



LA RELACION MEDICO PACIENTE Y SU INFLUENCIA  
EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE UN  
CUADRO CLINICO

Nombre y Apellido del Autor: Victoria González - victoriagonzalez78@gmail.com  
Nombre y Apellido del Director: Raúl Gómez Alonso.  
Titulo: Licenciatura en Psicología.  
Facultad: Psicología y Relaciones Humanas.  
Año: 2014.

## **Resumen.**

El presente trabajo apunta a describir la valoración que los alumnos de Medicina le asignan a la relación médico paciente y su influencia en el diagnóstico y tratamiento de un cuadro clínico. Para la cumplimentación de lo anteriormente mencionado también fue necesario identificar los conocimientos presentes en los alumnos sobre la relación médico paciente, la influencia que la misma posee sobre el diagnóstico y tratamiento, como así también sobre conceptos en relación a la salud y enfermedad, la concepción de paciente y de médico, el cuerpo, la comunicación y la formulación de un diagnóstico, entre otros.

Se trabajó con 63 sujetos, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Medicina de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Abierta Interamericana Sede Rosario.

Del total de sujetos el 57,14% (36/63) correspondieron a 5º año, en tanto el 42,86% restante eran alumnos regulares de 6º año.

Para la recolección de los datos se construyó un cuestionario que constaba de 12 ítems. Las respuestas podían ser dadas por asociación, por jerarquización o por elección de respuesta, según el punto y objetivo a indagar.

Como resultado más relevante se observó que si bien los alumnos le asignan una considerable valoración a la relación médico/paciente y su influencia en la aceptación del diagnóstico y adhesión al tratamiento, no se destaca la valoración de los aspectos relacionales y afectivos que se encuentran dentro de la misma; y se percibió una mayor identificación de las cuestiones éticas y deontológicas.

## **Palabras clave.**

Relación médico/paciente – Valoraciones – Estudiantes de Medicina.

*Mi más profundo agradecimiento a un gran Maestro y Guía Raúl Gómez Alonso.*

*Victoria González.*

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCION.</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2. PROBLEMA.</b>	<b>Pág. 12</b>
<b>3. OBJETIVOS DE TRABAJO.</b>	<b>Pág. 12</b>
3.1 General.	Pág. 12
3.2 Específicos.	Pág. 12
<b>4. ESTADO DEL ARTE.</b>	<b>Pág. 13</b>
<b>5 MARCO TEORICO.</b>	<b>Pág. 17</b>
5.1 Paradigmas - Modelos.	Pág. 17
5.2 Conceptos de Salud/Enfermedad.	Pág. 24
5.3 El cuerpo del hombre y su construcción.	Pág. 27
5.4 Relaciones dentro del campo de la práctica médica.	Pág. 43
5.5 Relación Médico/Paciente.	Pág. 52
5.6 Comunicación e información.	Pág. 63
5.7 Métodos y herramientas de recolección de información - construcción del diagnóstico.	Pág. 71
5.8 El paciente y la enfermedad - construcción del significado de enfermedad.	Pág. 77
5.9 Valoración y relación médico/paciente.	Pág. 89
<b>6. MARCO METODOLOGICO.</b>	<b>Pág. 91</b>
6.1 Tipo de Estudio.	Pág. 91
6.2 Area de Estudio.	Pág. 92
6.3 Población/Muestra.	Pág. 92
6.4 Técnicas e instrumentos.	Pág. 93
6.5 Procedimientos.	Pág. 93
6.6 Consideraciones éticas.	Pág. 93
<b>8. BIBLIOGRAFIA.</b>	<b>Pág. 95</b>
<b>9. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.</b>	<b>Pág. 99</b>
<b>10. CONCLUSIONES.</b>	<b>Pág.112</b>
<b>11. ANEXO.</b>	<b>Pág.117</b>

## 1. INTRODUCCIÓN.

La medicina, como cualquier otra práctica, es influida directamente por procesos sociales, culturales, económicos e históricos. Algo similar sucede con las relaciones interpersonales, es decir que, en alguna medida, se van modificando dependiendo de los diferentes momentos o procesos históricos.

Héctor Rodríguez Silva<sup>1</sup>, explica que en la actualidad la relación médico paciente es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación.

Francisco Bohórquez<sup>2</sup>, explica, que la crisis en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción. El término deshumanización señala el deterioro de los valores y atributos, en la actitud y trato deseables en el sistema de salud. Des-humanización es des-personalización. Dicha despersonalización de la medicina se ha explicado como un producto de transformaciones políticas, económicas, legales, dentro del campo científico, culturales y tecnológicas, que, con una postura racionalista, estimulan actitudes utilitarias y eficientistas en la relación médico paciente, lo que reducen la relación a una interacción técnica instrumental que ha cambiado el lenguaje y presiona cambios en la interacción médico-paciente. Desde el modelo biomédico, el paciente es considerado como un “cliente” o a lo sumo como un “usuario” y los profesionales de salud, son ahora

---

<sup>1</sup> La relación médico paciente. (Rodríguez Silva, H.). En <[http://bus.sld.cu/spu/vol32\\_4\\_06/spu07406.htm](http://bus.sld.cu/spu/vol32_4_06/spu07406.htm)> [Consultado: 11/10/2010].

<sup>2</sup> Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista Electrónica de la Red Educativa*, 1 (1).

“prestadores de servicios”. A partir de allí han surgido cambios que regulan la relación médico paciente a través de leyes y normas, apareciendo diversas intermediaciones generadoras de tensiones que son fuentes de masificación, exclusión, estratificación, limitación, distracción y demora de la relación, considerándose que llegan a ser iatrogénicas en sí mismas. Es decir que las condiciones contemporáneas bajo las cuales opera la atención de la salud enferman adicionalmente y no solo al paciente, también contribuyen a desvirtuar, constreñir y degradar el rol personal y profesional del médico. Héctor Rodríguez Silva<sup>3</sup>, explica que la relación médico paciente es una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano.

La relación médico paciente, según Francisco Bohórquez<sup>4</sup>, ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. El acto médico se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes, sin embargo, este convenio está amenazado por la creciente legitimación social de intereses particulares utilitarios, aunado a la presión de organizaciones de salud cuyo fin central es el ánimo de lucro, que han acrecentado en el médico el rol de agente mercantil. Ello ha contribuido a distorsionar la responsabilidad que tiene el médico frente a su paciente como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad.

---

<sup>3</sup> La relación médico paciente. Rodríguez Silva, H. En <[http://bus.sld.cu/spu/vol32\\_4\\_06/spu07406.htm](http://bus.sld.cu/spu/vol32_4_06/spu07406.htm)> [Consultado: 15/09/2010]

<sup>4</sup> Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista Electrónica de la Red Educativa*, 1 (1).

De este modo se puede vislumbrar la importancia de la presencia y valoración de los conceptos y desarrollos acerca de la relación médico paciente y su influencia sobre un cuadro clínico, ya que la carencia de los mismos afectan al nivel de satisfacción en la práctica médica tanto para los pacientes como para los profesionales de la Medicina.

El hecho de que este trabajo de investigación sea realizado con los alumnos de quinto y sexto año que cursan la carrera de Licenciatura en Medicina, de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Abierta Interamericana Sede Rosario, se debe, no sólo, a que este grupo ya ha estado en contacto con los desarrollos que están en relación a la bioética, en el cual se incluyen las teorizaciones acerca de la relación médico paciente, sino que también se inician las prácticas médicas en contacto directo con pacientes.

Entre los diferentes estudios encontramos el de M. Luz Bascuñán<sup>5</sup>, quien comenta que la relación clínica constituye una fuente crítica de satisfacción para los pacientes, así como una variable que distingue al grupo de médicos satisfechos e insatisfechos con su profesión. La literatura muestra que la relación y comunicación médico paciente produce beneficios para la salud psicológica y física del paciente y aumenta su confianza y compromiso. Se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad de médico y paciente. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico.

---

<sup>5</sup> Bascuñán, M L (2005). Cambios en la relación médico paciente y el nivel de satisfacción de los médicos, *Revista Médica de Chile*, 133 (1) 11 – 16.

También encontramos otros estudios que demuestran la influencia de la relación médico paciente en la práctica clínica, los mismos concluyen:

Los problemas relacionados con la adhesión terapéutica deficiente como producto principalmente de la falta de comunicación con los médicos.<sup>6</sup>

Los servicios de salud y la inadecuada relación médico paciente influyó en el retardo en el diagnóstico y la falta de adherencia al tratamiento, en el cual se incluye la falta de comunicación entre el médico y el paciente.<sup>7</sup>

Los procesos de la relación médico paciente juegan un papel mediador entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. Entre los problemas identificados se encuentran algunos que están en relación a la comunicación/exploración en la entrevista clínica.<sup>8</sup>

José Fernández Sacasa<sup>9</sup>, explica que la Medicina aparece desde un primer punto de vista como una ciencia biológica, pero tomando en cuenta la esencia social del hombre y de la salud, desde el siglo pasado viene ganando espacio su concepción como una ciencia social. Esto no significa desconocer su componente biológico, sino que lo que se intenta es descentrar todo lo relacionado a la teoría y práctica médica de un reduccionismo biologicista por uno sociologicista; imponiendo un enfoque integral sociobiológico o biopsicosocial de la misma.

La medicina como arte se afianza en la tradición de la relación médico paciente, lo cual integra la capacidad de adentrarse en el mundo interior del hombre sano o enfermo en busca de la comprensión, identificación y solución de sus conflictos, brindándole confianza, tranquilidad y esperanzas.

---

<sup>6</sup> Herrera C. C. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 249 – 255.

<sup>7</sup> Álvarez – Gordillo, G. d – G. – J. – F. (2000). Precepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42 (6), 520 – 528.

<sup>8</sup> Girón, M. B. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76 (5), 561 – 575.

<sup>9</sup> Fernández Sacasa, José (2000). Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo*. 1(1), 5 – 9.

Dentro de la medicina nos encontramos con el método clínico. El interrogatorio médico, plantea Miguel Blanco Aspiazú<sup>10</sup>, que se incluye en la entrevista médica, es parte de la primera fase de la aplicación del método y se considera la más importante, pues garantiza la posibilidad de plantear una impresión diagnóstica correcta. Además permite establecer una relación médico paciente que propicie el buen curso del proceso de atención médica.

También comenta que el único objetivo de entrevistar a un paciente no es sólo llegar al diagnóstico, si bien es una tarea fundamental y de suma importancia no asegura que el curso del cuadro clínico arribe al restablecimiento de la salud, sino que para ello es también un factor y requisito la construcción de una relación profesional con el paciente.

Arribar a un diagnóstico integral implica sobrepasar el paradigma biomédico y llegar a uno holístico y social, para lo cual se deben incluir los elementos que están en relación con los factores de riesgo, los condicionantes psicosociales y la comorbilidad presente en el paciente.

Dentro de la entrevista médica no se deben, ni pueden, eludir las cuestiones que están en relación a las características psicológicas y sociales del paciente, ya que es él mismo el que configura el campo de la entrevista.

En los trabajos de investigación que versan sobre los errores cometidos por los residentes, para la observación y evaluación de las entrevistas se proponen tres aspectos que están íntimamente relacionados de cada una de las esferas psicológicas: la esfera cognocitiva, que incluye los conocimientos del entrevistador que sirven de base para el saber preguntar; La esfera afectiva es aquella relacionada con la empatía médico-paciente; es decir, con el logro del acercamiento afectivo del médico al paciente, el

---

<sup>10</sup> Blanco Aspiazú, M., H. A., B.B. R., M. R. M. (2002). Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cubana Med Milit.* 31 (2), 104 – 109.

proceso por el cual el médico percibe y comprende la experiencia subjetiva del paciente. El error del médico en su relación afectiva con el paciente termina en iatrogenia. Por supuesto, al ser la relación médico-paciente un complejo tan dinámico de ideas, emociones y conductas, existe un espectro de reacciones afectivas y conductuales que pueden aparecer en el paciente durante la entrevista; La esfera psicomotora o conativa es la relacionada con las habilidades del médico para establecer una comunicación clara y organizada con el enfermo, así como un flujo bidireccional adecuado de la información. Estas habilidades determinan el cómo preguntar y se adquieren fundamentalmente en la práctica.<sup>11</sup>

Al advertir este panorama se entiende que es de suma importancia el trabajo de estas cuestiones dentro del ámbito académico de pre grado, ya que se puede brindar material para la creación de talleres participativos, en los cuales los alumnos puedan compartir sus experiencias clínicas y, de este modo, fortalecer y potenciar las herramientas para el abordaje de un diagnóstico, una acción terapéutica, el cual incluye el seguimiento y pronóstico del cuadro clínico. Lo cual, a su vez, puede aportar para la formación de profesionales de la Medicina con una escucha empática que logre una relación médico paciente profesional humanizada.

Todos estos elementos están mediatizados por los procesos de comunicación que se dan dentro de la relación médico paciente, y una comunicación efectiva influye: en la precisión diagnóstica, en la posibilidad de brindar información adecuada tanto a los pacientes como a sus familiares, en la facilitación para el trabajo en equipo, en el mejoramiento en los síntomas psicológicos de los pacientes relacionados con las enfermedades somáticas. Es importante comprender que una adecuada comunicación

---

<sup>11</sup> Blanco Aspiazú, M., H. A., B.B. R., M. R. M. (2002). Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cubana Med Milit.* 31 (2), 104 – 109.

genera de por sí efectos psicoterapéuticos, como así también influye en la comprensión y construcción de un diagnóstico y, por ende, en la adhesión a los tratamientos.

Por lo tanto el presente trabajo tuvo como objetivo describir la valoración de los alumnos de los últimos años de la carrera de Medicina, sobre la influencia de la relación médico paciente en el diagnóstico y tratamiento de un cuadro clínico.

Esta investigación es descriptiva, de campo, no experimental, de tipo cuantitativa y cualitativa y transversal.

La recolección de los datos se dio a través de la aplicación de un cuestionario cerrado, a fin de poder identificar los conocimientos que poseen los estudiantes sobre la relación médico paciente y en relación a la influencia de la misma en un cuadro clínico. Como así también nos brindará datos sobre la valoración que le asignan a la relación médico paciente y su influencia en la aceptación del diagnóstico y la adhesión al tratamiento propuesto.

En este estudio se incluyen el modelo de competencia comunicacional, el cual será concebido en una integración con diferentes posiciones teóricas como la psicología dinámica y la cognitiva. También estarán presentes postulados de la Psicología Médica.

Para una mejor comprensión de la temática en cuestión, se realizó una breve reseña histórica de la evolución del término relación medico paciente, como así también de los factores que en la actualidad ejercen una fuerte influencia y, por ende, una modificación del mismo. Como así también se realizó un reconocimiento de otros conceptos que están en directa relación con la temática, tales conceptos son de salud y enfermedad, el cuerpo, el esquema y la imagen corporal, las relaciones que se dan dentro del campo de trabajo, lo cual incluye las relaciones transferenciales y contratransferenciales, la comunicación dentro de este mismo campo, los métodos de recolección de información

para la construcción del diagnóstico y las características de la persona del médico dentro de su ámbito de trabajo.

## **2. PROBLEMA.**

¿Cuál es la valoración que tienen los alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sobre la influencia de la relación médico paciente en un cuadro clínico?

## **3. OBJETIVOS DE TRABAJO.**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Describir la valoración que los alumnos de medicina le asignan a la relación médico paciente y su influencia en el diagnóstico y tratamiento de un cuadro clínico.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los conocimientos presentes en los alumnos de Medicina sobre la relación médico paciente.
- Reconocer el grado de importancia que los alumnos de Medicina le asignan a la relación medico paciente.
- Examinar los conocimientos presentes en los alumnos de Medicina sobre la influencia de la relación médico paciente en el diagnóstico y tratamiento de un cuadro clínico.

- Indagar conceptos en relación a la salud y enfermedad, la concepción de paciente y de médico, el cuerpo, la comunicación, la formulación de un diagnóstico, la transferencia y contratransferencia.

#### **4. ESTADO DEL ARTE.**

En este punto se procede a exponer los trabajos encontrados que están en directa relación con las temáticas vinculadas a las influencias de la relación médico paciente en un cuadro clínico, como así también se integra la importancia de la comunicación en la práctica médica.

Manuel Girón et al.<sup>12</sup> exploraron la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria. El trabajo se realizó con una metodología de grupos focales de médicos y enfermeros, en el cual participaron 24 profesionales y 22 enfermeros.

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo et al.<sup>13</sup> estudiaron las percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento. Se realizó un estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con tuberculosis. De este estudio se arribó a la conclusión que afirma que una inadecuada relación médico paciente influyó en el retardo en el diagnóstico y la falta de adherencia al tratamiento.

Miguel A. Blanco Aspiazú et al.<sup>14</sup> estudiaron los errores más frecuentes cometidos por los residentes de medicina Interna. Se realizó a través de la observación directa de 60 entrevistas médicas realizadas por residentes. Se plantea que el interrogatorio médico

---

<sup>12</sup> Girón, M. B. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76 (5), 561 – 575.

<sup>13</sup> Álvarez – Gordillo, G. d – G. – J. – F. (2000). Precepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42 (6), 520 – 528.

<sup>14</sup> Blanco Aspiazú, M., H. A., B.B. R., M. R. M. (2002). Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cubana Med Milit.* 31 (2), 104 – 109.

permite establecer una adecuada relación médico paciente y lograr un alto índices de hipótesis diagnósticas correctas.

Cristina Herrera et al.<sup>15</sup> investigaron la relación entre médicos y pacientes con VIH, la influencia en apego terapéutico y calidad de vida. El estudio se realizó con informantes reclutados en grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales de VIH/Sida y servicios de hospitales públicos. A una de las conclusiones que arribaron fue que por la deficiente comunicación con los médicos generó problemas en la adherencia terapéutica.

Jorge A. Franco y Cristina Pecci.<sup>16</sup> realizaron una investigación sobre: la relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. Se seleccionó una muestra consecutiva de 540 pacientes que concurrieron por primera vez al consultorio externo del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas. Se administró un cuestionario que recogía datos sobre variables sociodemográficas, problemas de salud física y psicológica, percepción de la relación médico-paciente, automedicación y creencias relacionadas a la enfermedad y su tratamiento. La educación médica tiene que destacar la importancia de la relación médico-paciente como cimiento de la práctica clínica. Sólo así, a partir de la solidez de esa relación, puede cultivarse la confianza en los procedimientos y tratamientos médicos y plantearse el asesoramiento con fundamento científico sobre otras prácticas.

Xavier Clèriesa, Juli de Nadala y Luis Brandab<sup>17</sup>, tuvieron una experiencia que tenía por objetivo formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios Las expectativas de los ciudadanos y la

---

<sup>15</sup> Herrera C. C. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 249 – 255.

<sup>16</sup> La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. (Franco, Jorge A. Pecci, Cristina). En < <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v63n2/v63n2a03.pdf> > [Consultado: 14/10/2010].

<sup>17</sup> Formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. (Xavier Clèriesa, Juli de Nadala, Luis Brandab). En < <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n1/colaboracion1.pdf> > [Consultado: 16/10/2010].

evidencia que existe sobre la incidencia de la comunicación en los resultados clínicos determinan, entre otros aspectos, la necesidad de que la dimensión comunicacional se integre en la enseñanza del pregrado de medicina. Se aplicó un taller piloto a docentes, luego de la experiencia se realizaron discusiones para constatar los resultados del taller aplicado y se reconocieron la adquisición de nuevos conocimientos.

En 1987, en la Universidad de Mc Master se inició un curso de enseñanza sobre cómo comunicar malas noticias, con el protocolo de seis pasos del Dr. Buckman y col., en los que participaron todos los estudiantes de Medicina de tercer año. Los resultados mostraron que los alumnos lo consideraron como valioso, como así también reconocieron poseer un plan para dar malas noticias.

Bascuñán, Roizblatt y Roizblatt<sup>18</sup>, hicieron un estudio que versa sobre la comunicación de malas noticias, tomada como una práctica inherente a la medicina. El mismo se propone explorar las prácticas de comunicación de malas noticias en distintos servicios hospitalarios de Santiago-Chile con el objeto de contribuir a la formación médica y a la elaboración de políticas de salud locales. Se utilizó una metodología cualitativa consistente en tres grupos focales con una muestra total de 33 médicos de dos hospitales de Santiago-Chile. Como resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones: la comunicación de malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación y que genera preocupación e interés en los distintos servicios hospitalarios. No se dispone de un procedimiento acordado de comunicación de malas noticias. Cada profesional ha desarrollado sus estrategias a partir de la experiencia. El informar al paciente es visto como un deber ético. Se distinguen tipos de malas noticias y estrategias empleadas, así como aspectos facilitadores y obstaculizadores de este proceso comunicacional.

---

<sup>18</sup> Bascuñán, M L (2005). Cambios en la relación médico paciente y el nivel de satisfacción de los médicos, *Revista Médica de Chile*, 133 (1) 11 – 16.

