, S.J., Kinmonth, A.L., Veltman, M.W., Gillard, S., Grant, J & Stewart, M.A. (2004). Effect on health related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2, 595-608.

Gutiérrez Pérez, F. & Prieto Castillo, D. (1999). *La mediación pedagógica, apuntes para una educación a distancia alternativa* (6ª Ed.). Buenos Aires: Ciccus -La Crujía.

Haynes, R.B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P. & Yao X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Apr 16, 2, CD000011.

Headache Study Group of the University of Western Ontario (Bass, M.J., investigador principal) (1986). Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians--a one year prospective study. *Headache: The journal of Head and Face Pain*, 26, 285-94.

IDEC-Universidad Pompeu Fabra (2011). *Master Programa de Postgrado de Comunicación Médica Centrada en el Paciente. Modalidad Semipresencial. Argentina en Barcelona* (en línea). Disponible en:
<http://www.mastermas.com/masters/master-programa-de-postgrado-de-comunicacion-medica-centrada-en-el-paciente--modalidad-semipresencial--argentina-684559.html>

International Alliance of Patients' Organizations (2006). *Declaration on Patient-Centered Healthcare* (en línea). Disponible en:
<http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/269/IAPO%20Declaration%20on%20Patient-Centred%20Healthcare%20-%20Colour.pdf>

- Illich, I.A. (1970). *Celebration of Awareness: A Call for Institutional Revolution*. Nueva York: Doubleday.
- Jaim Etcheverry, G. (2001). *La tragedia educativa* (10ª Ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jones, M. (2009). *Paradigma XXI. Alianza para la incidencia colaborativa en salud*. (en línea). Disponible en: <http://alianzaparadigmaxxi.blogspot.com.ar/>
- Kinmonth, A.L., Woodcock A., Griffin, S., Spiegel, N. & Campbell, M.J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care from Diagnosis Research Team. *British Medical Journal*, 317 (7167), 1202-1208.
- Kondro, W. (2009). Curricula proposals aim to bolster scientific competency. *Canadian Medical Association Journal*, 181, 3-4.
- Kurtz, S.M. (2002). Doctor-patient communication: principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29, Suppl2, 23-29.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. & Draper, J. (2005). *Teaching and learning Communication skills in Medicine*. (2ª Ed.). Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Laplanche, J & Pontalis, J.B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lavados, M. & Serani Merlo, A. (1993). *Ética clínica. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: Universitaria Católica de Chile.
- Lewin, S.A., Skea, Z.C., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003267.
- Litwin, E. (1997). *Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior*. Buenos Aires: Paidós.

- Mac Laghlan, M. (2006). *Culture and health; a critical perspective towards global health*. Chichester: Wiley.
- Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76, 4, 390-393.
- Marshall, C. & Rossman, G. (1999). *Designing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Martí, S. (2008). *Los vínculos en la estructuración de la identidad*. Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Mendizábal, N. (2009). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino, I. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Mc Elroy, A. & Townsend, P. K. (2005). *Medical Anthropology in Ecological perspective*. (5ª Ed.). Boulder: Westview press.
- Menéndez, E. (1999). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial.
- Menendez Hevia, T. (2008). Prólogo. En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menendez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- Miceli W. (Ed.) (1988). *Políticas científicas de la comunicación*. La Plata: Ediciones de periodismo y comunicación. Facultad de Periodismo y comunicación. Universidad Nacional de La Plata.

Mill, J.S. (1857). *Sobre la Libertad* (en línea). Disponible en: <http://www.ateismopositivo.com.ar/Stuart%20Mill%20John%20-%20Sobre%20la%20libertad.pdf>

Mondragón Ochoa, H. (2006). Estudio sobre la cultura profesional académica de los "buenos profesores". En: Rinaudo, M.C., Mondragón Ochoa, H., Lafourcade, P. & Prieto Castillo, D. *La pedagogía universitaria* (5ª ed.). Especialización en Docencia Universitaria. Texto base módulo 4. Mendoza: Editorial de la Facultad de Filosofía y letras, U. N. Cuyo.