Clara Martínez Hernández<sup>19</sup>. hizo un estudio sobre los errores médicos en la práctica clínica en el Estado de Tabasco y en México. A partir de este estudio concluyó que dentro los errores más frecuentes, se encuentran los que están en relación al mal uso de la relación médico paciente: Los errores médicos producidos por relación deficiente médico paciente pueden deberse a la subvaloración de este aspecto por parte del facultativo, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación o a la inseguridad y la angustia que surge ante la enfermedad del paciente o ante situaciones humanas extraprofesionales que el médico desplaza sobre sus enfermos.

Marisa B. Tsuchida Fernández et al.<sup>20</sup> realizaron un estudio que tenía como objetivo revisar la relación médico paciente y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados con respecto a los médicos. En el mismo se encuestó a 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. A partir del mismo arribaron a la conclusión de que el nivel de satisfacción general era similar al evaluado en otros países, siendo necesario reforzar en los médicos en entrenamiento: las habilidades de la comunicación, el ejercicio de la autonomía de los pacientes, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales.

---

<sup>19</sup>Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. (Martínez Hernández, Clara M.) En < [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu13106.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu13106.pdf) > [Consultado: 10/11/2010].

<sup>20</sup> Tsuchida Fernández, Marisa B., Bandres Sanchez María P., Guevara Linares, Ximena (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Rev. Médica Herediana*. 14 (4), 175-180.

## **5. MARCO TEÓRICO.**

### **5.1 Paradigmas o modelos médicos.**

Elisa Cortese<sup>21</sup>, explica que paradigma deviene de la palabra griega paradigma, que significa "modelo" o "ejemplo". Thomas Kuhn, lo describe como un conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo.

En general, “modelo” es una abstracción de la realidad que reúne las características más dominantes de un tema, sistema, etc. El modelo médico, puesto por consenso, se convierte en una característica estructuralmente dominante, que justifica el calificativo de hegemónico, adoptado voluntariamente por quienes aplican sus normas y procedimientos.

#### **El Modelo Biomédico.**

Fundamentado en las ciencias biológicas, es, sin discusión alguna, el que generó los grandes adelantos de la medicina, surgidos de la investigación y aplicación de sus descubrimientos mediante la tecnología. Sus características principales son su contenido científico, positivista y experimental, lo que implica el estudio analítico de los procesos mórbidos; sus conocimientos son concretos y debidamente verificados. La investigación se realiza con rigor y control; al igual que en la medicina asistencial se exige del diagnóstico y del tratamiento; aplica todos los recursos técnicos a medida que queda demostrada su utilidad y recurre a la colaboración de las matemáticas y la fisicoquímica. En medicina asistencial, lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad: Su objetivo, tratar de conocerla en sus más íntimos detalles. De la macroscopia a la ultramicroscopia, y la estructura molecular. La anatomía patológica es la única en hacer diagnóstico definitivo e inapelable. A su vez, la fisiopatología se

---

<sup>21</sup> Cortese, Elisa N. et al (2004). Psicología médica, salud mental. *Nobuko*. Buenos Aires.

desarrolla paralelamente y la inmunología se incorpora junto con la genética en la etiopatogenia.

Los adelantos logrados explican cambios trascendentes en la atención médica que ha abierto la etapa de la especialización y subespecialización, con necesidad de formación de equipos interdisciplinarios intramédicos para diagnósticos detallados y precisos.

Es una medicina de órganos, organicista, somaticista, morfologista.

Es una medicina cuantitativa y analítica, filosóficamente materialista mecanicista, que por su tendencia a la fragmentación del ser humano deriva hacia el dualismo cuerpo-alma.

Igualmente cabe destacar y no dejar de lado la gran cantidad de aportes y avances que han colaborado con la humanidad, han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar de importantes sectores humanos. No se puede ignorar el extraordinario adelanto logrado en los últimos siglos en el conocimiento y el tratamiento de las enfermedades en general. Pero tampoco es invisible su carácter marcadamente “reduccionista”, consecuencia de una riesgosa despreocupación por el resto de la persona, que es la que sufre ese proceso.

Esta mistificación de lo técnico-científico genera concepciones de prevención y tratamiento de las enfermedades excesivamente subordinados al uso de alta tecnología y centradas en el individuo. El énfasis en lo tecnológico y en lo individual afecta también las concepciones de causalidad de las enfermedades, privilegiando en forma reduccionista los aspectos biológicos por sobre los sociales.

También encontramos aportes que no acuerdan con el reduccionismo del modelo biomédico. Es la concepción psicosomática que se fue definiendo desde fines del siglo XIX.

El modelo biomédico intentó desde un comienzo ordenar y clasificar las enfermedades del ser humano, y lo hizo teniendo en cuenta varios aspectos: etiología, patogenia, sintomatología, topografía. Todo ello referido a lo que acostumbramos designar genéricamente “clínica”, mientras formaban cuerpo aparte el conjunto de afecciones de la psiquis y la mente, agrupadas en el rubro “psiquiatría”. Se diseñaron clínica y psíquicamente dos campos que se mantenían separados. Sin embargo, la evolución de esta última disciplina, cada vez más empeñada en consolidarse con un fundamento neurofisiológico y bioquímico, y las escuelas de Freud, Pavlov y Cannon, dieron comienzo al intento de establecer puentes de conexión entre ambos campos de la patología, que se ampliaron cuando la realidad de la patología clínica se encontró con el hecho insoslayable de la participación del sector psíquico en gran cantidad de enfermedades, especialmente de evolución crónica. Se comenzó a hablar de afecciones psicósomáticas, denominación de connotación etiológica a la vez que sintomática que llevó, incluso, a establecer una distinción (que no llegó a concretarse) entre afecciones psicósomáticas y somatopsíquicas, según cual fuera el sector más comprometido o la etiología más destacable.

Pero a medida que se profundiza en el examen de todas las afecciones que padece el ser humano, se descubre que los factores psíquicos y somáticos actúan como etiología y simultáneamente como manifestaciones de uno y otro orden, por lo que se llega a la conclusión, sin establecer prioridad de lo uno sobre lo otro, que siempre estamos en presencia de padecimientos psicósomáticos.

En suma, todas las enfermedades reconocen factores psíquicos y somáticos en su etiología, y tienen tanto manifestaciones psíquicas como somáticas.

Vinculada con la concepción psicósomática, cabe señalar el extraordinario desarrollo del psicoanálisis, con su derivación, la terapéutica psicoanalítica. No cabe duda de que

esta concepción contribuyó al mejor conocimiento del hombre, especialmente en su interioridad afectiva y emocional, habida cuenta de que los procesos psíquicos se expresan y evidencian en forma indirecta y simbólica.

### **Medicina Antropológica.**

Si con la medicina psicosomática “el sujeto entró en la medicina”, con la medicina antropológica es la sociedad la que entra en la medicina, a través del hombre social. De esta manera arribamos a la medicina antropológica, que es la medicina del hombre social.

La medicina antropológica es cualitativa, Considera al hombre enfermo como un todo, como una integridad. La persona vive y se desarrolla en un entorno físico y social. Es igualmente la medicina ejercida con base ética. “El enfermo no es una idea teórica, filosófica; es una noción concreta, viviente, sensible, real.

Sus antecedentes son de vieja data, pues surgen del mismo Hipócrates, quien se preocupaba más del enfermo que de la enfermedad.

La meta de la medicina es social; no se trata sólo de curar una enfermedad y restaurar un organismo. Su objetivo es mantener al hombre adaptable a su ambiente, como un miembro útil de la sociedad, o readaptarlo, según sea el caso. “La tarea de la medicina es buscar la salud, prevenir la enfermedad, tratar a los enfermos cuando ya la prevención no es posible y rehabilitar a las personas que ya han sido curadas. Éstas son funciones sociales y debemos considerar la medicina principalmente como una ciencia social”.

La denominación “medicina antropológica” es preferible ya que define mejor el concepto de integralidad que subyace en esta medicina que considera al hombre como persona, como un todo.

La medicina antropológica con su condición esencial de ser medicina de la persona, es la que en la etapa actual de la historia de la humanidad, se constituye en el modelo médico que nos permite ejercer la profesión médica de acuerdo con las normas éticas que nos indican el camino para obrar: amor y respeto al prójimo; justicia y defensa de la libertad y dignidad humana.

Esta manera de pensar permite acercarse hacia el desarrollo de una teoría integral de la medicina que facilita a su vez comprender los fenómenos que predisponen, determinan y mantienen las enfermedades.

El modelo integral, holístico, está basado en los siguientes cinco principios:

1. un concepto positivo e integrativo de la salud,
2. la necesidad de participación activa del individuo en el cuidado de la salud,
3. el concepto de educador-facilitador del médico,
4. el concepto multifactorial de las enfermedades y
5. el empleo igualmente de procedimientos naturales, no invasivos, no ortodoxos para tratar enfermedades.

La concepción antropológica, suma de la medicina científico-natural y la sociopsicosomática, está basada en la idea de que la enfermedad es el producto de un proceso por el cual el organismo ha tratado sin éxito de protegerse de influencias adversas, es decir la adaptación biológica ante las amenazas a su estado de equilibrio.

En este enfoque integral de la medicina deben considerarse todos los factores que actúan a distinto nivel. Solamente así se podrá entender a la enfermedad y al enfermo que reacciona ante ella en un momento dado.

La medicina, superando el exclusivísimo organicista y psicologista, emprende con vigor el camino de una concepción totalizadora del ser humano. Comprende el estudio de las causas de la enfermedad, que implican el individuo y el ambiente en que éste se

desenvuelve. Saltamos de una visión analítica a una visión sintética, dejando de ver la enfermedad como proceso localizado para apreciarla como una reacción vital e, incluso, como un modo de conducta. El resultado es el modelo integral, holístico, de la persona, con lo cual “humanizamos la técnica”.

La medicina antropológica, o sea integral no rechaza y menos reniega de la técnica, sino que amplía su terreno de acción. Con el mismo rigor que estudia y trata el cuerpo, debe hacerlo con la mente.

El modelo antropológico, permite el mejor aprovechamiento de la tecnificación creciente. Le adjudica mayor campo de acción: soma y psiquis más sociedad en que vive el hombre; pero también, por eso mismo, le impone un más adecuado uso en la práctica médico-asistencial.

La medicina antropológica es medicina integral del hombre. Implica diagnóstico integral.

Esta concepción resalta que la prevención de la enfermedad es tarea primordial de la medicina, para lo cual ésta debe formar un frente con las demás profesiones que participan en el cuidado de la salud.

De todos modos hay que prestar cuidado cuando se habla de adaptación o desadaptación al medio ambiente.

### **Medicina en Crisis.**

La Dra. Elisa Cortese et al, en su libro *Psicología Medica y Salud Mental*<sup>22</sup>, desarrolla sobre los momentos socio históricos en los que en la medicina se han gestado cambios. Explica que cuando se habla de “crisis de la medicina” es a partir del concepto de “cambio de paradigma” en el sentido de Thomas Kuhn. La cuestión de la crisis pasa

---

<sup>22</sup> Cortese, Elisa N. et al (2004). *Psicología médica, salud mental. Nobuko*. Buenos Aires.

fundamentalmente por el plano de la ambigüedad del presente de la medicina, su poderío y fragilidad, al par el progreso científico-tecnológico y la deshumanización. El término de crisis puede ser leído como desajuste, desequilibrio o ruptura en un proceso de la realidad.

La medicina, que por su condición instrumental y finalidad práctica incuestionable, adhirió al positivismo como máximo exponente de lo considerado científico. Paradójicamente, en el momento en que la ciencia y la técnica médicas demuestran su mayor penetración y poderío, parte de campo de la medicina se cuestiona y autocritica, y en esos desencuentros teórico práctico es donde se engendra el posible cambio de paradigma.

La historia crítica de la medicina actual puede resumirse en tres momentos especialmente significativos:

El primero ocurre en los años inmediatamente posteriores a la Primera Guerra Mundial, cuando por primera vez se registra en la letra la “crisis de la medicina”, un movimiento de la literatura médica alemana que proponía la reforma de la medicina oficial e introducía una mentalidad neokantiana en el estatuto epistemológico de aquélla, esto es, una visión científico-cultural complementaria de la científico-natural.

El siguiente punto de inflexión en el modelo biomédico se produce con la Segunda Guerra Mundial, tras la que surge justamente una “organización mundial de la salud” y el modelo sanitario propio del “Estado de bienestar”.

Por último, la crisis económica de los años 70 ha puesto al descubierto las falencias de dicho modelo, por el cual la salud pasó de ser bien de producción a ser bien de consumo, con el efecto paradójico de que una mayor atención médica no lleva necesariamente a mejor sanidad.

La crisis en la presente medicina tendría, pues, su razón histórica en esas tres transformaciones, de características predominantemente académica la primera, sociopolítica la segunda, y económica la tercera. La situación actual es de creciente crítica al modelo biomédico y la concepción positivista de la medicina, a partir del cual se puede vislumbrar un posible cambio o transformación o reformulación a favor de una racionalidad humanística, hermenéutica y normativa. Es necesario una visión y concepción del hombre, ya sea desde el lugar del paciente o del médico, en términos psicosociales e históricos, en fin una visión holística del ser.

## **5.2 Concepto salud y enfermedad.**

Todos los conceptos o conceptualizaciones depender del marco teórico al que se adhiera, como así también dependen de los paradigmas a los cuales hagan referencia. Por lo tanto no es lo mismo pensar a la salud, enfermedad o al mismo paciente desde un modelo biomédico que desde un modelo que contemple los factores sociales, históricos, psicológicos, entre otros.

El Dr. Gabriel Battistella<sup>23</sup> desarrolla los conceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y explica que la misma define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social” y agrega: “y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En la definición de la OMS se incluyen el aspecto subjetivo al incluir en una parte el estado completo de “bienestar” y tomando a la persona como un ser “biopsicosocial”.

En su enunciado “es el estado completo de bienestar.....”, muestra a la salud como algo fijo, estático. La salud dista mucho de ser estática, la salud es un proceso en

---

<sup>23</sup>El proceso Salud Enfermedad. (Battistella, Gabriel). En <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf> > [Consultado 12/11/2010].

continuo cambio. La salud es un estado continuo de adaptación. Está influenciada por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores que hacen a la constante adaptación del hombre en el medio.

Esta definición se ajusta a un modelo cartesiano que se sustenta en el paradigma biomédico, un paradigma convencional y reduccionista.

El modelo biomédico está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica. Este modelo está influenciado por el pensamiento newtoniano-cartesiano. La principal característica es su enfoque reduccionista, que explicaría este concepto con la teoría de que todos los aspectos de un organismo podrían entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción entre ellos. La enfermedad es aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar. El objetivo Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades. Posee un Modelo Unicausal, la enfermedad se produce por una sola causa.

Este enfoque deja afuera todo lo relacionado con la esfera psicosocial. La cultura, la religión los hábitos no tendrían participación en el proceso de salud enfermedad.

El concepto de unicausalidad está relacionado al modelo biomédico, en el que la enfermedad es producida por una causa específica.

La multicausalidad o plurietiología se refiere a que las enfermedades están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. Así como decíamos que en un primer momento las enfermedades que predominaban eran las infecciosas y de allí el surgimiento de la unicausalidad (agente etiológico-enfermedad) con la civilización y el desarrollo aparece el concepto de multicausalidad.

Los fenómenos de salud son dinámicos. Cuando hablamos a cerca de la definición de salud de la OMS dijimos que mostraba un modelo estático. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta. Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud – enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos “proceso salud enfermedad”. No hay un punto límite exacto entre ellos.

Este concepto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que esta va a afectar de manera diferente al individuo. No hay abordaje de enfermedades sino de sujetos enfermos.

Asa Cristina Laurell<sup>24</sup>, quien desde la corriente de pensamiento que conforma la Medicina Social, sostiene que la salud/enfermedad de la colectividad constituye una expresión de procesos sociales, estando atravesado por lo económico, lo político e ideológico de la sociedad. Debe tomarse a la salud/ enfermedad como dos momentos de un mismo proceso, teniendo el mismo un carácter social en sí mismo.

Enrique Saforcada<sup>25</sup>, plantea las relaciones entre "calidad de vida y salud", propone que los factores y procesos implicados en el concepto de calidad de vida se reconocen como

---

<sup>24</sup> Laurell, A. Cristina (1986). "El estudio social del proceso salud - enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médicos Sociales*. Ed. C.E.S.S. 37.

<sup>25</sup> Saforcada, Enrique (1988). "Calidad de vida y salud". Cátedra de salud pública y salud mental. U.B.A. Ed. Mimeo. Buenos Aires.

causas determinantes y predisponentes de los fenómenos emergentes en el continuo salud/enfermedad.

### **5.3 El cuerpo del hombre y su construcción.**

Al ver un cuerpo, ya sea el propio como el de otro, nos encontramos con una imagen que puede llevarnos a entenderlo como una porción de materia, como un conjunto de órganos que se articulan y relacionan mutuamente, como un sistema que naturalmente tiende a la homeostasis, en fin se lo puede concebir de múltiples aspectos. Pero lo que es imprescindible comprender es que el cuerpo es y se hace, se construye en relación a otro que colabore para dicho crecimiento, ya que el cuerpo no puede ser escindido de lo psíquico y en conjunto se irán constituyendo.

La Licenciada María Nuñez<sup>26</sup>, explica que el ser humano nace prematuro, es decir nace antes de que su cuerpo haya madurado en su totalidad respecto de la posibilidad de realizar funciones y conductas tendientes a garantizar su subsistencia. El niño al nacer sólo posee algunos reflejos innatos, como el reflejo de succión. Por lo tanto por nacer prematuro e indefenso necesitara de los cuidados y asistencia de su madre, o quien ejerza esa función, para sobrevivir y desarrollarse. Será ella entonces quien, cuando el niño llora, nombrará ese grito como hambre o sueño, etc. Es decir que durante mucho tiempo predecirá y nombrará las manifestaciones del niño, es decir que suplirá su indefensión.

Los cuidados maternos ponen al cuerpo del bebé en contacto con el cuerpo de la madre, cuando lo alimenta, lo cambia, lo acaricia, etc. El cuerpo biológico del bebé es un cuerpo sensible en todo su revestimiento cutáneo – mucoso a la excitación sexual.

Principalmente las mucosas del cuerpo, los orificios, la piel, las zonas erógenas, es

---

<sup>26</sup> Nuñez, María (2011), “Algunas conceptualizaciones respecto del cuerpo en psicoanálisis y acerca de la constitución del Yo”. *Material de circulación interna, Cátedra de Psicología médica, Carrera de Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

decir, pasibles de ser asiento de excitación sexual. Estas zonas (ojos, boca, ano, etc.) constituyen el origen del desarrollo psicosexual. En los intercambios que se tiene con la madre no se trata solamente de satisfacer necesidades vitales, sino de participar activamente de un proceso que cada vez aleja más al niño del mundo de la naturaleza, inaugurando un modo de relacionarse con los otros más pleno y más complejo.

El hombre posee memoria, es decir la capacidad de inscribir huellas mnémicas de sus experiencias. En cada experiencia de satisfacción el niño inscribirá una huella mnémica. Un registro de estas experiencias que implican tanto la satisfacción de la necesidad como la imagen motriz del movimiento reflejo que le permitió la descarga y el placer que esto le produjo. El hecho de conservar un recuerdo, una huella mnémica de lo percibido, tanto desde el interior del cuerpo como desde el exterior, no reemplaza a los objetos de la realidad sino que es su representación, es por esto que el chupeteo calmara al bebé pero solo por un rato y luego llorara hasta que lo alimenten.

La madre lo provee de lo necesario, es decir alimentos y cuidados, porque para ella es necesario que ese niño que ella ama viva y se desarrolle. Así la madre, por amor, despierta al niño al mundo del placer. Así, los intercambios de sustancias y aseos serán un dialogo de amor y placer entre ambos. Para el niño, la presencia de la madre, su contacto, su voz, empezaran a ser tan necesarios como el alimento. De esta forma se independiza el ser humano de la pura necesidad biológica.

Así el cuerpo del bebé libidinizado, erogenizado, en el contacto con el cuerpo materno, es un cuerpo que provee una información acerca de lo que percibe que nada tiene que ver con lo que biológicamente sucede en el, por lo menos en lo que se refiere a sus estados de homeostasis y que no se tratara exclusivamente de ausencia o presencia de ciertas sustancias materiales o químicas, sino de la presencia o ausencia de algo que no está en la realidad más que representado, es decir el recuerdo del amor y el placer.

Sus orificios, boca, ano, ojos, oídos, etc., y toda la superficie de su cuerpo, así erogenizados, inscribirán en los sucesivos intercambios entre su cuerpo y el exterior, las excitaciones percibidas y por lo tanto inscriptas en su psiquismo. Estas constituirán un cumulo de información al principio caótico y fragmentado. Una serie de datos que no le proveen en su diversidad más que una idea de su cuerpo como partes aisladas, y en la que incluso el cuerpo de su madre forman también parte de su cuerpo, ya que en cada experiencia sensible, al ser estas de contacto, no puede el niño discriminar, al principio, por donde termina su cuerpo y empieza el otro. Tendrá entonces una imagen de su cuerpo como fragmentado, y mucho más amplia de lo que su cuerpo realmente es.

El ser humano habla de su cuerpo como si fuera algo que le es ajeno y mantiene con él una relación, por ejemplo, se me canso el cuerpo, siento mi cuerpo como dolorido. Incluso hay algo previo al nacimiento de un niño que hará posible la existencia del mismo antes de que su cuerpo este en este mundo, esto está en relación con los deseos y fantasías que tienen sus padre por ese niño por venir. Por otro lado y en el otro extremo de la vida, luego de morir se conservara parte de nosotros en la memoria de otros. La duración del hombre excede la temporalidad de su cuerpo biológico, vivimos en un cuerpo, aun antes o después que éste esté en el mundo.

Para la anatomía, el cuerpo es un cuerpo en el que a una parte le sigue otra parte, todo perfectamente articulado y ensamblado. El cuerpo erógeno, no es un cuerpo constituido desde la anatomía en el sentido de que lo que sabe de él, el niño nada tiene que ver con lo que los médicos saben de él, cuando nacemos no tenemos un cuerpo.

El diccionario muestra diferentes acepciones del concepto de cuerpo. Desde un punto el cuerpo es considerado como lo que tiene extensión limitada, es impenetrable. La segunda acepción muestra que el cuerpo es en el hombre y los animales materia orgánica que los constituye. La primera definición es general, se refiere a los cuerpos

como ocupante de un espacio, la segunda habla de los cuerpos de los seres vivos. En este sentido el organismo animal y humano son cuerpos, sin embargo sólo el hombre es el que sabe que tiene un cuerpo, sólo el ser humano es consciente de que tiene un organismo, que posee un cuerpo.

Por lo tanto en el ser humano, ser consciente de sí mismo es un tributo propio de su especie. Así como somos conscientes de nosotros mismos, también lo somos que tenemos un cuerpo y esto implica entonces que el cuerpo se comporta para nosotros también como un atributo.

Lo adquirido filogenéticamente por la especie humana será adquirido por cada hombre en su evolución. La capacidad intelectual es al nacer solo una potencialidad que necesitará maduración y desarrollo para su adquisición. El bebé recién nacido no puede decir Yo, ni tiene consciencia de sí, ni tampoco tener consciencia de tener un cuerpo y menos de tener un cuerpo integrado en una unidad armónica tal como le atribuye la medicina. Pasará bastante tiempo hasta que pueda atribuirse a sí mismo un cuerpo y reconocerlo como propio y distinto y conformando una unidad.

Es por esto que podemos afirmar que hay un proceso de constitución del cuerpo como representación y un proceso de constitución del Yo. Ambos procesos son simultáneos en el niño. Para llegar a esta idea del cuerpo será necesario que a ese organismo viviente se le agregue una imagen que lo represente en su psiquismo. Esa imagen será la que le dará al cuerpo del niño una unidad en su psiquismo.

Como ya se había mencionado antes, la madre del niño considera que su hijo posee un cuerpo anatómico, armónico y completo, de hecho lo representa mucho antes de su nacimiento. Cuando lo mira verá mucho más de lo que el niño puede expresar, por su parte el niño percibirá sensaciones registrables como placenteras o displacenteras en la medida en que se mantenga o no un equilibrio, un estado de homeostasis de tensiones.

Estas se irán registrando en la memoria, pero estas sensaciones internas no podrán ser en principio integradas entre sí. Su inmadurez propioceptiva determina la imagen el cuerpo fragmentado, incoordinado porque no está en condiciones de integrar todos los estímulos que recibe y referirlos a una imagen unificada del cuerpo, ya que no la posee. Esta imagen se irá adquiriendo poco a poco. La idea de un cuerpo unificado se va construyendo en el psiquismo a través de la imagen que le ofrece el espejo, a partir de allí tendrá una idea de su cuerpo representada por esa imagen. La inmadurez propioceptiva contrasta con que los seis meses de edad su función visual se halla en un perfecto desarrollo comparado con las funciones de coordinación motriz y postura vertical, por lo tanto si colocamos al niño frente al espejo verá la imagen que éste le devuelve, una imagen del cuerpo completo. El espejo le ofrece la imagen de una totalidad, de una integridad de la que carece el niño. En la fase del espejo se identifica al niño con una imagen la del cuerpo propio. Imagen que confirma en la mirada de sus padres que lo sostienen frente al espejo. El niño ve que sus padres le sonrían y hablen de su imagen en el espejo como hacen habitualmente con él, esto es lo que hace posible que él se reconozca en aquella imagen.

La Lic. Núñez<sup>27</sup>, explica que fase del espejo es un ejemplo, un testimonio de que esto ha ocurrido ya que un niño aún siendo ciego o sin espejos de por medio podrá constituir la imagen del cuerpo de sí, fundamentalmente a través del modo en que es tratado, mirado y considerado por sus padres, y a través de diversas experiencias sensoriales hasta constituir esa imagen.

Es a partir de la constitución de esta imagen de sí, de esta imagen de su cuerpo, tendrá una idea de su cuerpo representada por esta imagen. En ese momento su cuerpo

---

<sup>27</sup> Núñez, María (2011), "Algunas conceptualizaciones respecto del cuerpo en psicoanálisis y acerca de la constitución del Yo". *Material de circulación interna, Cátedra de Psicología médica, Carrera de Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

biológico, su organismo como cúmulo de sensaciones fragmentarias será la idea, esta imagen, esta representación que lo unifica.

### **Yo corporal.**

Al mismo tiempo que se constituyen en su psiquismo esta imagen, se constituye una idea de yo, por ejemplo, al identificar esa imagen del espejo como él mismo, ese niño del que la madre habla es él, allí se constituye el Yo, la primera idea de Yo, un Yo Corporal. Es allí donde se cobra consciencia de sí mismo en el exterior operada como un elemento mediático: una imagen de Yo. De ese modo el niño podrá, anticipadamente a sus posibilidades madurativas, por medio de la identificación con esta imagen que le sus padres, accede a la posibilidad de tener una idea de sí mismo como algo distinto y superior a lo que la naturaleza le provee hasta ese momento.

Decir que su yo se identificara a esa imagen anticipada de lo que es capaz propioceptivamente de captar de su cuerpo implica decir que la posibilidad propiamente humana de representación provee al hombre de una existencia fuera de ese cuerpo biológico prematuro. Como así también ese niño llamado por madre de determinada manera, soñado, deseado e imaginado, ese niño, que ese Yo representa, no reside en ese cuerpo todavía inmaduro, ya es más que eso. Es decir que ese niño vivirá en un cuerpo que tendrá en cuerpo como representación. Dejará de ser un puro organismo sin consciencia.

Es a través de estos desarrollos que se puede comprender que el cuerpo no es un cuerpo dado desde un inicio, que el constructo fisiológico no alcanza para comprender el concepto del cuerpo humano.

## **Psiquis y cuerpo.**

Siguiendo estas teorizaciones podemos entender la existencia de afecciones en las cuales, en mayor o menor medida, se ven involucrados procesos psíquicos, tanto en sus orígenes, como desarrollo y desencadenamiento. Esto se debe a que el cuerpo, el organismo no se encuentra escindido de lo psíquico, de lo emocional, de la historia por la que dicha persona – paciente ha tenido que recorrer antes de llegar a una consulta. Dichos acontecimientos, ya sean del pasado o del presente, configuran un modo de ser y de considerar al mundo y los sucesos que lo rodean, esto incluye sus concepciones acerca de su cuerpo, de la salud y enfermedad, de los procesos curativos y terapéuticos. Por lo tanto Cuando el médico se encuentra con pacientes que parecieran rebelarse ante la curación, se debe comenzar a intuir que todos los síntomas y signos que el paciente, además de su actuación físico química, implica un nivel más complejo y este nivel es el de Significación, es decir, cualquier transcurso orgánico implica una significación para el paciente que lo padece. Esta significación podrá ser conocida, o consciente o lo que es más habitual, desconocida o inconsciente.

Ese cuerpo que presenta trastornos con significados precisos que debemos develar para favorecer el proceso de la cura se apoya en el cuerpo biológico, pero lo trasciende. Se lo denomina como cuerpo simbólico, e implica la captación de una dimensión simbólica de los trastornos corporales. En definitiva, es un cuerpo que nos habla sin palabras.

Toda realidad corporal, dentro del espectro de la salud o de la enfermedad, implica una realidad simbólica, una realidad significativa y oculta. El símbolo tuene dos niveles articulados, uno explícito y otro latente, y es este que el se postula como fundamental para el desciframiento del mensaje que el padecimiento corporal expresa.

Se intentara una traducción desde un idioma corporal de significación desconocida, a otro lenguaje, el de las palabras que implica una codificación de significados

compartida para todos. Este lenguaje corporal tiene cuatro idiomas básicos que son denominados: Conversión, Somatización, Hipocondría y Enfermedades psicósomáticas. Conocer este tipo de trastornos tiene una importancia. Desde el punto de vista teórico permite todo un desarrollo de un campo de conocimiento, como es la aplicación de conceptos psicológicos a la medicina, con beneficio para ambas ciencias. Como así también es importante tener en cuenta que ante el desconocimiento de estas entidades nosológicas se pueden ocasionar graves errores diagnósticos.

La Conversión está determinada por la existencia de un conflicto psíquico inconsciente, que se expresa a través del sistema orgánico, representando dicho síntoma una satisfacción sustitutiva. La representación que por su naturaleza no puede hacerse consciente ya que despertaría una intensa angustia, derivando su carga al soma, ocasionando el trastorno, siempre de naturaleza funcional, es decir, sin lesión. El trastorno expresa simbólicamente el conflicto inconsciente.

La situación de que la aparición de una conversión dependa de una situación conflictiva inconsciente y reprimida, impide habitualmente su desaparición en forma espontánea. Puede reducirse con medidas generales que favorezcan la tranquilización del paciente, pero la desaparición solo se logra con la interpretación del conflicto de base.

Su tratamiento es básicamente con una psicoterapia profunda.

En la Somatización, según varios autores, no habría un mecanismo propiamente psicológico. Sería la expresión de una tensión somática. En este caso no hay conflicto psíquico que pueda ser interpretado, pero se puede trabajar con el origen de la angustia.

En los pacientes Hipocondríacos se observa una dificultad total o parcial de expresión de sus conflictos psicológicos con representaciones psíquicas. Es decir, corresponde a los trastornos psicológicos de la personalidad, de tipo delirante, donde el universo simbólico del paciente está seriamente alterado, es por esto que se dice que estos

pacientes tienen la locura puesta en el cuerpo. Muchos autores consideran que la hipocondría está dentro de las psicosis. El tratamiento es principalmente psiquiátrico, estos son pacientes sin conciencia de enfermedad mental, por lo que habitualmente rechazan firmemente la consulta con el psiquiatra.

La Enfermedad psicósomática, que se diferencia de la medicina psicósomática, la cual implica una visión totalizadora de la realidad que implica la enfermedad y el enfermo, en este sentido la medicina siempre intenta tener una actitud psicósomática.

A diferencia de los otros pacientes, en estos encontramos una lesión tanto a nivel funcional como orgánico. Dentro de la lista de enfermedades psicósomáticas encontramos la úlcera duodenal, el asma bronquial, hipertensión arterial, la colitis ulcerosa, entre otras. El paciente psicósomático está expresando en su patología la existencia de una estructuración psíquica alterada, que no ha alcanzado niveles evolutivos superiores y que se manifiesta principalmente por un registro visceral de su mundo afectivo.

En otras palabras, en la conversión debemos buscar un conflicto inconsciente subyacente a la misma, en la somatización se relaciona con una expresión somática de la angustia elevada, la hipocondría como una grave alteración del universo simbólico del paciente y en este caso se puede hablar de una disposición psicológica especial en la cual los requerimientos básicos de hambre y amor son expresados simultáneamente por el órgano de choque. La elección del sistema de la economía afectada dependerá de la historia del sujeto, particularmente con la madre. Si en la persona normal solo el hambre de comida se manifiesta a través de la hipersecreción gástrica, en el paciente psicósomático también el hambre de amor determina a reacción visceral. Estos pacientes poseen una especial dificultad en el registro simbólico de los conflictos psicológicos.

Si bien se supone, que cuando un paciente padece algún tipo de afección que le genera malestar hará todo lo necesario para poder liberarse del mismo, lo cual incluye la adhesión y aceptación de las indicaciones terapéuticas acordadas con el médico, no siempre sucede esto, sino todo lo contrario; para poder comprender dichas cuestiones encontramos que el Dr. Alfredo Grande<sup>28</sup> toma de las teorizaciones psicodinámicas estudios sobre los conceptos de beneficios primarios y secundarios de la enfermedad. Beneficio de la enfermedad designa, de un modo general, toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad. El beneficio primario es la satisfacción hallada en el síntoma, huida de la enfermedad y modificación favorable de las relaciones con el ambiente. El beneficio secundario se podría distinguir de lo anterior por: su aparición con posterioridad como ganancia suplementaria, su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas, el hecho que se trata de satisfacciones narcisistas más que de satisfacciones directamente libidinales. La teoría freudiana admite la idea de que la enfermedad se desencadena y mantiene en virtud de la satisfacción que aporta al individuo. Freud dirá que el beneficio primario va ligado al propio determinismo de los síntomas. En el distingue dos partes: la parte interna del beneficio primario que consiste en la reducción de tensión que procura el síntoma, éste por más doloroso que sea, tiene por finalidad evitar al sujeto conflictos a veces más penosos, es el mecanismo llamado huida a la enfermedad. La parte externa estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta a las relaciones interpersonales del sujeto. Para describir el beneficio secundario se alude al caso de la neurosis traumática o una enfermedad como consecuencia de un accidente. El beneficio secundario se materializa en este caso por la indemnización percibida por el enfermo. De esta manera el beneficio secundario se

---

<sup>28</sup> Grande, Alfredo (2011). Campo dinámico de la relación asistente – asistido, *Cátedra de Psicología Médica, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

aclara al compararlo con el combate defensivo secundario emprendido por el Yo, no directamente contra el deseo, sino contra un síntoma ya constituido. Defensa secundaria y beneficio secundario aparecen como dos modalidades de respuesta del Yo a este “cuerpo extraño” que es el síntoma, es como si el Yo se comportara guiado por la idea que el síntoma persistirá en lo sucesivo y no podrá eliminarlo, no quedando otro remedio que obtener de la situación el mayor beneficio posible. Este beneficio secundario de la enfermedad constituye una verdadera incorporación del síntoma al Yo. Otro fenómeno observado por Freud en algunos tratamientos psicoanalíticos y que constituye un tipo de resistencia a la curación singularmente difícil de vencer, es decir que cada vez que se espera una mejoría dentro de un tratamiento, tiene en su lugar una agravación, como si ciertos individuos prefieren el sufrimiento a la curación. Se trata de una cierta dificultad para el sujeto de renunciar a sus fijaciones libidinales, de un modo inconsciente.

### **Esquema e imagen corporal.**

Francoise Dolto<sup>29</sup>, en su obra “La imagen inconsciente del cuerpo”, explica los conceptos de esquema corporal e imagen corporal y como se van construyendo en el hombre. Esta autora expresa que no hay que confundir imagen del cuerpo con esquema corporal. El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, el cual es en principio el mismo para todos. La imagen del cuerpo, en cambio, es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. La misma es el soporte del narcisismo y es inminentemente inconsciente.

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de una especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en las que vive. Este esquema

---

<sup>29</sup> Dolto, Francoise (1986). “La imagen inconsciente del cuerpo”. *Ediciones Paidós, Barcelona*.

corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería para siempre un fantasma no comunicable.

Si en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de un tipo de relación libidinal. De ello resulta que el esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente.

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones eróticas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, ante inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “Yo”, antes que sepa decirlo, es decir que el sujeto inconsciente deseante en relación con el cuerpo existe ya desde la concepción. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional.

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por (y entrecruzada con) nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto con el otro sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo.

El esquema corporal, que es una abstracción de una vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido.

El esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio a la experiencia inmediata. Es evolutivo en el tiempo y espacio. La imagen del cuerpo es inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, la imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones.

La imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal, y más particularmente aquellas que inducen a los encuentros interhumanos, entre los cuales el contacto y decires de la madre son predominantes.

La imagen del cuerpo está del lado del deseo, no ha de ser referida a la mera necesidad corporal o fisiológica. La imagen del cuerpo, que puede pre existir pero que es coexistente a toda expresión del sujeto, da testimonio de la falta en ser que el deseo apunta a colmar, allí donde la necesidad apunta a saturar una falta en tener del esquema corporal. Las pulsiones, que emanan del substrato biológico estructurado en forma de esquema corporal pueden pasar a la expresión en el fantasma, como en la relación transferencial, por intermedio de la imagen del cuerpo. Si el lugar, fuente de las pulsiones, es el esquema corporal, el lugar de su representación es la imagen del cuerpo. No obstante, la elaboración de esta imagen del cuerpo puede ser estudiada tan sólo en el niño, en el curso de la estructuración de su esquema corporal, en relación con el adulto educador, porque lo que se llama imagen del cuerpo queda después reprimido, en particular por el descubrimiento de la imagen escópica del cuerpo, y luego por la castración edípica.

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la

integridad del organismo, o de sus heridas transitorias o indelebles, nuerológicas, musculares, óseas y también nuestras sensaciones viscerales, circulatorias. Ciertamente, afecciones orgánica precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal, y éstos, debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas en la imagen del cuerpo.

Un ser humano puede no haber estructurado su imagen del cuerpo en el transcurso del desarrollo de su esquema corporal.

Dolto<sup>30</sup> formula la hipótesis de que la estructuración de la imagen del cuerpo se debe en gran parte al hecho de que la instancia tutelar, desorientada por no obtener nunca las respuestas habitualmente esperadas de un niño de determinada edad, que mediante un cuerpo a cuerpo dirigido sólo a la satisfacción de sus necesidades, abandonando su humanización.

Si el esquema corporal y la imagen del cuerpo se hallan en relación, es sólo por los dos procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo, por una parte, y las palabras venidas de otro para humanizar estas percepciones, por la otra.

Edificada en la relación de orden lingüístico con el otro, la imagen del cuerpo constituye el medio, el puente de la comunicación interhumana. Sólo por la palabra deseos pretéritos han podido organizarse en imagen del cuerpo, sólo por la palabra recuerdos pasados han podido afectar zonas del esquema corporal, convertidas por este hecho en zonas erógenas, aún cuando el objeto del deseo ya no esté. Si no ha habido palabras, la imagen del cuerpo no estructura el simbolismo del sujeto, sino que hace de éste un débil ideativo relacional.

La imagen del cuerpo no es un dato anatómico natural como puede serlo el esquema del cuerpo, sino que se elabora en la historia misma del sujeto, por lo tanto se construye y

---

<sup>30</sup> *Ibíd.*

modifica a lo largo del desarrollo del niño. Es por esto que se pueden distinguir tres modalidades de una misma imagen del cuerpo: imagen de base, imagen funcional e imagen erótica, constituyendo y asegurando todas ellas juntas, la imagen del cuerpo viviente y el narcisismo del sujeto en cada estadio de su evolución. Estas imágenes se hallan ligadas entre sí en todo momento y lo que los mantiene cohesivos es la imagen dinámica, designando con ello la metáfora subjetiva de las pulsiones de vida que, originadas en el ser biológico, son continuamente sustentadas por el deseo del sujeto de comunicarse con otro sujeto, con ayuda de un objeto parcial sensorialmente significado.

La primera componente de la imagen del cuerpo es la imagen de base. Esta es lo que permite al niño experimentarse en una mismidad de ser, en una continuidad narcisista o en una continuidad espaciotemporal que permanece y se urde a partir de su nacimiento, a pesar de las mutaciones de la vida. De esta mismidad procede la noción de existencia. El sentimiento de existir de un ser procede de esta convicción de continuidad. Si bien el narcisismo es continuidad, no impide que tenga una historia y no por ello menos susceptible de modificaciones. La imagen de base garantiza su cohesión narcisística.

Hay una imagen de base propia de cada estadio, después del nacimiento aparece primero una imagen de base respiratorio-olfativo-auditiva, a la misma le sigue una imagen de base oral (la cual no sólo comprende a la primera, sino también la zona bucal-faríngeo-laríngeo, al tórax, les asocia la imagen del vientre y la representación de lo lleno y vacío), la tercera imagen de base, es la imagen de base anal, le añade a las dos primeras el funcionamiento de retención o expulsión de la parte inferior del tubo digestivo, como así también representación de las heces y perineo.

La segunda componente de la imagen del cuerpo es la imagen funcional. Mientras que la imagen de base tiene una dimensión estática, la imagen funcional es imagen estética de un sujeto que tiende al cumplimiento de su deseo. Aquello que pasa por la mediación

de una demanda localizada, dentro del esquema corporal, en un lugar erógeno donde se hace sentir la falta específica, es lo que provoca deseo.

Gracias a este segundo componente de la imagen las pulsiones de vida pueden apuntar, tras haberse subjetivado en el deseo, a manifestarse para obtener placer, a objetivarse en la relación con el mundo y con el otro. La imagen funcional permite una utilización adaptada del esquema corporal.