Moore P. & Gómez G. (2007). Comunicarse efectivamente en Medicina. ¿Cómo adquirir Habilidades Comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Medica*, 15, 171-181.

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138, 1047-1054.

Novartis Argentina. Servicio de información de prensa. *Innovador posgrado para profesionales de la salud: comunicación médica centrada en el paciente*. (Iglesias Seoane, N. Ed.) (en línea). Disponible en: <http://www.novartis.com.ar/sala-de-prensa/comunicados-de-prensa/archivos/Gacetilla%20-%20Innovador%20posgrado%20para%20m%C3%A9dicos.pdf>

Ojeda, L.I. (2001, septiembre) *Mitos y realidades de la anticoncepción. Ensayo clínico randomizado*. Trabajo presentado en el XXI Congreso Nacional de la Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Mendoza, Argentina.

Ojeda, L.I. (2005). *El saber ser en la Docencia Universitaria*. Trabajo presentado como texto paralelo correspondiente al módulo I de la Especialización en Docencia Universitaria, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Official Records of the World Health Organization*, N° 2 (en línea). Disponible en: whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf.

Outomuro, D. *¿Qué es la enfermedad? Concepto e Historia*. Texto correspondiente al Curso de Introducción a la Bioética clínica, Módulo 2. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires, campus virtual.

Polanyi, M. *The Tacit Dimension*. (1967). Nueva York: Doubleday.

Prieto, A. (2009, agosto). *Definición y caracterización de la comunicación: entrevista realizada a Washington Uranga* (video). Mendoza: Maestría en docencia Universitaria, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo.

Prieto Castillo, D. (1987). *Tres experiencias de diagnóstico de comunicación*. Quito: Editorial del Centro Internacional de estudios Superiores de Comunicación para América Latina.

Prieto Castillo, D. (1987). *Utopía y Comunicación en Simón Rodríguez*. Caracas: Academia Venezolana de la Lengua.

Prieto Castillo, D. (1997). *Discurso autoritario y comunicación alternativa*. México: Ed. Coyoacán.

Prieto Castillo, D. (1998). En torno a la comunicación y la movilización comunitaria. En: L. Sáinz (Ed.), *Movilización comunitaria para la salud. Diálogo multidisciplinario*. La Paz: Bolivia 2000 S.R.L.

Prieto Castillo, D. (2005a). *La Enseñanza en la Universidad* (5ª Ed.). Especialización en Docencia Universitaria, Texto base módulo 1. Mendoza: Editorial de la Facultad de Filosofía y letras, U. N. Cuyo.

Prieto Castillo, D. (2005b). La comunicación en la Universidad. En: Pérez Lindo, A., Follari, R. & Prieto Castillo, D. *La educación superior*. (5ª Ed.). Especialización en Docencia Universitaria. Texto base módulo 3. Mendoza: Editorial de la Facultad de Filosofía y letras, U. N. Cuyo.

Prieto Castillo, D & van de Pol, P. (2006). *E-learning, comunicación y educación. El diálogo continúa en el ciberespacio*. Bogotá: Radio Nederland Training Center.

Real Academia Española (2009). *Diccionario de la lengua española* (22ª Ed.) (en línea). Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.

República Argentina, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) (2007). *Resolución 1314/07* (en línea). Disponible en: <http://www.coneau.edu.ar/archivos/Res1314.pdf>

Reta de Rosas, A.M., López M. J., Montbrun, M., Ortiz, A. & Vargas, A. L. (2006). Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). *Educación Médica*, 9 (2), 75-83.

Reta de Rosas, A.M., López M. J., Vargas, A. L. & Montbrun, M. (2008). Evaluación de competencias médicas en un currículo de grado no diseñado por competencias. *Educación Médica*, 11(4), 207- 218.