La tercera componente es la imagen del cuerpo es la imagen erógena, ésta está asociada a determinada imagen funcional de cuerpo, el lugar donde se focaliza el placer o displacer erótico en la relación con el otro. Su representación está referida a círculos, óvalos, concavidades, bolas, rayas, agujeros, imaginados como dotados de intenciones emisivas activas o pasivas, de finalidad agradable o desagradable. Esta imagen erógena le abre al sujeto la vía de un placer compartido, humanizante por lo que tiene valor simbólico.

Lo importante es vislumbrar como estas tres componentes de la imagen del cuerpo se metabolizan, se transforman y se reorganizan, a través de las pruebas que el sujeto debe afrontar y de las limitaciones que encuentra bajo la forma de castraciones simbólicas que le son impuestas.

La imagen dinámica corresponde al deseo de ser y de perseverar en un advenir. Este deseo que está fundamentalmente sellado por la falta, está siempre abierto a lo desconocido. Así pues, la imagen dinámica no tiene representación que le sea propia, ella intensidad de tensión, su representación sería la palabra deseo conjugada como un verbo activo, participante y presente para el sujeto. La imagen dinámica expresa en cada sujeto el siendo. Corresponde una intensidad de espera del alcance del objeto, es la imagen del sujeto sintiéndose dinamizado, sintiéndose en estado deseante.

La Licenciada Rosa Arcurri<sup>31</sup>, considera que el esquema corporal es un término utilizado en Psiquiatría y neurología para designar la complejidad neuro-psicológica, la cual incluye a los aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos. Es específico del individuo en cuanto es representante de la especie y es el mismo para todos.

Gracias al esquema corporal el sujeto no queda limitado a posiciones fijas, sino que adopta una infinidad de posiciones equivalentes en diferentes situaciones. Permite la percepción y que las consignas verbales adquieran un sentido y se transformen en motricidad. Gracias al esquema corporal el movimiento de cada una de las partes del cuerpo, revelan la posición de las partes restantes. Permitiendo la consciencia corporal y estableciendo las actividades prácticas.

El esquema corporal sería la proyección espacial de los estímulos periféricos en el cortex cerebral. Es una especie de mapa corporal localizado en la región parietal. El esquema corporal se reevalúa permanentemente en el tiempo y en el espacio y en el contacto con los otros.

#### **5.4 Relaciones dentro del campo de la práctica médica.**

Siguiendo las conceptualizaciones del Dr. Alfredo Grande<sup>32</sup>, vemos que en el campo de la salud, las actividades asistenciales implican un encuentro directo y cercano entre el que asiste, sea kinesiólogo, psicólogo, médico, entre otros, y su paciente. Esta relación que se establece es muy compleja y se monta sobre una serie de manifestaciones afectivas y relacionales que se da entre ambos participantes del encuentro.

Las vivencias e impresiones tanto del asistente como del asistido suelen ser diferentes y pueden ir variando con el correr de la relación, por lo tanto esta relación es dinámica.

---

<sup>31</sup> Arcurri, Rosa (2011). Esquema corporal e imagen corporal, *Material de circulación interna, Cátedra de Psicología médica, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

<sup>32</sup> Grande, Alfredo (2011). "Campo dinámico de la relación asistente – asistido". *Material de circulación interna, Cátedra de Psicología Médica, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

Al hablar de la relación médico – enfermo nos encontramos también con la relación más general de asistente – asistido. La relación asistente – asistido es fundamentalmente una relación de desigualdad. En efecto tiene como punto de partida la demanda de un paciente que sufre, dirigida a un sujeto que dispone de un saber del que espera curación, al menos alivio, y por lo tanto, más o menos implícitamente ayuda o protección. El enfermo esta, por ello, doblemente en situación de desigualdad, tanto por la misma situación, del estado de demanda que pasivo y tributario de la respuesta ajena, y debido al sufrimiento que moviliza una parte de la energía y constituye un inconveniente. Además, siempre se le adjudica y confía un poder real al cuerpo médico, asistentes, enfermeras y ayudantes en general.

En este tipo de relación encontramos una mutua espera, desde el enfermo espera alivio y curación, de quién le asiste, reconocimiento de su enfermo, verificación de su poder curador. Es la separación entre ambos lo que es un factor de dinamismo y motor de la espera.

Esta relación de desigualdad, la relación de espera y de esperanza, es susceptible de despertar toda una serie de búsquedas anteriores y todos los conflictos que pueden estar unidos a ello. Esta relación tiene generalmente el cuerpo como objeto pero tiene como intermediario a la palabra. Es decir que es una relación que pasa por el cuerpo pero se expresan por la palabra.

La Licenciada Liliana Martínez<sup>33</sup>, explica que cuando se habla de personas, se habla de vínculos y de relación. Los profesionales de la salud, tanto los médicos como cualquier profesional de la salud, van a operar, intervenir y realizar su trabajo a través de una relación de personas y en esta relación, los profesionales como personas, están sujetos a una historia, están sujetos a sentimientos, emociones, a una particular estructura

---

<sup>33</sup> Martínez, Liliana (2011). “Concepción restringida y amplificada de la relación asistente – asistido”, *material de circulación interna, Cátedra de Psicología Médica, Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

psíquica, a una particular personalidad y se van a encontrar con otra persona que tiene su historia, sus sentimientos, sus emociones, su estructura psíquica, su personalidad y todo eso se pone en juego.

Los profesionales tocan el cuerpo de los pacientes con su propio cuerpo, es decir que el cuerpo del profesional también se pone en juego, por lo tanto es importante tener en cuenta las conceptualizaciones en relación al cuerpo más allá de lo anatómico, porque, si bien está el cuerpo anatómico, también hay otra dimensión corporal, hay una imagen corporal. Cuando se toca un cuerpo se está tocando también el Yo de la persona. Y el tocar el Yo de la persona va a tener sus efectos.

### **Transferencia – Contratransferencia.**

Alfredo Grande<sup>34</sup>, en su artículo “la relación médico – paciente”, explica que la relación médico – paciente es un campo dinámico, como ocurre dentro de toda relación humana. El concepto de campo dinámico incluye la idea de fuerza y sentido. Fuerza, de tipo pulsional, libidinal y/o agresiva; sentido hacia un mayor acercamiento o mayor alejamiento. Por lo tanto el campo dinámico se configura por la presencia de vectores, que se definen como transferenciales y contratransferenciales. Tópicamente, los vectores son inconscientes, preconcientes y conscientes. Estos vectores no se ven pero se sienten. Por lo tanto campo dinámico de la relación médico – paciente está disociado, ya que un aspecto es consciente, preconciente y otro inconsciente.

La idea de relación puede entenderse como vínculo entre dos o más objetos. En este caso, el vínculo puede ser real, con objetos existentes en el mundo exterior, o también imaginario, con objetos presentes sólo como realidad psíquica.

---

<sup>34</sup> Grande, Alfredo (2011). “Relación médico – paciente”, *material de circulación interna, Cátedra de Psicología Médica, carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

Se entiende la relación como la articulación de dos variables, la función del médico y la función del paciente, la primera está significada desde el eje salud – enfermedad (oferta) y la función paciente desde el eje enfermedad – salud (demanda), por lo tanto la relación es asimétrica.

Si bien se puede definir la relación médico – paciente es una relación de servicios, entre un prestador y un usuario, nunca se lo puede sacar completamente del marco de las relaciones asistente – asistido, donde el eje principal es el concepto de asistencia. Por lo tanto este tipo de vinculaciones se definen dentro de un campo social, histórico, político y económico dado, donde se intentarán dar caminos resolutivos al par salud – enfermedad, malestar – bienestar, retroceso – progreso.

Desde el inicio y a medida que se va sucediendo el encuentro es posible observar un clima o atmósfera emocional que suele caracterizar a cada paciente en particular. Las causas de aquello se encuentran en los aspectos inconscientes del paciente, que son activados frente a una figura, que es la de asistente, quien, por su condición de tal y por facetas propias de su persona, actúa, de algún modo, como estímulo para que aquello suceda sin efectivamente proponérselo. Para que esto se entienda es necesario pensar en términos de relaciones de objeto, siendo estas, las vinculaciones afectivas establecidas por el sujeto con objetos-personas importantes de su vida especialmente en épocas tempranas de la misma. Estas vinculaciones son internalizadas y constituyen estilos de relación que la persona utilizará sin darse cuenta en situaciones actuales. Es por eso que ante la figura del médico con sus connotaciones de autoridad, cuidado, posibilidad de ayuda, es fácil que se activen estos patrones de relación que en la medida que no coinciden con la realidad se denominan “transferencia”. En este sentido la transferencia es entendida como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un tipo de relaciones establecidas con ellos. Se trata de

una repetición de prototipos infantiles, vivida con marcado sentimiento de actualidad, estos sucesos psíquicos anteriores cobran vida, pero ya no como pasado o recuerdo, sino como relación actual con la persona del médico. Por lo que se reconoce la doble dimensión de actualización del pasado y de desplazamiento sobre la persona del médico.

Alfredo Grande<sup>35</sup> considera por transferencia a la vivencia, inadecuada del presente en términos del pasado. El concepto transferencial discrimina por lo tanto en la conducta del paciente dos áreas, el de las conductas actuales, reales, oficiales y el de las conductas inadecuadas o transferenciales. Pero es importante poder entender por qué transfiere el paciente, cuál es motor de la misma, esto sucede porque la situación de enfermedad y/o carencia es un equivalente simbólico del desamparo infantil. Esto dispara la fantasía inconsciente que sólo el cuidado parental podrá mitigar el dolor, la angustia, la soledad. Por esto, si el paciente ha tenido en su historia vital una evolución psicosexual y vincular moderadamente adecuada, la transferencia es como si el médico fuera los padres.

El trabajo del médico es categorizar los fenómenos transferenciales como tales, instrumentar los aspectos positivos de la transferencia neurótica, neurotizarse la transferencia psicótica y positivizar la transferencia negativa.

La repetición del mismo tipo de relaciones es un fenómeno universal y cada paciente va a proyectar en sus interlocutores una serie de imágenes preestablecidas y esperar de ellos las respuestas que él esperaba de estas imágenes. El transfert o transferencia que se produce dentro de la situación psicoanalítica es mucho más específico, gracias a la neutralidad del analista y de modalidades de relación precisas van a desprenderse lo que

---

<sup>35</sup> *Ibidem.*

será posible de volver a unir a las relaciones vividas o fantasmagóricas con una u otra figura precisa de la infancia: la madre, el padre o miembro de la familia.

La práctica médica no permite muy a menudo, y no es su finalidad, el desapego de relaciones tan precisas. Son más bien figuras compuestas que impondrán ciertos estilos de relaciones con el médico del tipo: imagen materna protectora o paterna autoritaria.

El enfermo va a consultar al médico con una serie de imágenes preestablecidas, por lo que se tiende a trasponer sus costumbres afectivas en sus relaciones con su terapeuta. Si el enfermo encuentra en el médico algunos puntos comunes con estas imágenes, éste será investido sobre un modo transferencial. En la mayoría de los casos, esta transferencia es positiva, el médico pasa a ser entonces lo que el enfermo imaginaba, lo que explica los sentimientos de simpatía o de confianza que serán un buen motor terapéutico. Es decir que cuando la transferencia es positiva no sólo va intervenir en la relación y en el proceso mismo de cura las habilidades técnicas de médico, sino que el poder otorgado al médico y a la imaginación del enfermo, puede llegar a generar la suspensión temporal de las manifestaciones dolientes.

Por otra parte, esta transferencia puede transformarse en desilusión y desencanto, es decir que puede ser negativa. Es cuando el paciente encuentra en el médico unas imágenes consideradas como malas, lo que provoca actitudes de desconfianza y antipatía. Las zonas de conflicto que persisten en la relación poseerán un efecto antiterapéutico.

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales y especialmente la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación.

Se plantean diferentes acepciones de transferencia:

- Transferencia como falso enlace o conexión: se trata de la sustitución de algún personaje clave de la historia del sujeto, por la persona del médico, desplazándose el acento afectivo de una a otra figura.
- Transferencia de sentido, se pone en juego una dimensión simbólica de la transferencia, en tanto se desplaza la carga entre representaciones.
- Transferencia como resistencia.
- Transferencia como repetición, en la transferencia está en juego la repetición, y en la misma la transferencia del pretérito olvidado.
- Transferencia de imagos, la imago del analista pasa a ocupar el lugar de un clisé repetitivo que puede condensar imagos relevantes de la historia del sujeto, siguiendo, por ejemplo, la serie paterna.
- Transferencia como motor, esta es positiva y sublimada. En esta se destacan los sentimientos de confianza en la persona del médico, en tanto pulsiones coartadas en su fin favorecen a la cura.
- Transferencia como obstáculo, negativa o positiva de los impulsos eróticos reprimidos. La transferencia negativa remite a sentimientos hostiles, que como contracara del enamoramiento pueden dificultar el trabajo de la cura.

Lo que se transfiere es un fragmento de la vida sexual infantil, el deseo inconsciente y fantasías con él relacionadas. Freud explica que la acción conjunta que la disposición congénita y las experiencias infantiles determinan en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que el individuo exija y las pulsiones que habrá de satisfacer. Este clisé será repetido o reproducido a lo largo de toda la vida. Resulta que sólo una parte de estas tendencias que determinan la vida erótica han realizado una evolución psíquica completa. Esta parte, vuelta a la realidad se halla a disposición de la personalidad consciente, en

cambio, otra parte de estas tendencias libidinosas ha quedado detenida en su desarrollo y sólo ha podido desplegarse en la fantasía o ha permanecido confinada en lo inconsciente, totalmente ignorada por la consciencia del sujeto.

Un individuo cuyos deseos eróticos no son satisfechos por la realidad orientará su libido hacia toda nueva persona que surja, siendo muy probable que ambas porciones de libido, la posible de consciencia y la inconsciente, participen de este proceso. Por lo tanto, un individuo que sufre una enfermedad, un padecimiento, es comprensible que la carga de la libido se oriente también hacia la persona del médico. Esta carga se atenderá a ciertos modelos, se enlazará a uno de los clisés dados en el sujeto, es decir que incluirá al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces.

La transferencia se puede clasificar de la siguiente manera:

Transferencia positiva y transferencia negativa. Dentro de la transferencia positiva, encontramos la sublimatoria y coartada en su fin, que es la que corresponde a la alianza terapéutica; y la erótica la cual generará resistencias.

Dentro de la transferencia negativa, se encuentra la vertiente hostil que también generará resistencias.

La alianza terapéutica es una correspondencia implícita y explícita para los objetivos de la relación asistencial. Su soporte es la transferencia positiva sublimada, traducida en capacidad de pensar, abstraer, simbolizar y la transferencia positiva coartada en un fin que es la corriente tierna, afectuosa, cálida entre el médico y el paciente. Desde ya ambas tienen su especificidad y su independencia, la independencia de una supone tarde o temprano la desaparición de la otra. El término resistencia implica la evidencia clínica de la represión y Freud señaló que todo aquello que obstaculiza la labor terapéutica es una resistencia.

También se conceptualiza la contratransferencia como la respuesta del inconsciente del médico a la manifestación transferencial del paciente. La contratransferencia está generada por actitudes inconscientes y en la medida en que el asistente no tenga el control sobre ellas solo servirán para incrementar o reforzar el padecer del paciente. Pero si el asistente tiene la capacidad de observación y está adecuadamente entrenado, puede usar estos datos de la contratransferencia como un instrumento útil para el trabajo. Aunque las percepciones y reacciones del médico a las emociones del enfermo son solo parcialmente conscientes, es posible la regulación racional de sus propias reacciones y emplear técnicas que sean de ayuda para manejar terapéuticamente a las emociones.

La noción de anti transfert o contratransferencia se hace durante la transferencia, designa los movimientos afectivos del médico en reacción a los de su paciente y en relación a su propia vivencia infantil. Se trata de la dificultad a tratar o el rechazo de algunos pacientes, que tocan en el médico puntos sensibles, o que se arriesgan a hacer surgir conflictos de los que el médico sabe que será dolorosos.

Cuando teóricamente debería ser neutral y no expresar sentimientos personales por su enfermo, la actitud del médico estará impregnada de ellos, se mezclarán: una reacción afectiva a la personalidad del enfermo (edad, sexo, situación social, presentación y comportamiento entre otros); una reacción afectiva ante la imagen que el enfermo ofrece en relación con la imagen interna del enfermo ideal que el médico tiene; factores personales contingentes, es decir el estado de fatiga, humor, situación personal y social actual.

Todo esto favorecerá o no, a su identificación con el enfermo, sus quejas y sufrimientos. La contratransferencia del médico es a menudo positiva en conjunto, permite una acción terapéutica eficaz. Pero la contratransferencia también puede ser negativa traduciéndose

en actitudes que ocultan un rechazo o una agresividad inconsciente, por ejemplo negativas a escuchar al enfermo, porque tienen poco tiempo, actos frustrados; errores en prescripciones o de visita; plantear que un paciente es nervioso para distanciar al enfermo ansioso; amenaza de consulta psiquiátrica u hospitalización.

El desafío que encuentra el médico respecto a esto, es encontrar un balance apropiado entre la toma de distancia por un lado y el verse involucrado ante las emociones del paciente por el otro. La mayoría de las emociones que presentan los pacientes están relacionadas con las tensiones y sufrimientos vinculados con la enfermedad, incluyendo las consecuencias familiares y socioeconómicas.

### **5.5 Relación médico paciente.**

La relación médico paciente constituye el acto fundamental del quehacer médico. Se trata de un particular encuentro entre alguien que presenta un problema en su estado de salud, el paciente, y alguien que cuenta con saberes y conocimientos pertinentes a la solución de esos problemas, el médico.

María del Carmen Vidal<sup>36</sup> explica, que la relación médico – paciente debe definirse básicamente como un encuentro entre dos personas con necesidades complementarias, dado que una está disminuida por su situación de enfermedad y la otra posee los recursos que atenuarán o harán desaparecer dicha carencia o disminución. Debido a la diferencia en la función y los objetivos que los unen, se plantea que la relación es cuasi diádica y asimétrica, regida por los principios de la no maleficencia y el de beneficencia. Ello no implica desigualdad ni inequidad de la relación, ya que ambos poseen derechos y obligaciones, ambos merecen respeto, autonomía, justicia y

---

<sup>36</sup> María del Carmen Vidal y Benito. “Acerca de la buena comunicación en medicina”. *Libros Virtuales IntraMed*. En <[http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf)> [Consultado 11/04/2011]

confidencialidad. La clara asimetría que existe dentro de esta relación no puede ser un motivo para ocultar información o la toma de decisiones por parte del médico por sobre el paciente.

Esta relación se desenvuelve con características propias que se configuran también por el momento histórico y del lugar, es decir del contexto situacional, lo cual también tiene que ver con el papel que desempeñan dichos integrantes de dicha relación, papel que está ligado a la posición social que ocupan y que la cultura les permite ocupar. Por lo tanto se entiende que la forma en que se comportan los pacientes y el grado de adhesión a las indicaciones que se les formulan a los mismos están en íntima relación a las concepciones individuales y socioculturales.

Esta relación es compleja y en ella intervienen varios factores, en las cuales se incluyen las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las actitudes y conductas que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve.

La relación médico paciente es un encuentro entre dos personas, lo cual implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal.

La peculiar vinculación entre hombre y hombre, establece el acto terapéutico, se halla constituida por movimientos concurrentes y complementarios, el que va del enfermo

hacia el médico y el que va del médico al enfermo. El establecimiento de una relación terapéutica implica desde un primer momento que el médico se responsabiliza de la salud del paciente que acude a él y, por tanto, mientras la relación persista, está obligado a atender lo mejor que le sea posible, desde un punto de vista científico y ético.

La relación médico paciente tiene ciertas connotaciones éticas, siendo éstas muy importantes para delimitar los diversos papeles que, mientras dure la enfermedad, van a ser asumidos por ambas partes, evitando que se produzca una transformación del carácter de la relación previamente establecida.

La alianza terapéutica que se establece entre médico y paciente se basa en la relación de confianza iniciada a partir de la primera entrevista. Por ella, ambos deciden colaborar juntos para intentar lograr un objetivo común: combatir el trastorno por el cual se consultó al médico.

Por tanto, una buena relación médico paciente va a influir de un modo notable en la respuesta del paciente al tratamiento prescrito, ya que de ella depende, en buena medida, la confianza que en él va a poner el enfermo, y por lo tanto, que haga caso o no de las medidas que se le recomiendan.

La comunicación en la relación médico paciente, necesita que se comprenda la persona del paciente y el significado que tiene para él su padecer y no sólo la enfermedad como padece desde un punto de vista exclusivamente científico, aunque esto sea imprescindible para el ejercicio de la profesión.

### **Relación médico paciente - representantes culturales del médico y sus roles - recorrido histórico.**

Concepción restringida y amplificada de la relación asistente asistido. Lic. Liliana Martínez. Es necesario insistir sobre los estrechos vínculos existentes entre la

personalidad del médico y su manera de ejercer la medicina. La separación no puede ser total entre el técnico y el hombre. Estas cuestiones tendrán efectos variables, benéficos si favorecen la unión con el enfermo y ayudan al médico a encontrar la relación justa, y nefastos si impiden el juicio objetivo, un diagnóstico concreto y la puesta en marcha de las medidas terapéuticas necesarias.

El ejercicio de la medicina de cada médico estará construido en función de su aprendizaje técnico, de su personalidad, pero también de la concepción del papel del médico que se hace la sociedad en la cual se ejerce.

Es de general conocimiento el lugar e importancia dada al médico y a la medicina, se puede decir que el médico es investido de la imagen que se habrá formado el enfermo bajo el efecto de la presión social y sus propias necesidades.

La Medicina, tanto en sus conceptos como en sus prácticas, fue cambiando a través del tiempo. Por ende también sucedió lo mismo con la relación médico paciente.

María del Carmen Vidal<sup>37</sup>, comenta que en los principios de la humanidad, cuando los hombres no poseían muchos conocimientos sobre la constitución y funcionamiento de la naturaleza y el mundo, creían los fenómenos de la naturaleza estaban regidos por los poderes de diversos dioses, cada uno de ellos se presentaba y dominaba algún fenómeno natural o alguno de los elementos. La enfermedad consistía en el castigo de los dioses ante alguna ofensa de los seres humanos. El curador sanador era también sacerdote chamán y poseía el conocimiento para poder curar la enfermedad. Este médico sacerdote poseía los conocimientos de un arte que luego lo pasaba de maestro a discípulo y su lugar dentro de la comunidad era privilegiado.

Para los pueblos de Egipto y la Mesopotamia, la enfermedad también era un castigo de los dioses al hombre que violaba la ley moral tanto consciente como inconscientemente.

---

<sup>37</sup> Vidal y Benito, María del C. (2010). "La relación médico paciente". *Lugar Editorial S.A.* Buenos Aires.

El médico sacerdote interrogaba al paciente en busca del pecado que habría originado el castigo y dicho interrogatorio se puede calificar como moral.

En el antiguo Egipto la Medicina era una profesión reconocida y valorada, pero se ejercía con especializaciones.

Los Asirio – Babilonios consideraban a la enfermedad como expresión de un pecado, una impureza moral y consecuentemente el tratamiento tenía como objetivo una higiene espiritual. El médico sacerdote era una figura de autoridad y gobernaba por el pensamiento mágico.

Para los griegos en su período arcaico la enfermedad no era un pecado sino un castigo. Los síntomas eran la manifestación de dicho castigo. Ya en el período clásico, los médicos griegos consideraban que la causa de la enfermedad era un desorden o desequilibrio de la naturaleza, siendo la causa básica un desorden entre la naturaleza del individuo y la naturaleza universal. Aquí se separa la Medicina de la religión y el médico ya no es necesariamente un sacerdote.

Hipócrates de Cos (siglo V a.C.), es considerado el padre de la medicina y a le se atribuye el juramento hipocrático, el cual puede considerarse como el prototipo de los códigos de la deontología médica posteriormente desarrollados. Esta escuela consistía en la observación como base de la clínica, descartaba que las enfermedades poseyeran causas divinas y, en cambio utilizaba la teoría de los humores y el equilibrio de los mismos. Aquí la relación médico paciente responde al modelo paternalista en donde el bien del enfermo está sobre todas las cosas y se afirma intensamente la confidencialidad, pero ni la comunicación del diagnóstico, ni el respeto por la veracidad, ni por la autonomía del paciente, eran fundamentales. La aproximación al enfermo se basaba en el amor al hombre y a la técnica y se desarrollaba un sentimiento

de afecto y respeto llamado amistad médica a la que accedía el paciente según su posición social.

En la Europa feudal, el ejercicio de la Medicina estaba en manos de las diferentes órdenes en los monasterios, por lo tanto la relación médico paciente estaba íntimamente influenciada por el catolicismo y se presentan los conceptos de servicio, la beneficencia, la caridad. Se diferencia la enfermedad del pecado y no se reconoce una relación causal entre ambos, salvo que una acción pecaminosa produzca trastornos corporales o psíquicos. El médico era considerado un instrumento y el dolor como un camino y una prueba hacia la salvación. Los enfermos debían confesarse antes de ser atendidos.

Hasta estos momentos la relación entre el médico y el paciente era de tipo paternalista y el paciente se entregaba sin siquiera pretender comprender el tratamiento. El médico actuaba aplicando su mejor saber por el bien del paciente. No se consideraba la autonomía tal como se la considera en la actualidad.

En el siglo XIX son muy importantes todos los descubrimientos científicos y la revolución industrial cambia el modo de vida de las personas, esto conduce a que la enfermedad se tomara como curable, como así también se presentan los medicamentos como producto no sólo de la naturaleza sino también elaborados y fabricados por el hombre. Frente al paciente el médico tiene un pensamiento anátomo – clínico o fisiopatológico, la medicina como ciencia parece contraponerse con la visión del enfermo como persona.

El siglo XX se caracteriza por los avances científicos, técnicos, conflictos políticos y bélicos, curación o control de enfermedades consideradas un flagelo para la humanidad, como así también la aparición del nuevo flagelo representado por el Sida. Durante la segunda mitad de este siglo hubieron algunos acontecimientos que tienen que ver con

las concepciones sobre la salud y la enfermedad y sobre los derechos humanos, lo cual también produjeron variaciones en la relación médico paciente.

La Medicina, por otra parte dejó progresivamente de ser una profesión liberal y se considera al médico hoy en día como un asalariado al que se le exige mucho, al tener, su trabajo, características esenciales vocacionales y constituye un servicio.

En el marco de una Medicina científica que contempla los factores psicosociales de los pacientes, lleva al médico, sobreocupado, a ejercer su actividad con muy poco compromiso afectivo. Pero en la medida en que este modelo se imponía se comenzó a observar que la falta de conformidad de los pacientes se incrementaba, al tiempo que las fallas en la adhesión a las indicaciones de los médicos comenzaban a ser evidentes y preocupantes.

Una de las cuestiones importantes que se gestó durante el siglo pasado es el respeto por el principio de autonomía de los pacientes y esto produjo profundos cambios en la relación médico paciente. Actualmente nadie duda que el paciente deba recibir la información necesaria para que pueda tomar decisiones acerca de la enfermedad que padece y para que pueda autorizar a su médico a implementar un tratamiento. Para ello es indispensable que conozca en qué consiste su enfermedad, la extensión de la misma, los objetivos de la terapéutica que se propone, cuáles son las alternativas terapéuticas, como evolucionaría sin tratamiento.

### **Relación médico paciente contemporánea.**

Actualmente existen corrientes dentro de la Medicina en las cuales la relación médico paciente se teoriza de modo diferente.

Medicina Narrativa, propone pensar al paciente como un narrador y con el diálogo empático, cálido y contenedor, se lo estimula a relatar lo que le sucede, su relato

constituye una narración de las circunstancias que le producen malestar y generan la consulta.

Medicina Basada en el Diálogo, se resaltan los aspectos vinculares de la relación médico paciente, como la escucha empática, la confianza, el respeto, enfatizando el diálogo y relacionándolo con la comunicación con el interlocutor, y no sólo la comunicación narrativa.

Medicina Gerenciada, tiene como objetivo la racionalización de los gastos, no para distribuir mejor los recursos sino como defensa del capital de los inversores, por lo cual se produce un desplazamiento de los conceptos humanitarios hacia los utilitarios.

Medicina y Salud Pública, resalta los aspectos de la salud pública, por lo tanto define a la relación médico paciente como interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud, en la cual los recursos deben administrarse articulando las necesidades del paciente y las de la población. Se debe poner énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, el médico debe estar capacitado en materia de educación para la salud de la comunidad.

Medicina Defensiva, surge en respuesta a los juicios por mala praxis vinculados con la insatisfacción de los pacientes. En lugar de hablar de un encuentro entre el médico y el paciente, hablan de desencuentro y deshumanización.

Dentro de la corriente antropológica en Medicina emerge el Humanismo Médico, en la que el interés se centra en el paciente como persona, como ser somatopsíquico, sociocultural y ético, pero a la vez se interesa por el médico como profesional y la relación que se establece entre ambos.

### **Modelos de la relación médico paciente.**

Angel Rodríguez<sup>38</sup>, explica que para que un modelo de relación médico paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre el médico y el paciente y una relación de mutua confianza, desinteresada. En circunstancias ordinarias, el tomar decisiones es tarea de ambos, médico y paciente, respetando siempre la integridad de la persona. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente.

### **Modelo Hipocrático.**

Se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista, que si bien data de gran antigüedad, todavía vigente en la relación que mantienen muchos médicos con sus pacientes, en algunos contextos culturales de nuestros países. En este modelo, el médico se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que este intervenga en la decisión. El médico, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones, debido a la ignorancia sobre su caso. En este modelo de relación, desaparece el principio de autonomía del paciente. Al paciente se le trata como a alguien que no tiene capacidad de autonomía en lo que se refiere al uso de su razón para tomar decisiones. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente en sentido equivocado; en vez de ayudarle para que tome decisiones se prescinde de él por creer que en medicina quien más sabe es el médico y que la opinión del paciente es superflua. Sus opiniones no cuentan y, peor aún, no cuenta lo que está

---

<sup>38</sup> Modelos de la relación médico – paciente reflejo de la deshumanización de la salud. (Rogríguez, Angel). En <<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Modelos.html>> [Consultado 28/09/2010].

detrás de esas opiniones: sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

### **Modelo tecnológico.**

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina modernas. Se ve al paciente solo desde el punto de vista de su cuerpo, como si fuera solo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona, un ser espiritual. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona. El médico se enfoca más en la enfermedad o psicopatología que en la persona que la tiene. Al médico escuchar y recoger la historia personal del paciente le resulta hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica le resultan claros y objetivos. El paciente llega a la consulta premunido de tantos exámenes y documentos, que vuelven casi innecesaria su presencia e inútil la propia experiencia del mal que le aqueja.

### **Modelo Legal.**

Este modelo se caracteriza porque el médico y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación. Este modelo tiene su origen en el carácter legalista de la sociedad en que vivimos. Está sujeto a disputas sobre su cumplimiento. Se pasa a una situación de contrato legal en la que el paciente puede demandar al médico al interpretar que este no está siguiendo el contrato. Cuando no hay confianza, la relación médico-paciente queda circunscrita al campo de lo jurídico: cumplir un contrato y protegerse de conflictos legales, dejando a un lado la relación de persona a persona. La falta de confianza entre el médico y el paciente es mutua. La pérdida de confianza en el médico y el distanciamiento de este con el paciente constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy día de deshumanización de la medicina.

### **Modelo Comercial.**

En este modelo, el médico es un agente comercial, el paciente es un consumista de la medicina cuya autonomía en esta relación es absoluta, y la medicina, como consecuencia, queda sujeta a la economía de mercado. Si en el modelo anterior el acento estaba puesto en el carácter legal de la relación, en el modelo comercial el acento está puesto en la absoluta autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones y consumir medicinas. El médico es solo un asistente técnico que proporciona todos los detalles posibles de las alternativas de tratamiento, pero es el paciente el que con sus valores y sus juicios toma las decisiones, sin que importe el juicio del médico. Una medicina que se guía por la economía de mercado difícilmente se sujeta a las reglas de la ética, sino más bien a las fuerzas que regulan la economía. Se asume que el paciente siempre sabe exactamente lo que siente y lo que quiere, aun en circunstancias enormemente complejas o que dejan al paciente en una situación de enorme vulnerabilidad emocional.

#### **Modelo de Alianza.**

Bajo el modelo de alianza, la relación médico-paciente consiste fundamentalmente en la confianza que el paciente deposita en la conciencia del médico. El médico elucida los valores del paciente y lo que realmente quiere y le ayuda a seleccionar la intervención médica que esté en consonancia con los valores del paciente, que tienen relación con su cuerpo, su alma y su espíritu. El médico tiene en cuenta la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente. No se trata de una relación de igual a igual. La relación se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico. El médico actúa por beneficencia buscando el bien del paciente. El médico tiene la obligación de proveer al paciente de la información sobre la naturaleza de su condición y de los riesgos y beneficios de posibles intervenciones y de asistir al paciente en la elucidación y articulación de sus valores y en determinar la intervención médica que se adecue a esos valores. El médico ha de desarrollar la sensibilidad que le haga capaz de entrar en comunicación de espíritu

a espíritu con el paciente y de apreciar detalles íntimos de la vida del paciente y respetar sus emociones. Se requiere el arte de la escucha, que envuelve todos los sentidos, no solamente los oídos. El médico debe estar atento al lenguaje del cuerpo no verbal, como el gesto que esté en contradicción con lo que se está diciendo, o movimientos que hablen de un estado interior de estrés o angustia.

El médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones. Hay que entender tanto el problema médico como la persona que se halla detrás de los síntomas, con su carácter, su tipo de educación y sus características familiares. Este método tiene aun mayor relevancia cuando el paciente tiene deficiencias comunicativas por cultura o por carácter. Se debe incitar al paciente a que tome la responsabilidad sobre su propio ser y por ende que tome sus propias decisiones, pero si él las deriva al médico, este no puede negarse a ayudarlo, y debe poner su esfuerzo en encontrar lo mejor para el paciente de acuerdo con sus características personales como las del cuadro.

## **5.6 Comunicación e información.**

María del Carmen Vidal<sup>39</sup>, explica que dentro de la relación médico – paciente se encuentran conceptos como la comunicación, la misma es un proceso complejo y multidimensional. En principio y en un sentido muy amplio, se puede decir que la comunicación es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor. Pero para que la misma sea transmitida exitosamente debe existir un código compartido entre ambos. Particularmente, la comunicación entre personas es el resultado de la interacción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales; es una variedad de comunicación que tiene características propias como

---

<sup>39</sup> María del Carmen Vidal y Benito. “Acerca de la buena comunicación en medicina”. *Libros Virtuales IntraMed*. En <[http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf)> [Consultado 11/04/2011]

la interacción y la utilización de un lenguaje simbólico. Es un proceso dinámico, durante el cual se producen cambios. La misma involucra tanto afectos como datos y también influyen en él las personalidades de los involucrados en dicho proceso. Ahora bien, la comunicación en medicina, puede ser considerada como una variedad más específica de comunicación que está en relación al modo en que las personas manejan las situaciones que tienen que ver con la salud.

Se considera que la comunicación humana se caracteriza por ser un proceso transaccional y multidimensional. Esto significa que es un proceso, que no se trata de una acción estática, sino más bien de una acción de desarrollo y cambio.

Lo transaccional se refiere a la influencia mutua y lo multidimensional corresponde a las diversas dimensiones involucradas como la dimensión de contenido, constituida por las palabras que se utilizan en la situación particular de la relación con el médico o cualquier equipo de salud, el lenguaje o la información que se transmite.

La dimensión relacional se refiere a los aspectos del mensaje que tienen que ver con la forma de vinculación de las personas involucradas.

El significado del mensaje depende del interjuego entre su contenido y las relaciones entre las personas participantes, por lo tanto cuando las relaciones entre las personas son conflictivas, la dimensión relacional adquiere una mayor importancia respecto de los contenidos de los mensajes. Por el contrario, cuando no lo son, los contenidos son los que adquieren mayor significado.

La comunicación en la relación médico paciente se caracteriza por ser un proceso dinámico en la que existe influencia recíproca entre los involucrados y sus componentes pueden ser agrupados en dimensiones:

De contenido, la cual se refiere al lenguaje y a la comunicación no verbal.

Los seres humanos no pueden no comunicar, todos los comportamientos emiten información, tanto lo que se hace como lo que no se hace, las palabras, los movimientos y los gestos.

Comunicación verbal, en esta dimensión se usan palabras para transmitir información.

La lingüística es la disciplina que se ocupa del estudio general del lenguaje y se integra la gramática, que se ocupa del estudio de las reglas y principios que regulan el uso del lenguaje dentro de la oración. La semántica, estudia el significado de los signos lingüísticos y sus combinaciones.

Las palabras tienen dos tipos de significados, el denotativo que es el significado objetivo de una palabra, el del diccionario, y el connotativo, el cual se refiere al significado personal de las mismas.

Comunicación no verbal, se la plantea como una comunicación por analogía, es decir que el significado de lo que se expresa sin palabras se interpreta por la semejanza entre el gesto con aquello que representa y en función del contexto. Con este tipo de comunicación se pueden transmitir emociones, ya que se puede expresar emociones con el cuerpo y no sólo con palabras. Este tipo de comunicación expresa sentimientos, se ilustra lo que se dice verbalmente, se expresa la validación o descalificación del mensaje hablado, entre otras.

Este tipo de comunicación, a su vez, posee sus propias dimensiones:

Kinésica, interviene el movimiento muscular. Dentro de esta se encuentra la gestualidad, formada por los movimientos de las manos, brazos, piernas y también los faciales. Se incluyen la postura y las actitudes corporales.

Mirada, no sólo que expresa emociones sino que con la mirada, también, controla el efecto de lo que se dice en el otro.

Proxémica, comprende la territorialidad y espacio personal. La distancia física entre las personas depende del tipo de relación existente entre las mismas y varía entre las diferentes culturas. Se puede ejemplificar con la distancia social, profesional, amistosa, amorosa, íntima, etc.

Paralingüística, se refiere al volumen, tono de voz, la dicción, el ritmo, los acentos, el énfasis, las pausas, suspiros y exclamaciones. Todos estos componentes generan en la escucha sensaciones placenteras, displacenteras o neutras y revela emociones y pertenencia cultural, educación, etnia, además de su personalidad.

Diacrítica, comprende los códigos de la moda en el vestuario y en el arreglo personal. Son indicadores de posición social y cuidado de la propia persona, como así también puede mostrar indicadores psicopatológicos.

Para poder interpretar la comunicación no verbal el profesional debe estar atento a las diferentes dimensiones de éste tipo de comunicación. Se evalúa si éste tipo de comunicación es adecuada a la situación, al rol, las normas y reglas que rigen la relación. Se deben considerar las discordancias e incongruencias, como también de estimarse la secuencia de los gestos realizados, ya que el orden de los mismos puede acentuar o anular el significado de lo que se habla.

Se debe tener en cuenta que hay variaciones individuales, es decir que hay personas más expresivas que otras, algunos poseen expresiones que aparentan frialdad, distancia o agresividad.

La dimensión relacional, se conforma por las actitudes y conductas verbales y no verbales, que dependen del rol que cada uno desempeña. Esto está en relación a los diferentes modelos existentes sobre la relación médico paciente y como se considera al paciente, si es desde un punto de vista pasivo o activo, si se toman en cuenta los derechos postulados por la bioética de modo central o no.

Dentro de la dimensión de las interacciones afectivas se encuentran:

La empatía, la cual significa co – vivenciar el sufrimiento del paciente. Es ponerse imaginariamente en el lugar del otro. Sería una identificación transitoria del médico con el paciente.

Se debe poner en marcha la disociación instrumental, al cual es un mecanismo por el cual el entrevistador opera en parte identificándose proyectivamente con el entrevistado y en parte disociándose para permanecer fuera de esta identificación observando lo que ocurre. La identificación proyectiva es la proyección en el otro del vínculo del yo ligado a una fantasía. El yo deposita un vínculo en otro que pasa a tener las características de este vínculo proyectado.

La comprensión empática se da cuando el médico empatiza con el paciente y promueve que éste profundice y exprese más matices emocionales. El paciente, de este modo se siente escuchado afectivamente con lo que se fomenta la instalación de una relación personalizada. De este modo el paciente también se siente reconocido como persona por parte del médico. Es así que se le brinda al paciente la comodidad y confianza suficientes como para que pueda sortear las barreras defensivas y expresar todo aquello que sea necesario para el entendimiento del caso.

También es importante la focalización, ya que si bien se le permite al paciente a que trate toda una gama de temas personales y sentimientos, se lo debe orientar a que sea específico y concreto.

Respecto de la exposición del médico, se debe sostener una distancia terapéutica cuidadosa para evitar relatos sobre la vida personal y económica del profesional de la salud.

Si bien ya se ha explicado los que significan los lazos transferenciales y contratransferenciales, es pertinente también ubicarlos dentro de las relaciones que se

dan por el proceso de comunicación, ya que en toda relación se establecen lazos transferenciales, pero no en todas se da el amor de transferencia en el sentido psicoanalítico, ya que la misma se debe propiciar en el espacio analítico. Dentro de la entrevista médica, el médico representa para el paciente una figura de autoridad similar a lo que fueron sus padres de la infancia, por lo cual el paciente puede manifestar algunas actitudes, emociones y conductas infantiles tales como celos, rivalidad, idealización, etc. No es sencillo la resolución de las cuestiones transferenciales sin dominio de las técnicas psicoterapéuticas pero es importante ya que si se ignora se puede correr el riesgo de perjudicar la salud del paciente, especialmente con los sentimientos agresivos.

También se encuentran los lazos contratransferenciales, los cuales están constituidos por las emociones del profesional de la salud frente a la transferencia del paciente, la cual se puede traducir en competitividad, rechazo del paciente, intercambio de roles, situaciones de seducción, enojo con el paciente. Es importante el registro de la contratransferencia para poder hacer un control de sus emociones orientado al beneficio del paciente, y no generar situaciones de rechazo y maltrato hacia el paciente.