Reta de Rosas, A.M. (2010, junio). *Competencias médicas: cómo enseñarlas y evaluarlas*. Ponencia presentada en el taller para docentes de la Práctica Final Obligatoria realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Rinaudo, M.C. (2006). Investigación educativa en la Universidad. En: Rinaudo, M.C., Mondragón Ochoa, H., Lafourcade, P. & Prieto Castillo, D. *La pedagogía universitaria* (5ª ed.). Especialización en Docencia Universitaria. Texto base módulo 4. Mendoza: Editorial de la Facultad de Filosofía y letras, U. N. Cuyo.

Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. México: Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional.

Rodriguez, S. (1975) Crítica a las providencias del gobierno. En: Universidad Simón Rodríguez (Ed.). *Simón Rodríguez. Obras completas. Vol. II*. Caracas: Arte.

Rodriguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Ros Martrat, E. (2004). *Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes* (en línea). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132004000600009>.

Roter, D.L., Hall, J.A., Kern, D.E., Barker, L.R., Cole, K.A. & Roca, R.P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine* 1995, 155, 1877-1884.

Ruiz Moral R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6, 4, 159-167.

Ruiz Moral, R. (2004). *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC ediciones.

Russell, B. (1989). *Elogio a la ociosidad* (1ª reimpresión). Madrid: Edhasa.

Sanchez Martos, J. (2008). Influencia de los medios de comunicación sobre la salud de la población. En: Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A. & Menéndez Hevia, T. (Coordinadores). *Comunicación en salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.

Schein, E. (1973). *Professional Education*. Nueva York: Mc Graw-Hill.

Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan* (Ed.). Buenos Aires: Paidós.

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal* , 303, 1385-1387.

Silverman, D. (2005) *Instances or sequences? Improving the state of the art of qualitative research*. (en línea). Disponible en: [http://www. Qualitative-research.net/fqs-texte/3-05/05-3-30-e-htm](http://www.Qualitative-research.net/fqs-texte/3-05/05-3-30-e-htm).

Solomon, S., Greenberg, J. & Pyszczynsky, T. (1991). A terror management theory of social behavior: the psychological functions of self-esteem and cultural

- worldviews. En: Berkowitz, L. (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. San Diego: C. A. Academic press.
- Scambler, G. (2004). *Medical sociology: major themes in health and social welfare*. Nueva York: Routledge.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 9, 1423-1433.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Thorne, B. (1973). Professional Education in Medicine. En: Hughes, E.C., Thorne, B., DeBaggis, A.M., Gurin, A. & Williams, D. *Education for the Professions of Medicine, Law, Theology and Social Welfare*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Torres-Goitia, T. (1998). Factores y procesos de la Movilización por la Salud: la experiencia Boliviana. En L. Sáinz (Ed.), *Movilización comunitaria para la salud. Diálogo multidisciplinario*. La Paz: Bolivia 2000 S.R.L.
- Universitat Autònoma de Barcelona (2008). *Curso de postgrado en Comunicación en Educación Médica* (en línea). Disponible en: https://www.uab.es/servlet/Satellite/postgrado/curso-en-comunicacion-en-educacion-medica/detalle-curso-1206597475768.html/param1-2151_es/param2-2008/
- Urrutigoity, J., Bordín C.I., Merlo, M.L. & Reta de Rosas, A.M. (2008). Análisis del rendimiento de los alumnos en el nuevo currículum de Pediatría de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo. *Revista Argentina de Educación Médica*, 2, 2, 45-49.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vigotsky, L. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Ed. Crítica.

Voloshinov, V. (1976). *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Wiener, N. (1969). *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.

Williams, P., Ascher, K. (1979). *Rainbow connection (versión en castellano: El gran arco iris)* (en línea). Disponible en: www.youtube.com/watch?v=hLLRMNJyXtU.