Es de suma importancia que se logre una distancia operativa adecuada, lo que significa que el médico debe tener una actitud de ayuda hacia el paciente pero regulada, ya que no es de utilidad un acercamiento exagerado ni la impersonalidad dentro de la relación.

María del Carmen Vidal<sup>40</sup>, explica que desde un enfoque plenamente cognitivo, la información es el conjunto de datos que al ser recibidos y adquiridos, amplifican los que ya se poseen. La información adquirida no queda separada de la que ya se posee, hasta inclusive es necesaria una base informacional para poder significar e incorporar lo nuevo, es decir que la incorporación de datos de por sí no constituye información ya que

---

<sup>40</sup> Vidal y Benito, María del C. (2010). "La relación médico paciente". *Lugar Editorial S.A.* Buenos Aires.

se necesita que los mismos se relacionen con otros preexistentes y adquieran un significado particular.

Esto significa que no es suficiente con que exista una fuente emisora de datos, hay que considerar a la persona que la recibe, ya que no sólo escucha y entiende en función de lo que ya sabe, sino que también hay que tener en cuenta las variables psicológicas y culturales, es decir los factores psicosociales. Lo que el médico trasmite debe ser significado y valorado por el paciente y todas estas variables son fundamentales.

Para que el médico elabore un diagnóstico y ofrezca una estrategia terapéutica, es necesario que posea información y la misma provendrá del paciente, por lo tanto es imprescindible la escucha, el saber escuchar para poder preguntar, también es necesario que el médico comprenda qué es lo que el paciente le quiere decir.

Estas habilidades comunicacionales se llevan a cabo en una entrevista, sobre un trasfondo de interacciones afectivas expresadas verbal y no verbalmente tales como la simpatía, agrado, rechazo, fastidio, impaciencia, omnipotencias, etc.

Los pacientes y los médicos, también evidencian actitudes y conductas que se relacionan con la forma particular en que cada uno desempeña su rol, tales como la simetría – asimetría, el paternalismo, el compromiso, el desinterés, el dominio, el sometimiento, la actividad – pasividad, etc.

La comunicación influye en la recuperación del paciente, en la adherencia al tratamiento, en el aumento o disminución de la ansiedad, en la satisfacción o insatisfacción con el cuidado médico.

Cuando el médico debe proporcionar la información sobre el diagnóstico al paciente sólo se debe hablar una vez del diagnóstico global, no se trata de diagnosticar una afección u enfermedad solamente, sino que se debe prever las reacciones al aviso de

enfermedad. Es decir, saber cómo acepta el paciente al diagnóstico, cómo son sus mecanismos de defensa, qué papel juega la enfermedad en su vida.

La palabra médica tiene un valor considerable, su repercusión está en función del grado de resonancia que tiene con el inconsciente del enfermo y con el de su valor significativo.

Es importante saber que la palabra del médico puede consolidar el malestar del paciente en su cuerpo y encerrarlo en su posición de enfermo. Para evitar que sus palabras sean destructivas, el médico debe poder adaptarlas a su enfermo preguntándose qué efecto tendrá sobre el paciente la revelación de tal parte del diagnóstico.

El médico ante la situación de la comunicación del diagnóstico puede adoptar la posición de decir plenamente la verdad o no hacerlo, pero para esto el médico debe intentar saber cuál es la parte de su implicación personal en esta decisión. Por ejemplo, decir la verdad puede permitir al médico liberarse de un peso demasiado duro de soportar solo, cuando esto no se traduce en una cierta agresividad inconsciente en relación con su paciente. A la inversa, no decirlo, puede, a menudo, agravarse por el fantasma de la palabra que mata, por el propio miedo que el médico tiene de esta enfermedad o por su temor o no soportar lo que la verdad va a desencadenar en su enfermo. Como así también, el médico puede tener un sentimiento de poder por este secreto no compartirlo. Finalmente, después de haber intentado comprender el efecto que tendrán sus palabras sobre el enfermo, y de intentar medir su grado de implicación en sus palabras, en el caso de una enfermedad leve, el médico tiene la mayor parte de las veces interés en proporcionar, en términos simples todas las explicaciones pedidas, lo que calma la ansiedad y permite una mejor participación en el tratamiento. Lo mismo sucede en el caso de una enfermedad grave o invalidante, pero siempre es necesario insistir en las funciones que permanecen sanas.

Todo esto no significa que el médico pierda su identidad convirtiéndose en un psicoterapeuta. Si bien el médico de medicina general no tiene función de subpsiquiatra o de psicoanalista, cuando ejerce su función, que es necesaria y específica, debe unificar en él las dos corrientes de la medicina, tanto la medicina somática y la medicina psicológica.

Toda forma de relación se apoya sobre medios psicológicos y tiene potencialmente un efecto terapéutico en la medida en que saca a un paciente de su aislamiento, pero para que haya efecto claramente psicoterapéutico es necesario que el médico sea consciente de la naturaleza de los medios psicológicos puestos en marcha y que ejerza un control sobre su desarrollo y sus efectos. El control implica una acción reflexiva y la referencia a una teoría psicológica, garantía de la coherencia del acercamiento.

Una actitud psicoterapéutica real dentro de la práctica médica consistiría, principalmente, en cambiar de modelo, abandonar el modelo técnico, por el que el enfermo es un cuerpo a reparar, para pasar al modelo de relación interpersonal, por lo que debe tener en cuenta a la enfermedad o trastorno como algo que forma parte del paciente, considerando a este último como un todo, realizando un diagnóstico global. Como así también debe escuchar más atentamente ya que de otro modo no tendría noticias sobre la personalidad del paciente, ni de sus conflictos y demandas reales.

### **5.7 Métodos y herramientas de recolección de información – confección del diagnóstico.**

Dentro de la relación asistencial es de suma importancia el diagnóstico global de la enfermedad. Para el médico y para el beneficio de la relación terapéutica es necesario explicar, en términos comprensibles cuál es la enfermedad y cuáles serán sus consecuencias. Esta explicación dada disminuirá la ansiedad que nace ante lo

desconocido. Como así también es necesario explicar el por qué y cómo del tratamiento. Todas estas explicaciones evitarán, según el caso, el abandono o la resistencia ante las prescripciones del médico.

También es significativo el diagnóstico de la personalidad y los efectos de la enfermedad sobre la misma, esto no significa hacer un diagnóstico psiquiátrico, sino de vislumbrar las interferencias entre su personalidad y su enfermedad. Es importante en qué condiciones psicológicas y de medio ambiente ha aparecido, existencia o perspectiva de acontecimientos personales, familiares o sociales susceptibles de tener una resonancia afectiva importante, como nacimientos, bodas, defunciones, separaciones, cambios de vida, promoción o fracaso laboral. Como así también la reacción del paciente ante la enfermedad, cómo lo califica, como así también se debe evaluar si la aparición de la enfermedad u ocurrencia del accidente activa angustias preexistentes que afectaran la evolución y, por esto mismo, el médico deberá tenerlo en cuenta. También es importante conocer cómo reacciona el medio ambiente del enfermo. Para la aplicación de un diagnóstico global es necesaria la manipulación de técnicas de la relación asistencial, entre ellas encontramos los diferentes modelos de entrevistas.

La Dra. María del Carmen Vidal<sup>41</sup>, explica La entrevista médica, sigue siendo una herramienta de fundamental importancia en la práctica clínica, no solamente porque permite recabar la información necesaria que fundamentará una hipótesis diagnóstica, sino porque en el espacio interpersonal que se genera, se facilita la comunicación de dicho diagnóstico y de la propuesta de tratamiento. Además, permitirá el control y la evaluación de los resultados de la terapéutica implementada. Declara que no hay que considerar que la entrevista es una tarea médica orientada tan sólo a obtener

---

<sup>41</sup> María del Carmen Vidal y Benito. "Acerca de la buena comunicación en medicina". *Libros Virtuales IntraMed*. En <[http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf)> [Consultado 11/04/2011]

información específica y que terminará cuando se haya conseguido ésta, como si un médico fuera un mero encuestador.

Se entiende que la entrevista constituye el momento de encuentro de los participantes de un vínculo comunicacional y afectivo que persistirá a lo largo del tiempo, modificándose y evolucionando al unísono con sus protagonistas. De esta forma, la entrevista médica presentará las características propias de la relación dentro de cuyo marco tiene lugar.

Es fundamental comprender que la entrevista médica es en sí misma terapéutica, puesto que desde el mismo momento en que una persona decide recurrir al médico con el objetivo de que éste le ayude a conservar su salud o porque se siente enferma y desea sanar, comienza a percibir cierto alivio ya que irá al encuentro de un profesional que con sus conocimientos le brindará las herramientas para lograr estos propósitos. Este sentimiento de compartir con otro una carga con otro al que se le supone un saber y un saber qué hacer, disminuye la angustia y permite organizar mejor los recursos propios para afrontar la situación.

La primera entrevista que se realiza está siempre claramente dirigida a lograr esencialmente una aproximación diagnóstica. Lo que predomina es la recolección de información, teniendo en cuenta que la información en medicina no solamente está referida a datos objetivos. El médico observará atentamente también la afectividad del paciente, su estilo de comportamiento, las características de su pensamiento y su modalidad de relación, ya que todos los datos obtenidos de este tipo de observación constituyen una rica y útil información adicional que contribuyen a la implementación de un tratamiento médico más efectivo.

Tipos de entrevista. Existen diferentes modos de entrevistar según el objetivo que se desee lograr, lo cual implica que también el tiempo invertido es variable.

Es importante considerar que, si bien los aspectos afectivos y dinámicos que tienen lugar entre los involucrados, en muchas entrevistas no ocupan el foco de la atención del entrevistador, no por ello dejan de tener existencia y es conveniente tener por lo menos noción de lo que acontece en el terreno relacional e interaccional para tomar medidas en caso de ser necesario.

Pueden ser clasificadas del siguiente modo:

A- Entrevistas orientadas a recabar información:

Admisión: Es la primera entrevista que se le realiza a un paciente en un servicio hospitalario. La misma se reduce a la recolección de los datos de filiación y demográficos.

Historia Clínica: Los médicos clínicos, por lo general, elaboran una historia clínica completa en la primera entrevista a la que se irá incorporando paulatinamente, información con el transcurso del tiempo.

Seguimiento o de evolución de los tratamientos: Son más breves que las primeras entrevistas, salvo que al problema original que motivó la primera entrevista, se le agregara un nuevo tema médico a resolver o que el tratamiento prescrito no estuviera produciendo los efectos deseados.

Proyectos de investigación: En estas entrevistas los datos son recogidos mediante cuestionarios, tablas o inventarios ya que la información lograda debe tener cierta particularidad de estandarización para poder ser analizada a posteriori, con una metodología estadística.

B- Entrevistas psicoterapéuticas: La información es fundamentalmente psicosocial. Los signos y síntomas que se recaban corresponden al área del pensamiento, de los afectos o del comportamiento. El objetivo no está focalizado en recabar sólo información sino en producir cambios en el área de su competencia: atenuación o desaparición de síntomas

emocionales displacenteros, mejoramiento de los vínculos interpersonales, del propio rendimiento intelectual, personal, etc. Es una entrevista terapéutica cuya técnica dependerá de la orientación del terapeuta.

C- De los médicos especialistas: En este caso todo el esfuerzo se concentra específicamente en lograr información del área que les compete. Generalmente estos profesionales reciben a sus pacientes por derivación de otros colegas, especialmente médicos clínicos.

D- En las emergencias: La entrevista está orientada especialmente a lograr la obtención de datos que faciliten la rápida resolución de la patología aguda. Es diagnóstica y también terapéutica.

De acuerdo con la modalidad de la conducción de las entrevistas éstas se pueden clasificar en:

1. Entrevistas dirigidas. Este tipo de entrevista suele ser muy útil en las emergencias.

Están realizadas sobre la base de preguntas que el Médico formula orientadas a recabar información rápida y específica, acerca del problema a tratar. Las preguntas tendrán siempre un contenido de fácil e inmediata comprensión, y se tratará de que el paciente se exprese lo más concisamente posible. Esta modalidad de entrevista es ideal en las emergencias, también puede ser utilizada en las consultas de control.

Este tipo de entrevistas posee ventajas y desventajas, entre las primeras encontramos que permite recoger información concreta y específica, habilita la obtención de los datos clínicos que el entrevistador considera críticos, impidiendo las manipulaciones por parte del paciente y/o su familia. Permite que los problemas puedan ser evaluados rápidamente y por lo tanto la prescripción de soluciones también puede ser más rápida también. Dentro de las desventajas encontramos que, al no favorecer la escucha del paciente, se pone en peligro la empatía, facilitando los errores de apreciación. El

paciente queda ubicado en una posición de pasividad. Se dificulta la creación de la alianza necesaria para una firme adherencia al tratamiento. No se puede evaluar la capacidad de comprensión y resignificación del paciente

2. Entrevistas semidirigidas: Durante estas entrevistas se alternan momentos de expresión libre con preguntas centradas en aquellos temas que el Médico evalúa de mayor importancia clínica o que exigen a su juicio mayor precisión. Las ventajas que posee están en relación a que favorece la escucha empática favorece una alianza terapéutica firme. Permite evaluar y estimular los recursos propios del paciente para definir, confrontar y resolver. Estimula el fortalecimiento del Yo. Genera que el paciente se comprometa con el proceso terapéutico, favoreciendo la adherencia al tratamiento. La desventaja principal es que insume más tiempo en su realización.

3. Entrevistas libres. Son aquellas en las cuales el médico no pregunta, ni orienta el discurso del paciente. Este es el tipo de entrevista propia del psicoanálisis.

Interrogatorio metódico, su intención es operatoria, se trata de preguntas bastante estereotipadas, con las que se considera cubrir un campo informativo suficiente para la especialidad afectada. Este tipo de cuestionario es económico, fácil de manejar pero dividido y selectivo.

Se trata del primer modelo de interrogatorio que se encuentra el estudiante, modelo que se impregnará durante sus estudios, y si es suficiente y justificado para una enfermedad orgánica aguda se arriesga a bloquear otro tipo de relación y de investigación cuando es el único utilizado.

La anamnesis psicosocial, se trata de apéndice del interrogatorio clásico, no de una técnica en particular, sino del mínimo que debe interesarle al médico para ver al enfermo y no sólo su enfermedad.

La conversación no directiva, cada médico le dará su propio matiz a esta técnica. La conversación será casi siempre de sentado, ya que los intercambios verbales son facilitados por la posición respectiva a cuarenta y cinco grados, pero todo esto es teórico, la condición principal es el deseo de comprensión del médico y el diálogo puede tener lugar mientras se hace el examen somático. Para esto es necesario que el médico abandone su carácter técnico, saber escuchar para poder oír detrás de cada palabra manifiesta el sentido latente, tratando que puedan emerger sus miedos, fantasmas y movimientos afectivos que estarán muy retenidos, y que sólo se expresarán con motivo de crisis o circunstancias favorables que conviene originar.

Su actitud debe ser la de un auditor atento pero tolerante.

Esta técnica permite percibir cómo se unen en el plan psicológico síntomas y sufrimientos, malestares físicos y repercusiones psicológicas. Percibir la vida emocional del paciente, su manera de ser y de reaccionar, percibir los mecanismos de defensa del enfermo, darse cuenta de las zonas de conflicto, delimitarlas y ver cómo abordarlas.

Pero la conversación no directiva no se opone a las otras, sino que las complementa. Frecuentemente el médico las usa en conjunto y pasando ágilmente de una a la otra, sabiendo adaptarse a la reacción del paciente y siguiendo el estilo propio de cada profesional a lo largo de su carrera.

### **5.8 El paciente y la enfermedad. Construcción del significado de la enfermedad.**

El paciente es una persona que sufre y desconoce muchos de los aspectos de lo que le acontece, esta es una situación nueva que le puede generar temores y ansiedad. En este sentido se entiende que puede no confiar plenamente en el médico y a su vez posee contradicciones internas como suficiencia vs. necesidad de ayuda, confianza vs. necesidad de confiar.

Las personas ya tienen concepciones previas de lo que es estar enfermo o sano, y estas están en relación con la cultura en la que están inmersos. Cuando una persona recurre al médico, la información que el médico le brinda deberá ser recibida, procesada y reelaborada, dándole al malestar un significado propio y específico.

En esta construcción de significado intervienen numerosos factores entre ellos están: las actitudes del médico, la capacidad de comprensión del paciente, la conciencia de enfermedad, las de personalidad del sujeto, la historia individual y familiar, la etapa y momento vital y las características de la enfermedad.

La capacidad de comprensión del paciente y/o su familia, es también un factor importante en la construcción del significado de la enfermedad. La misma dependerá de: a- el nivel de instrucción, es por esto que es importante brindarle la información en término que ellos lo puedan comprender, es decir con palabras sencilla y análogas a las de su uso cotidiano. Suele suceder que algunos pacientes no conocen su situación médica ya que cuando se le ha informado y ellos no han comprendido tampoco han preguntado por vergüenza, otra cuestión que influye es la corta duración de las entrevistas médicas. b- el lenguaje, este está en relación a los modismos propio de cada cultura y subcultura y los significados verbales de cada familia en particular, los mismo deben ser tenido en cuenta. c- las funciones superiores, la comprensión está íntimamente relacionada con la calidad de funcionamiento de la atención, la memoria, la concentración, la capacidad de abstracción, capacidad de síntesis y formular conclusiones. Si estas funciones poseen trastornos la capacidad de comprensión también se verá afectada según la gravedad de los mismos y se deberá trabajar interdisciplinariamente con los especialistas correspondientes. d- trastornos afectivos, es importante evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos, pero también hay que tener en cuenta que la ansiedad que suele estar presente en pacientes con enfermedades

severas de reciente diagnóstico, afecta a la comprensión obstaculizando la fijación. e- distorsión de las enfermedades, se refiere al efecto que producen algunos de los mecanismos de defensa que se implementan ante la situación traumática. La negación es uno de los mecanismos utilizados usualmente en las personas con enfermedades somáticas, si bien logra reducir la angustia no resuelve el problema y genera escotomas en la información procesada y por ende se genera distorsión de la misma. Es importante diferenciar si se trata de un mecanismo defensivo de negación, aquí se precisaría de un manejo psicoterapéutico para su resolución, o si la omisión de la información está en relación a un desconocimiento del tema, esto se soluciona con el aporte de mayor información y una clara explicación. f- concepciones culturales y personales acerca de la salud y de la enfermedad, esto afecta tanto a la transmisión de información como su comprensión y por esto deben ser tomadas en consideración las medicinas alternativas, complementos que proponen tratamientos naturales, libros de autoayuda, entre otros.

La conciencia de enfermedad es otra cuestión que influye en la construcción del significado de la enfermedad, esto se refiere a qué es lo que el paciente sabe en el plano de la conciencia acerca de su enfermedad y lo que significa padecerla, que conoce del pronóstico, de la evolución, de lo que representa para él en términos de desenvolvimiento psicofísico. También incluye las expectativas, vivencias, preocupaciones y temores del paciente y su familia ya que también son parte de lo que la enfermedad representa para ellos.

Tanto la comprensión como la conciencia de enfermedad están afectadas por las características de personalidad de cada sujeto. Por personalidad se puede entender una forma particular y estable de organización del psiquismo de las personas, que se manifiesta como conductas expresadas en las tres áreas, lo biológico, lo psicológico y lo social.

Es importante, para la formación del significado, la historia individual del paciente en relación con la enfermedad. El sujeto que ha sufrido diferentes procesos de enfermedad puede desarrollar capacidades de superación, pero también puede suceder que las vivencias hayan sido lo suficientemente agobiantes como para generar desesperanza. También posee gran influencia la historia familiar, ya que dependiendo como evolucionaron dichos familiares, que parentesco tenía con el mismo, a qué edad fue dicho cuadro como así también qué edad tenía el paciente en ese momento.

El momento de la vida por la cual está transcurriendo el sujeto también tiene que ver con el significado que se puede construir. También tienen implicancias las características de la enfermedad, es decir la localización, los signos y los síntomas, así como la evolución y el pronóstico, para la construcción del significado. Las enfermedades con síntomas que afectan a la calidad de vida generan profundos temores y angustia.

### **El médico y la enfermedad.**

Juan José Rodríguez Sendín<sup>42</sup>, explica que la profesión médica es una ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio. Para la cual se requiere que las partes garanticen la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.

---

<sup>42</sup> Rodríguez Sendín, Juan José (2010). Definición de "Profesión médica", "Profesional médico/a" y "Profesionalismo médico". *Educación Médica*. 13(2).

El profesional médico titulado se ha comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores. Por lo tanto el profesionalismo médico está constituido por un conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos. Sus principios fundamentales están en relación a que el ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico, base de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta, entre otros principios, por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La tarea médica es de alta responsabilidad ya que implica actuar con rapidez, la toma de decisiones y la evaluación de los riesgos que involucran la salud de otras personas. Esta profesión no escapa del estrés ni del síndrome del Burn Out, tan frecuente entre los profesionales de la salud.

El médico también tiene un significado particular sobre la enfermedad. El médico ha adquirido a lo largo de su formación mucha cantidad de conocimientos, algunas habilidades y también actitudes éticas.