TABLAS

I-Calificación de estudiantes y docentes respecto del logro de habilidades para la comunicación

			Calificación	%	
	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Relación con los pacientes					
estudiantes	45	35	20	0	0
docentes	0	0	83	17	0
Relación con los familiares					
estudiantes	30	35	35	0	0
docentes	0	0	50	50	0
Relación con el equipo de salud					
estudiantes	15	50	20	10	0
docentes	0	33	66	0	0
Relación con la comunidad					
estudiantes	15	50	25	10	0
docentes	0	0	50	50	0

II- Aspectos comunicacionales que influyen significativamente en el bienestar de los pacientes. (Stewart, 1995)

Aspecto comunicacional	Resultado
El médico se preocupa por la comprensión que tiene el paciente de su problema, sus expectativas y preocupaciones y su percepción de cómo afecta la enfermedad el funcionamiento de su organismo.	Se reduce la ansiedad del paciente y mejora la resolución del cuadro clínico
El médico interroga al paciente acerca de sus sentimientos	Reduce el distress psicológico
El médico toma una actitud de contención y demuestra empatía	Mejora el distress psicológico y la resolución de los síntomas
El paciente puede expresarse libremente, en especial acerca de sus sentimientos, opiniones y conocimientos	Mejora la comprensión de sus limitaciones físicas , emocionales y de su rol, mejora tanto el estado físico como funcional y la tensión arterial
El paciente percibe que en la entrevista ha tenido lugar un diálogo exhaustivo sobre su problema	Mejora la resolución de los síntomas

III-Modelos por tareas propuestos para la comunicación clínica
(Ruiz Moral, 2003)

<p>“La aproximación de las tres funciones” (Cohen-Cole,1991)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener información para comprender los problemas del paciente 2. Desarrollar la relación y responder a las emociones del paciente 3. Educar al paciente y motivarlo
<p>“Los cinco puntos de control en ruta” [Neighbour, 1998]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conectar 2. Resumir 3. Transmitir 4. Red de seguridad 5. Mantenimiento
<p>“La guía de observación Calgary-Cambridge” (Silverman, Kurtz, Draper 1998)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar la sesión 2. Obtener información 3. Construir relación 4. Explicar y planificar 5. Cerrar la sesión
<p>“El método clínico centrado en el paciente” (Stewart, 2000)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración de la enfermedad y la dolencia 2. Comprensión de la persona 3. Buscar puntos comunes respecto al plan 4. Incorporar la prevención y la promoción de la salud 5. Incrementar la relación médico-

	<p>paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ser realista
<p>“EL Consenso de Kalamazoo” (Medical Education, 2001)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir la discusión 2. Obtener información 3. Entender la perspectiva del paciente 4. Compartir información 5. Alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes 6. Cerrar
<p>“El modelo de tareas para la consulta” (Pendleton, 2003)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender las razones por las que el paciente acude a la consulta 2. Considerar la perspectiva del paciente para llegar a una comprensión compartida 3. Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada para cada problema 4. Capacitar al paciente para manejar el problema 5. Considerar otros problemas 6. Usar el tiempo apropiadamente 7. Establecer o mantener una relación con el paciente que facilite la consecución de las otras tareas
<p>“El modelo CICAA” (Ruiz Moral, 2004)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conectar 2. Identificar y Comprender los problemas 3. Acordar 4. Ayudar

IV-Características de los buenos receptores (de la Uz Herrera et al., 2010)

<ul style="list-style-type: none">• Espero que el otro haya terminado para responder
<ul style="list-style-type: none">• Miro el rostro del otro mientras habla
<ul style="list-style-type: none">• Dedico todo el tiempo necesario para escuchar
<ul style="list-style-type: none">• Animo al que habla con una sonrisa o gesto de apoyo
<ul style="list-style-type: none">• Hago preguntas para asegurar que he comprendido bien
<ul style="list-style-type: none">• Dejo hablar sin interrumpir
<ul style="list-style-type: none">• Trato de comprender el sentido de las palabras atendiendo al contexto de lo que se habla
<ul style="list-style-type: none">• Puedo conservar con calma aunque el otro se muestre excitado
<ul style="list-style-type: none">• Observo los gestos, movimientos y tono de la voz
<ul style="list-style-type: none">• Me esfuerzo por ponerme en el lugar del otro para entenderlo mejor
<ul style="list-style-type: none">• Respeto las ideas y opiniones de los otros aunque no las comparto
<ul style="list-style-type: none">• Me dedico a escuchar en vez de ocuparme en ir elaborando mi respuesta
<ul style="list-style-type: none">• Soy paciente durante la conversación
<ul style="list-style-type: none">• Trato de percibir los sentimientos del otro aunque no los exprese abiertamente
<ul style="list-style-type: none">• Me agrada escuchar a otros

V-Características de los buenos emisores (de la Uz Herrera et al., 2010)

<ul style="list-style-type: none">• Permito que me interrumpan cuando estoy hablando.
<ul style="list-style-type: none">• Cuido la pronunciación de las palabras para que se entienda bien lo que digo.
<ul style="list-style-type: none">• Utilizo un vocabulario que se corresponda con el nivel de mi interlocutor.
<ul style="list-style-type: none">• Evito las ironías, burlas al dirigirme a otros
<ul style="list-style-type: none">• Miro al rostro de la persona a quien me dirijo
<ul style="list-style-type: none">• Observo al otro para apreciar si comprende lo que digo
<ul style="list-style-type: none">• Hablo en un tono de voz adecuado: ni muy alto, ni muy bajo
<ul style="list-style-type: none">• Reflexiono acerca de lo que voy a decir, para organizar mis ideas
<ul style="list-style-type: none">• Señalo los aciertos y logros de las personas que me rodean en el momento preciso
<ul style="list-style-type: none">• Puedo conservar la calma aunque el otro se muestre excitado
<ul style="list-style-type: none">• Me agrada expresar mis criterios ante los demás.
<ul style="list-style-type: none">• Respeto las ideas y opiniones de los otros aunque no las comparto
<ul style="list-style-type: none">• Pido opiniones y criterios de los demás acerca de lo que planteo
<ul style="list-style-type: none">• Cuido la entonación de mis palabras, así como los gestos y la mímica facial.
<ul style="list-style-type: none">• Me esfuerzo por ponerme en el lugar del otro para hacerme entender mejor.
<ul style="list-style-type: none">• Soy preciso y directo sin dar rodeos innecesarios

VI- Técnicas empleadas en el proceso de recolección de los datos.

Técnica	Caracterización	Categorías estudiadas
Grupo de discusión	Diseño de discusión planificada para generar significados, percepciones y/o expectativas sobre determinada problemática (Achilli, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> *Competencia comunicacional y saber ser del médico *La comunicación con los pacientes *La comunicación grupal *Los médicos y la comunicación con sus pares *Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje
Análisis documental		<ul style="list-style-type: none"> *Competencia comunicacional y saber ser del médico *La comunicación con los pacientes *La comunicación grupal *Los médicos y la comunicación con sus pares *Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje

<p>Entrevistas en profundidad</p>	<p>Encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que estos tienen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras .</p> <p>Debe trabajarse como un aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones: el modo en el que ellos ven, viven y experimentan su mundo.(Taylor y Bogdan, 1986)</p>	<p>*Competencia comunicacional y saber ser del médico</p> <p>*La comunicación con los pacientes</p> <p>*La comunicación grupal</p> <p>*Los médicos y la comunicación con sus pares</p> <p>*Competencia comunicacional y ambientes de aprendizaje</p>
-----------------------------------	---	--

Anexo- Los caminos de la comunicación

En este apartado presentamos una síntesis del itinerario seguido por la Ciencia de la Comunicación desde sus orígenes hasta nuestros días, basada en el trabajo realizado en la facultad de Periodismo y Comunicación de la Universidad Nacional de La Plata (Miceli, 1988)