Los factores personales del médico también afectan en las concepciones que posee el mismo, sobre el paciente y la enfermedad. Influyen su propia situación emocional, su autoestima y confianza en la propia preparación profesional, sus creencias y concepciones, su personalidad, su historia individual y familiar respecto de la enfermedad que se trate, la enfermedad de que se trate y las dificultades para el diagnóstico y tratamiento, su situación social y económica. Si bien son cuestiones que el médico como profesional debe controlar para disminuir su influencia no se puede negar su existencia.

### **Características de la persona del médico dentro del ámbito terapéutico.**

Dentro de las actitudes del médico nos encontramos con las siguientes características:

La conducta ética, cuando el médico rige su comportamiento por los principios de la bioética produce un efecto psicoterapéutico y tranquilizador en el paciente, muy favorable para la comprensión de la información que le está brindando. El médico debe actuar por el bien del paciente y no lo daña, respetar la autonomía del mismo y proveer la información necesaria para que el paciente pueda decidir, evaluar los efectos secundarios de los medicamentos que le indique para evitar perjudicarlo, respetar la confidencialidad y actúa con honradez y veracidad.

La escucha empática, esta debe ser atenta e imparcial y de este modo se logra el efecto que le hace sentir al paciente que el médico lo acompaña y comprende, siente el interés humano.

Compromiso condicional, es la actitud de colaboración e interés por los problemas de los pacientes pero en el marco de la conducta profesional, conservando la neutralidad para no confundir lo que es la “amistad médica” de la social.

Tolerancia discriminada, es una respuesta ante ciertas actitudes del paciente o sus familiares que están en relación al incumplimiento, por ejemplo, de las indicaciones terapéuticas. En este sentido el médico debe explorar tal incumplimiento a partir de la razones que motivaron tal comportamiento y no desde una actitud paternalista impartiendo reprimendas o amenazas de expulsión.

### **Alianza terapéutica.**

Héctor Fernández Alvarez<sup>43</sup>, se pregunta si la alianza terapéutica puede verse como un pacto, una coalición, una asociación o un acuerdo, a lo que responde que, más allá de

---

<sup>43</sup> Fernández – Alvarez, H. (2011). “Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos”. *Editorial Polemos*, Buenos Aires.

los diferentes modos de ver a la alianza terapéutica poseen un elemento común, supone dos partes que se reúnen para un fin, una unión de fuerzas. En este acuerdo entre partes está implícito que se benefician ambos. También supone la participación conjunta, aunque de modo diferente. Pero al adherirle la palabra terapéutica o terapia, la alianza supone una unión para mejorar algo que no está bien. Todo esto parece muy simple pero no lo es tanto, ya que supone de ambas partes que compartan un acuerdo que desde el inicio puede presentar dificultades. Desde el comienzo se debe estar dispuesto a asumir el rol de paciente y de recibir lo que el terapeuta le ofrece como una alternativa para el cambio de estado.

Desde el lado del terapeuta, el mismo no está exento de tener dificultades en el proceso, ya que puede tener conflictos para conectarse con el consultante por muchos motivos, porque le produce temor, pena, enojo o porque no se siente preparado para atender una determinada situación. A veces hay terceras partes que afectan la alianza en el vínculo, como por ejemplo que el paciente concurra con algún familiar.

La alianza terapéutica es condición para la puesta en marcha de un tratamiento, pero también es el elemento que lo sostiene a través de las inevitables tensiones del mismo. Las que derivan no sólo de las dificultades que se presentan, sino de la condición intrínseca de la psicoterapia de promover cambios que la persona tiene naturalmente dificultad para producir, de lo contrario, no requeriría ayuda. En esto se incluye otra característica implícita en la palabra alianza, ya que se necesita ayuda y se necesita colaboración; esto vale tanto para el terapeuta como para el paciente, ya sea para la mejora del paciente como para poder hacer efectiva la labor del profesional.

Es importante destacar que se llama alianza terapéutica a la relación humana entre el paciente y el terapeuta. La misma consiste en el entendimiento, la compatibilidad y el encaje que se da entre cliente y terapeuta, con un componente no sólo relacional sino

también emocional. El objetivo fundamental de la relación terapéutica no es imponer un cambio en el paciente sino crear una condición que permita que el cambio se produzca. Para la comprensión del término “Alianza terapéutica”, Héctor Fernández Alvarez<sup>44</sup> realiza un breve recorrido sobre diferentes autores que han teorizado sobre la misma, dentro de los cuales explica que Sigmund Freud, considerado el padre de la psicoterapia y, pese a no referirse al concepto de alianza de modo directo, en su trabajo de 1912 “la dinámica de la transferencia” menciona que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre el paciente y el terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia.

En la obra de Freud se pueden distinguir dos conceptualizaciones levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En los primeros escritos, aportando consejos sobre la técnica del psicoanálisis, Freud describió el afecto del paciente hacia el terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía la aceptación y credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta. Posteriormente, consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos, y en sus últimos escritos parece haber modificaciones este concepto, pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad. Elizabeth Zetzel distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que esta última era la parte no neurótica de la relación entre el terapeuta y el paciente que posibilita el

---

<sup>44</sup> *Ibidem.*

insight y el uso de las interpretaciones para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta.

Ralph Greenson hizo una distinción entre alianza de trabajo y alianza terapéutica. La primera sería la habilidad del paciente para adaptarse a las tareas del análisis, la segunda hace referencia a la capacidad del terapeuta de establecer un vínculo personal. Para él, la relación terapéutica consiste en una configuración de transferencia y una relación real. La relación real es la respuesta humana mutua del paciente y del terapeuta entre sí, incluyendo las percepciones no distorsionadas, el aprecio, la confianza y el respeto auténtico por el otro. La alianza de trabajo era la capacidad del paciente y del terapeuta para trabajar intencionalmente juntos en el tratamiento que ellos acepten.

A diferencia de la lectura transferencial proporcionada por el psicoanálisis, el modelo humanístico existencial realizó un extenso desarrollo de la relación terapéutica, aunque desde esta perspectiva no se alude a ella con el concepto de alianza terapéutica. Carl Rogers ha generado importantes aportes al considerar que lo fundamental en el logro de resultados positivos en psicoterapia son las actitudes del terapeuta o factores inespecíficos. Rogers postuló que lo esencial de la psicoterapia es la calidad emocional de la relación terapéutica y sostuvo que el elemento más importante para su mantenimiento es la calidad del encuentro interpersonal con el cliente.

Esta manera de concebir la relación terapéutica se funda completamente sobre las cualidades personales del terapeuta. Rogers definió operativamente las actitudes internas del terapeuta que son necesarias para establecer una verdadera relación personal. Según este autor, el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes:

La autenticidad, que sería sinceridad, transparencia. El terapeuta debe tener presente sus propios sentimientos sin ofrecer una fachada externa.

La aceptación positiva incondicional, es el cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicionalidad, es decir como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimiento.

La comprensión empática, se logra cuando el terapeuta logra percibir los sentimientos y los significados personales que el cliente experimenta. Es la capacidad que permite al terapeuta centrarse en el cliente. El efecto terapéutico de la empatía como factor principal de la relación siempre implica la presencia de las otras condiciones.

Otra de los factores centrales en el establecimiento y mantenimiento de la motivación para el cambio, como un hilo que anuda los elementos de la alianza terapéutica es el nivel de malestar subjetivo. Si el mismo es muy bajo, falta el motor que la pone en marcha, si es excesivamente alto puede dificultar los acuerdos y poner en riesgo la relación. Por otra parte, los pacientes con un elevado nivel de resistencia requieren una mayor participación en el establecimiento de los objetivos y las técnicas no directivas facilitan su adherencia al tratamiento.

Toda relación que se desarrolla en el tiempo, ya sea breve o largo, está sujeto a modificaciones, es por esto que Luborsky (1976) describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia. La alianza tipo 1 se da sobre todo en el inicio y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor. La alianza tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

Siguiendo la conceptualización de Bordin, se encuentra una diferenciación de la alianza terapéutica en el momento inicial, durante el transcurso y en el final de la terapia según la forma y la relevancia que van tomando cada uno de los tres componentes.

Inicio: en esta etapa, el primer desafío es establecer una relación terapéutica de confianza y de respeto que se constituya en el canal por el que circulen las intervenciones dirigidas al cambio. Es en esta etapa donde se establecen los objetivos que son esenciales para dirigir el proceso, ya que aumentan la motivación y favorecen la adhesión al tratamiento en la medida en que las actividades y esfuerzos estén organizados alrededor de un por qué. Es en esta etapa donde se establece la alianza terapéutica como condición de posibilidad para la iniciación de un tratamiento.

Transcurso: durante el proceso de la terapia, la tarea de afianzamiento de la alianza terapéutica consiste en sostener el vínculo y los acuerdos iniciales a través del tiempo. Es probable que en esta etapa se puedan producir replanteos en los objetivos por la aparición de nuevas demandas, cambios o crisis en la vida del paciente, así como el replanteo de los medios cuando se evalúan como insuficientes o inefectivos. La tarea de esta etapa es mantener el vínculo para generar las alternativas conducentes al logro de las metas.

Final: el trabajo en esta etapa se centra en el acuerdo sobre la finalización y el proceso de separación, sobre todo en tratamientos largos. En la medida en que se hayan cumplido los objetivos acordados, se establece una alianza positiva y potente. Sin embargo, también puede suceder que los pacientes abandonen prematuramente el tratamiento.

Cuando se habla de la necesidad de establecer y la necesidad de mantener la alianza terapéutica, significa que también existe la posibilidad de no poder realizarlo o que se produzcan rupturas o impasses de la misma. Los mismos se tratan de obstáculos que pueden aparecer durante la constitución, consolidación y desarrollo de la alianza.

Los impasses y rupturas se refieren a momentos de estancamiento en la relación terapéutica, que son inevitables, en algunos casos, ya que el paciente protege sus modos

habituales de funcionamiento de la influencia externa. Estas tensiones pueden variar en su intensidad e ir desde tensiones menores, impasses, a un quiebre mayor de la relación, rupturas.

Puede tener como base desacuerdos sobre las tareas y los objetivos o problemas en la dimensión del vínculo, y expresarse de modo directo indirecto. Es decir que el terapeuta debe prestar atención tanto hacia las críticas directas sobre el curso del tratamiento como así también a las situaciones de pasividad, que se expresan como desgano o desinterés, falta de cumplimiento de tareas, desajustes en el encuadre.

Frente a este tipo de situaciones se debe reflexionar en torno a posibles intervenciones destinadas a negociar la alianza y manejar las tensiones.

Se clasifican las rupturas en dos tipos: de distanciamiento y de confrontación. Ambas representan la forma que tienen los pacientes de controlar la tensión entre sus necesidades contrapuestas de alejamiento y cercanía, de autodefinición y la relación con los otros.

En la ruptura de distanciamiento el paciente responde a esta tensión de la relación terapéutica desconectándose o aislándose del terapeuta, y/o de algunos aspectos de su propia experiencia.

En la ruptura de confrontación, el paciente expresa directamente su enojo de manera culpabilizadora y/o agresiva. El malestar está dirigido al terapeuta, al proceso terapéutico o a una combinación de ambos.

Es decir que es un vínculo de colaboración mutua que permite trabajar en equipo con el paciente, esto no implica la pérdida de la simetría, ya que cada uno aporta según su rol. Esta se construye con las actitudes de médico, la escucha atenta e imparcial, el respeto hacia el paciente como persona, el interés por resolver el problema que lo trajo a la

consulta, la capacidad de contención, la capacidad científica y la capacidad de brindar seguridad y dirigir el proceso diagnóstico terapéutico.

Confianza, es el fundamento de la alianza terapéutica. El paciente considera que su médico posee la preparación científica que se requiere, y lo respeta como para no poner en tela de juicio sus opiniones e indicaciones. No significa confiar ciegamente sino se trata de el convencimiento de que el médico siempre obrará lo mejor que sabe para ayudar al paciente.

Si se ejercitan todas las características mencionadas anteriormente cuando el médico le debe informar sobre un cuadro clínico, todas las amenazas que puede sentir el paciente y/o la familia se verán atenuadas por el efecto tranquilizador y de contención que se logra.

### **5.9 Valoración y la relación médico paciente.**

América Pérez Sánchez y Xiomara Martín Linares<sup>45</sup>, toman A.M. Korchunov quien explica que la valoración es un componente inseparable de la conciencia formado bajo la influencia de la práctica. La práctica en su desarrollo no sólo engendra el ser funcional de las cosas, su significación, su valor, sino que forma también la capacidad subjetiva, con ayuda de la cual se define el valor de las propiedades naturales y de los factores sociales.

Explican que en la interrelación médico paciente entran a jugar parte un conjunto de factores como son: el contacto directo con la subjetividad de la persona enferma por parte del médico, el sistema de valores conformado por ese individuo-paciente, su mundo valorativo que se encuentra presente desde el mismo momento en que el paciente se pone en contacto con el médico. El enfermo, el cual ante todo es un ser

---

<sup>45</sup> Pérez Sánchez, América y Martín Linares, Xiomara (2003). Educación en valores en el profesional de ciencias médicas. *Rev. Cubana Salud Pública.* 29 (1), 65 – 72.

humano con determinada afección, que incluye en el proceso de su curación no sólo el tratamiento a su padecimiento, sino también su valoración como ser humano.

La valoración como el proceso mediante el cual se refleja subjetivamente la realidad objetiva en forma de necesidades, intereses y fines del sujeto valorante se encuentra en la base de la relación médico-paciente; ella constituye el objeto de estudio de la ciencia denominada axiología y que tiene como base el reconocimiento de la significación social objetiva que poseen los objetos y fenómenos de la realidad atendiendo a sus propiedades funcionales al ser incluidos en la actividad práctica y que se denomina valor.

El reflejo valorativo de la realidad posee dos formas de significación: significación social objetiva cuyo contenido del reflejo está dado por el componente cognoscitivo o valor, y una significación para el sujeto que está mediatizado por las necesidades, intereses y fines del sujeto valorante, que constituye el componente no cognoscitivo.

El valor a su vez en su estructura, posee un carácter dicotómico, por lo que este puede ser objetivo, subjetivo, puede poseer una connotación social positiva y una connotación social negativa. Existe una jerarquía de valores ya que estos pueden ser altos o superiores y bajos o inferiores. Los valores son relativos, por cuanto ellos constituyen el objeto de la valoración, por lo que podemos decir que poseen un carácter histórico concreto, varían en dependencia de las necesidades, intereses, fines, relaciones afectivo-emocionales y experiencias precedentes del sujeto valorante, lo que permite que se establezca un patrón comparativo de valoración para él.

Existen varios planos de análisis de los valores, uno de ellos se presenta a través del sistema objetivo de valores que constituye la parte constitutiva de la propia realidad social; otro se manifiesta a través del proceso de subjetivación, concienciación y formación de valores, que a su vez constituye la forma en que el sistema de valores se

refleja en la conciencia. Y el último es el sistema de valores instituidos y reconocidos oficialmente, de los cuales emana la ideología oficial, la política interna y externa, las normas jurídicas y la educación formal estatal o institucionalizada.

De este modo se puede entender a la valoración como una acción intrínseca al ser humano y que está implicada en todos los ámbitos, tanto personales, profesionales como educativos. Es evidente que la misma estará influida por las vivencias experimentadas, las cuales nunca estarán aisladas del entorno sociocultural, y es a través de las mismas que se marcará o abrirá el camino para declarar como importante tal o cual cuestión en la vida tanto personal como profesional del sujeto.

## **6. MARCO METODOLÓGICO.**

### **6.1. Tipo de Estudio.**

Se planteó abordar el problema mediante un diseño no experimental, de campo, transversal, en tanto la población fue evaluada en su contexto natural sin la introducción, ni manipulación de ningún tipo de situación y mediante la aplicación de instrumentos de medición en una única instancia. En función de sus objetivos el estudio presentó un carácter descriptivo, ya que no solamente se pretendió identificar los conocimientos de los alumnos sobre la relación médico paciente, sino que se buscó avanzar en la caracterización de sus valoraciones acerca de la problemática.

La estrategia de abordaje considerada más adecuada fue la cuantitativa, aunque se desarrollarán triangulaciones metodológicas de datos y de teorías.

## **6.2. Área de Estudio.**

El estudio se realizó en una Universidad privada situada en el macrocentro de la ciudad de Rosario.

En la misma se dictan diversas carreras dentro de las cuales se encuentra la Licenciatura en Medicina, con una duración de seis años. La misma compete a nivel educativo con otras dos Universidades que también dictan dicha carrera en la misma ciudad, una estatal y la otra privada.

Los alumnos que cursan la carrera presentan diversas edades y son de ambos sexos, en general pertenecen a un nivel socioeconómico medio/alto.

Dentro de la carrera de Medicina se dictan clases teórico – prácticas y en los últimos años académicos se realizan las prácticas con contacto directo con los pacientes.

## **6.3. Población/Muestra.**

### **Población**

La población estuvo constituida por un total aproximado de 100 estudiantes de ambos sexos y diferentes edades que cursaban el 5° o 6° año de la carrera de Licenciatura en Medicina en la Universidad Abierta Interamericana Sede Rosario, ubicada en el macrocentro de la ciudad de Rosario.

### **Muestra**

Se trabajó con una muestra no aleatoria, accidental, integrada por 63 alumnos de ambos sexos, de los cuales 36 cursaban el 5° año de la Carrera y 27 el 6° año de la misma.

Se tomaron como criterios de inclusión:

- 1- Que sea alumno regular de 5° o 6° año.
- 2- Que se encuentre presente el día de la aplicación del instrumento.

3- Que acepte voluntariamente participar del estudio.

#### **6.4. Técnicas e Instrumentos.**

Para la recolección de los datos se construyó un cuestionario que estaba integrado por 12 ítems cuyas respuestas podían ser dadas por asociación, por jerarquización o por elección de respuesta, según el punto y objetivo a indagar.

#### **6.5. Procedimientos.**

Previa solicitud y obtención de las autorizaciones correspondientes tanto del Director como de la Secretaria Académica de la Carrera de Licenciatura en Medicina, así como también de los docentes a cargo de las asignaturas en las que se aplicó el instrumento, el mismo fue entregado a cada uno de los alumnos que formaron parte de la muestra. Se les explicó las consignas y se aplicó en modalidad autoadministrada aguardando dentro del aula hasta la finalización de las respuestas y procediendo a recoger los mismos. El tiempo aproximado que utilizaron los alumnos para responder al instrumento fue de 25 minutos.

#### **6.6. Consideraciones Éticas.**

En primera instancia se realizó la correspondiente solicitud de autorización a las autoridades de la Carrera de Medicina, tanto al Director como a la Secretaria Académica. Se entregó una copia tanto el proyecto de investigación como del instrumento para la recolección de los datos, los cuales fueron aprobados.

Luego de haber obtenido dicha autorización, también se solicitó la autorización de cada uno de los docentes a cargo de las asignaturas en las cuales se aplicó el instrumento.

Se consideraron además ciertos recaudos éticos, tales como la participación voluntaria de los sujetos en el estudio, conociendo los objetivos del mismo y se les garantizó tanto el anonimato como la confidencialidad de los datos.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Aiello Sidoni, María. (2009). Dificultades en el aprendizaje de la metodología de la investigación. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 2 (3), 141-156.
- Álvarez – Gordillo, G. d – G. – J. – F. (2000). Precepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42 (6), 520 – 528.
- Bascuñán, M L (2005). Cambios en la relación médico paciente y el nivel de satisfacción de los médicos, *Revista Médica de Chile*, 133 (1) 11 – 16.
- Battistella, Gabriel. El proceso Salud enfermedad. <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf>
- Blanco Aspiazú, M., H. A., B.B. R., M. R. M. (2002). Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cubana Med Milit.* 31 (2), 104 – 109.
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista Electrónica de la Red Educativa*, 1 (1).
- Cortese, Elisa N. et al (2004). Psicología médica, salud mental. *Nobuko*. Buenos Aires.
- Dolto, Françoise (1986). “La imagen inconsciente del cuerpo”. *Ediciones Paidós, Barcelona*.
- Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. (Martínez Hernández, Clara M.) En <

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu13106.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu13106.pdf) > [Consultado: 10/11/2010].

- Fernández – Alvarez, H. (2011). “Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos”. *Editorial Polemos*. Buenos Aires.
- Fernández Sacasa, José (2000). Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo*. 1(1), 5 – 9.
- Formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. (Xavier Clèriesa, Juli de Nadala, Luis Branda). En < <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n1/colaboracion1.pdf> > [Consultado: 16/10/2010].
- Girón, M. B. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76 (5), 561 – 575.
- Grande, Alfredo (2011). Campo dinámico de la relación asistente – asistido, *Cátedra de Psicología Médica, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires*.
- Grande, Alfredo (2011). “Relación médico – paciente”, material de circulación interna, Cátedra de Psicología Médica, carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.
- Herrera C. C. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 249 – 255.
- La relación médico paciente. (Rodríguez Silva, H.). En <[http://bus.sld.cu/spu/vol32\\_4\\_06/spu07406.htm](http://bus.sld.cu/spu/vol32_4_06/spu07406.htm)> [Consultado: 11/10/2010].
- La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. (Franco, Jorge A. Pecci, Cristina). En <

<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v63n2/v63n2a03.pdf>>

[Consultado:

14/10/2010].

- Laurell, A. Cristina (1986). “El estudio social del proceso salud - enfermedad en América Latina”. *Cuadernos Médicos Sociales. Ed. C.E.S.S. 37.*
- Laurell, A. Cristina (1994). “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”. *Ed. U.A.M. – F.E.S. México.*
- Martín Alfonso, Libertad (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev. Cubana Salud Pública. 29 (3), 275 – 281.*
- Martínez, Liliana (2011). “Concepción restringida y amplificada de la relación asistente – asistido”, material de circulación interna, *Cátedra de Psicología Médica, Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*
- Modelos de la relación médico – paciente reflejo de la deshumanización de la salud. (Rodríguez, Angel). En <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Modelos.html>> [Consultado 28/09/2010].
- Núñez, María (2011), “Algunas conceptualizaciones respecto del cuerpo en psicoanálisis y acerca de la constitución del Yo”. *Material de circulación interna, Cátedra de Psicología médica, Carrera de Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*
- Pérez Sánchez, América y Martín Linares, Xiomara (2003). Educación en valores en el profesional de ciencias médicas. *Rev. Cubana Salud Pública. 29 (1), 65 – 72.*
- Rodríguez Sendín, Juan José (2010). Definición de "Profesión médica", "Profesional médico/a" y "Profesionalismo médico". *Educación Médica. 13(2).*

- Saa, Diego (2008). Relación médico paciente. *Colombia Médica*. 39 (3), 287 – 290.
- Saforcada, Enrique (1988). Calidad de vida y salud. Cátedra de salud pública y salud mental. *U.B.A. Ed. Mimeo*. Bs. As.
- Tsuchida Fernández, Marisa B., Bandres Sanchez María P., Guevara Linares, Ximena (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Médica Herediana*. 14 (4), 175-180.
- María del Carmen Vidal y Benito. “Acerca de la buena comunicación en medicina”. Libros Virtuales IntraMed. En [http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06\\_01.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf) [Consultado 11/04/2011].
- Vidal y Benito, María del C. (2010). La relación médico paciente. *Lugar Editorial S.A.* Buenos Aires.

## **8. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.**

En primer lugar se presentan los datos correspondientes a las características de los sujetos en estudio.

Se trabajo con 63 sujetos, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Medicina de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Abierta Interamericana Sede Rosario.

Del total de sujetos el 57,14% (36/63) correspondieron a 5° año, en tanto el 42,86% restante eran alumnos regulares de 6° año.

En cuanto a los datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario, se analizan en algunos casos en términos globales, ya que no se encontraron diferencias al analizar según año de cursado (5° o 6°), mientras que en aquellos casos en los cuales se observaron comportamientos diferentes, los datos se presentan tanto en términos globales como por año de la carrera.

En primer término se solicitó a los alumnos que identificaran características de los Modelos Biomédico y Médico Antropológico, presentando un listado que incluía 4 aspectos de cada uno (8 en total).

Los datos permitieron observar que en términos generales los alumnos lograban identificar correctamente entre dos y tres características del Modelo Biomédico ( $\bar{X}=2,66$ ), mientras que para el Modelo Médico Antropológico la media tomó un valor de 1,47, dato que indica que de las cuatro características listadas para el Modelo Antropológico, sólo pudieron ser identificadas correctamente por la totalidad de los alumnos entre 1 y 2.

Si analizamos ahora, la misma respuesta pero diferenciado el año de cursado de los alumnos, encontramos grandes diferencias entre los grupos. Mientras que en 5° año para el Modelo Biomédico la identificación correcta fue de 3 características; en 6° año sólo

podieron reconocerse 2 aspectos. En tanto para el Modelos Antropológico en 5° año se lograron reconocer correctamente entre 2 y 3 características y en 6° apenas entre 1 y 2. Finalmente, y en relación a éste mismo tópico, los datos mostraron que en cuanto al Modelo Biomédico, de las 4 características, en términos generales el 36,51% de los alumnos identificaron la totalidad de las mismas, es decir las 4; pero diferenciando por año de cursada, en 5° año el 47,22% de los alumnos identifican las 4 características, mientras que en 6° año el 22,22% identifica las cuatro características (ver datos en la tabla correspondiente).

Respecto a la identificación de 3 de las 4 características encontramos que, en términos generales el 19,05% de los alumnos identificó 3 características de las 4; diferenciando por año de cursada, en 5° año el 19,44% identificó 3 de 4 características y en 6° el 18,52% realizó dicha identificación.

Siguiendo con el mismo criterio, encontramos que en términos globales el 23, 81% reconoció 2 de las 4 características, los alumnos de 5° lo hicieron en un 22,22% y los de 6° en un 25,93%.

En relación a la identificación de una sola característica de las 4 se puede verse que en términos generales el 15,87% lo logra, respecto a 5° año el 11,11% lo hace y los alumnos de sexto año lo logran en un 22,22%.

Es de suma importancia destacar que fue muy escaso el número de alumnos que no logró reconocer ninguna de las características, globalmente encontramos que un 4,76% no logra reconocer ninguna, siendo en 6° año un 11,11% no lo logra, mientras que en 5° año no hay quién no haya podido reconocer ninguna característica del Modelo Biomédico.

Identificación de las características del Modelo Biomédico.					
	4 de 4	3 de 4	2 de 4	1 de 4	0 de 4
GENERAL	36,51%	19,05%	23,81%	15,87%	4,76%
5°	47,22%	19,44%	22,22%	11,11%	0%
6°	22,22%	18,52%	25,93%	22,22%	11,11%

Cuando analizamos los datos correspondientes al Modelo Médico Antropológico, se puede observar que en términos generales el 33,33% de los alumnos logra reconocer las 4 características, en 5° año un 44,44% lo logra y en 6° sólo lo hace un 18,52% (datos disponibles en la tabla correspondiente).

En lo que respecta a la identificación de 3 de las 4 características, globalmente los alumnos lo captan en un 12,70%, mientras que el 16,67% de los alumnos de 5° identifica 3 de las 4 características, los de 6° sólo lo logran en 7,41%.

En relación a la identificación de 2 de las 4 características se puede ver que, en términos generales el 23,81% de los alumnos identifica 2 de las 4 características, los alumnos de 5° lo realizan en un 11,11%, mientras que el 40,74% de los alumnos de 6° muestra este tipo de registro del modelo.

Cuando se observan los datos sobre la identificación de sólo una de las características se puede ver que, en términos globales el 14,29% puede realizar este registro, los alumnos de lo hacen en un 13,89% y los de 6° en un 14,81%.

En relación a la imposibilidad de reconocer alguna de las características del modelo, se puede registrar que un alto porcentaje, un 15,87%, en comparación al Modelo Biomédico, de la totalidad de los sujetos presenta esta imposibilidad. Lo mismo se refleja tanto en 5° como en 6°, ya que del primer grupo un 13,89% no pueden identificar ninguna característica, mientras que en segundo grupo lo mismo sucede pero en un 18,52%.

Identificación de las características Modelo Médico Antropológico.					
	4 de 4	3 de 4	2 de 4	1 de 4	0 de 4
GENERAL	33,33%	12,70%	23,81%	14,29%	15,87%
5°	44,44%	16,67%	11,11%	13,89%	13,89%
6°	18,52%	7,41%	40,74%	14,81%	18,52%

Dentro del instrumento se incluyó un ítem que buscaba indagar la capacidad de reconocimiento que los alumnos poseen de los diferentes modelos de relación médico paciente, para lo cual se le solicitó que unan con flechas el nombre de cada modelo con su respectiva definición.

De los datos arrojados por el instrumento se puede observar, que en términos generales el 80,95% de los alumnos pudo identificar al Modelo Comercial, el 95,24% identificó al Modelo legal, y el 73,02% reconoce al Modelo Tecnológico. Respecto a los Modelos Alianza y al Hipocrático, los porcentajes disminuyen notablemente en 63,49% para el primero y 57,14% para el segundo.

MODELO COMERCIAL	MODELO ALIANZA	MODELO LEGAL	MODELO HIPOCRATICO	MODELO TECNOLOGICO
80,95%	63,49%	95,24%	57,14%	73,02%

Si el análisis se realiza comparando ambos años de cursado se pueden observar algunas diferencias. En primera instancia se puede observar que los alumnos de 5° año tienen un porcentaje mayor en lo que respecta a la identificación de los diferentes modelos, y esta tendencia se agudiza con el Modelo Hipocrático, ya que los alumnos de 5° lo identifican un 72,22% y los alumnos de 6° sólo un 37,04%.

	MODELO COMERCIAL	MODELO ALIANZA	MODELO LEGAL	MODELO HIPOCRATICO	MODELO TECNOLOGICO
5°	86,11%	69,44%	97,22%	72,22%	77,78%
6°	74,07%	55,56%	92,59%	37,04%	66,67%

Es importante tener en cuenta que las materias en las que se han dado los contenidos que se relacionan tanto con la relación médico paciente, como la diferenciación de los modelos y los aspectos relacionados con la ética, son dictadas en los primeros años de la carrera, lo cual nos lleva a pensar en la posibilidad de que la causa del deficiente reconocimiento que muestran los alumnos podría estar en relación a la imposibilidad de la retención del conocimiento, es decir que los alumnos estudiarían para los exámenes pero luego se dificultaría el recuerdo del contenido y esto se acentúa si no se hace un uso activo del conocimiento, una transferencia del aprendizaje, lo que implicaría que lo que se aprende en un determinado momento y situación pueda ser aplicado en otro diferente.

En relación a la definición de Relación Médico Paciente con el cual se identifican los alumnos, encontramos que un 61,90% se identifica con una relación médico paciente que implica una práctica con otro con el cual está estrechamente vinculado, que en este caso es un paciente, pero que a su vez posee un carácter asimétrico por excelencia, ya que la misma se da porque se presenta una persona que necesita de los conocimientos de un profesional para poder comprender y tratar lo que le está sucediendo, es decir que su objetivo es mediar y facilitar tanto el diagnóstico como el tratamiento terapéutico; la misma posee características éticas específicas y se da a través de un proceso comunicacional.

Sin embargo parece importante aclarar que se encontró que un poco más del cuarto de la población, un 26,98%, considera que la relación es simétrica por los vínculos afectivos que se establecen dentro de la misma. Es significativo comprender que estos vínculos que se dan dentro de la relación médico paciente no le dan a la relación características de simetría, ya que por las diferencias en sus funciones y sus objetivos que los unen a

ambos actores la relación es de por sí asimétrica. La simetría estaría más en relación a los aspectos éticos y no a los vínculos afectivos, justamente, estos últimos deben ser trabajados por parte del médico a través, por ejemplo, del manejo de la transferencia y contratransferencia.

Relación Médico paciente				
1	2	3	4	5
3,17%	6,35%	1,59%	61,90%	26,98%
<p>1- Es un encuentro profesional que se da entre dos o más personas con el único objetivo de solucionar una situación problemática dentro del ámbito del quehacer médico. 2-Es una relación que se da entre el médico y el paciente, y que se establece únicamente dentro del ámbito hospitalario. 3-Es una relación compleja y diádica en la que influyen solamente las características personales del paciente y su capacidad para la comprensión de la situación problemática por la que está transcurriendo. 4-Es el acto fundamental del quehacer médico, de carácter asimétrico y diádico, se rige por los principios de la beneficencia y está mediatizada por la interacción comunicacional. Su objetivo es facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico. 5-Es la relación que se establece entre el médico y el paciente para la resolución de un conflicto de salud, que por sus características afectivas posee una connotación simétrica.</p>				

En relación a la valoración que poseen los alumnos sobre los aspectos que deben manejar los médicos, que van más allá de la preparación técnica y que están vinculadas a la relación con el paciente, se le presentó un listado de factores a elegir según nivel de importancia que le asignan.

Se encontró que un 50% considera que es la conducta ética el factor de mayor influencia dentro de la dimensión relacional. Con valores muy inferiores son elegidos aspectos que están en íntima relación a lo ético como el criterio de beneficencia, en segundo lugar con un 20,97%, en un tercer lugar con el 12,90 y en un cuarto lugar con un 14,52%; y el respeto por la autonomía del paciente en un primer lugar con un 11,29, en un segundo lugar con el 17,74, en un cuarto, sexto y séptimo lugar con un 12,90% (Ver tabla en anexo, pág. 124).

También vemos que un 14,52% valora la manipulación del lenguaje técnico en un tercer lugar, siendo dicho porcentaje el mayor dentro de ese lugar.

Si bien los aspectos éticos son de suma importancia en la actividad profesional dentro del ámbito de la medicina, como así también es importante que el médico maneje fluidamente el lenguaje técnico dentro de las entrevistas con el paciente, es significativo

comprender que ambos aspectos están incluidos en el entrenamiento básico académico y ninguno de los aspectos valorados anteriormente están directamente dirigidos al manejo de los aspectos afectivos como lo es el manejo de la transferencia y contratransferencia. Justamente es en este punto donde los alumnos lo estiman en un 12,90% y en un octavo lugar. También es importante observar que la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica fue valorizado en un cuarto lugar pero con sólo un 11,29% y luego en un octavo y noveno lugar con el mismo porcentaje.

Es primordial advertir el lugar central que posee la alianza terapéutica, ya que la misma es una condición sustancial para la puesta en marcha del tratamiento y para sostener la relación en el tiempo, la misma consiste en el entendimiento, la compatibilidad y el encaje que se da entre ambos actores, con un componente no sólo relacional sino también emocional y una de las cuestiones fundamentales es la confianza que el paciente va a depositar en el médico. Es en este sentido que se advierte que dentro de esta alianza debe haber una colaboración mutua tanto para la mejoría del paciente como la hacer efectiva la labor del médico.

Respecto al punto que buscaba examinar con qué definición de comunicación entre el médico y el paciente los alumnos acuerdan, encontramos que el 74,60% plantea que la más acertada hace referencia a un proceso dinámico que incluye diferentes aspectos como los neurofisiológicos, los psicológicos y los socioculturales. El 20,64% considera que la misma se enmarca en la transmisión del diagnóstico y algún tipo de tratamiento.

COMUNICACIÓN ENTER EL MEDICO Y EL PACIENTE				
1	2	3	4	5
4,76%	0%	1,59%	74,60%	19,05%
1-Fenómeno que sólo involucra la transmisión de información desde un emisor/médico hacia un receptor/paciente. 2- Proceso informático entre el profesional médico y el enfermo para la adecuación de las técnicas quirúrgicas a implementar. 3-Momento en que el médico transmite al paciente su diagnóstico y tratamiento. 4- Proceso dinámico y complejo en el que interaccionan factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales. 5-Proceso en el que el médico comunica a su paciente no sólo el diagnóstico que emiten los resultados de los estudios realizados sino que también se presentan los diferentes tratamientos farmacológicos que el paciente puede realizar.				

Cuando analizamos los resultados del ítem que apunta a registrar los factores que los alumnos valoran en la influencia de la aceptación del diagnóstico por parte del paciente, para el cual también se le ofreció un listado de factores. Encontramos que, si bien el primer factor valorado es la construcción de una adecuada relación médico paciente en un 46,77%, el segundo factor más valorado está en relación a las capacidades cognitivas del paciente en un 11,29%, la misma será luego electa en un tercer lugar con un 19,35% y en el cuarto y quinto lugar con un 12,90% y un 11,29% respectivamente (Ver tabla en anexo, pág. 123).

Si bien es significativo tener en cuenta las capacidades cognitivas siempre será necesario realizar una construcción del significado de enfermedad con el paciente. Como así también es de suma importancia tener en cuenta cómo será el impacto que dicha afección, su pronóstico y tratamiento ejercerá sobre el mismo, para lo cual es preciso tener en cuenta las características de personalidad. También es interesante tener en cuenta que en momentos de sufrimiento, en muchas ocasiones las capacidades cognitivas se pueden ver afectadas.

En relación a lo expresado no podemos dejar de ver que en lo que respecta a la construcción del significado de enfermedad los alumnos los valoran en un noveno lugar y con sólo el 20,97%, las características de personalidad en un quinto lugar pero por sólo el 12,90% y el nivel de consciencia de enfermedad en un sexto lugar con el 11,29%.

Si bien los alumnos valoran las capacidades de comunicación del médico en un segundo lugar con un 17,74%, en un tercer lugar con un 11,29%, en un cuarto y quinto lugar con un 14,52% y 12,90% respectivamente, como del mismo modo también lo hacen con las actitudes del médico dentro de la entrevista con el paciente; vemos que en un rango muy aproximado consideran a la concisa transmisión del diagnóstico. Enlazando estos

resultados con los anteriores debemos comprender que la concisa transmisión de un diagnóstico por sí sola no asegura la comprensión del mismo y por ende tampoco certifica su aceptación. Es sustancial que dentro del proceso comunicacional que se establece dentro de esta relación tan particular, es necesario que se comprenda la persona del paciente y el significado que tiene para él su padecer y no sólo la enfermedad desde un punto de vista exclusivamente científico, aunque esto sea imprescindible para el ejercicio de la profesión.

En relación a la adhesión al tratamiento, encontramos que los alumnos valoran en primera instancia a la relación médico paciente en un 43,55%, en el mismo nivel de valoración es tomada la comprensión y aceptación del diagnóstico en un 22,58%. Luego, en un segundo lugar, se valora nuevamente la comprensión y aceptación del diagnóstico con un mismo porcentaje que en el primer lugar (22,58%) y la construcción de la relación médico paciente, también con un 22,58% y con un porcentaje un poco menor, 20,97%, a las capacidades comunicacionales del médico. En un tercer lugar de valoración aparecen las entrevistas de seguimiento con un 20,97% y, nuevamente emerge la capacidad comunicacional en un 17,74% (Ver tabla en el anexo, pág. 125).

Es significativo que los alumnos declaren este tipo de valoración ya que tanto para la comprensión y aceptación del diagnóstico como para la adhesión al tratamiento hay una íntima relación entre el tipo de relación médico paciente que se construya con el paciente y las capacidades comunicacionales que posea el médico. Esto se evidencia cuando tomamos a la relación médico paciente como un encuentro entre dos personas, lo cual implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico.

Lo que tampoco puede dejar de incluirse es la alianza terapéutica, ya que la misma que se establecerá entre el médico y el paciente está en íntima relación con la fundamental

confianza que el paciente debe sentir por el médico, y es en gran medida a través de ésta última que la relación médico paciente influirá notablemente a la respuesta del paciente respecto al tratamiento acordado. Es en este punto observamos que los alumnos la valoran en un cuarto lugar en un 16,13%, en consonancia con la valoración adjudicada en el ítem que indagaba sobre las dimensiones que deben ser manejadas dentro de la relación con el paciente.

Esto nos llevaría a pensar que los alumnos tendrían dificultad en reconocer la alianza terapéutica como un componente esencial de la relación médico paciente y su influencia tanto en la aceptación del diagnóstico como en la adhesión al tratamiento. Como así también se podría pensar que el grado de influencia del círculo afectivo del paciente no tendría, para los alumnos, mucha relevancia en la adhesión al tratamiento, ya que el mismo es valorado en un tercer lugar pero sólo en un 11,29%, luego en un quinto lugar en un 14,52%.

Para el análisis de los conceptos tanto de paciente como de médico, el de cuerpo y el de salud/enfermedad, en el instrumento se les presentó a los alumnos un listado, para cada concepto, con las diferentes opciones que podían elegir.

En relación a la concepción de paciente se encontró que el 66,67% de los alumnos considera al paciente como una persona que posee un padecimiento y un desconocimiento del mismo, que le genera sufrimiento y es por esto que necesita de la asistencia de un profesional para poder comprender lo que le sucede y realizar un tratamiento. También es significativo que un 25,40% considera que el paciente es una persona con una afección que tiene derecho a una adecuada asistencia, de lo cual podría inferirse que no se tendría en consideración las operaciones que se dan dentro de la asistencia para que la misma sea adecuada, como la comprensión, por parte del paciente, de la afección que padece, por ejemplo.

CONCEPTO DE PACIENTE					
1	2	3	4	5	NR
1,59%	1,59%	66,67%	1,59%	25,40%	3,17%
1-Persona enferma que debe aceptar el diagnóstico comunicado y acatar el tratamiento designado por el médico, por su falta de conocimiento sobre la temática. 2-Persona que porta signos y síntomas en su organismo. 3-Persona que sufre y que desconoce, en mayor medida, lo que le acontece, necesitando de la asistencia del profesional médico, que por sus conocimientos puede facilitar la comprensión del mismo y su tratamiento. 4-Enfermo con un cuerpo que es necesario reparar a través de las técnicas que el médico conoce, posee y tiene la capacidad para interpretarlas y manipularlas. 5-Persona con una afección en su salud por la cual tiene derecho una adecuada asistencia por parte de un profesional. NR- No responde.					

Respecto a la concepción de médico encontramos que de la población un 68,25% de los alumnos consideran que el médico es una persona preparada y formada profesionalmente, con el objetivo tanto de restablecer como de promover la salud, tomando en cuenta la situación global del paciente para poder ofrecerle el tratamiento más indicado. No obstante un 28,57% considera al médico como el encargado de brindar diferentes alternativas ante la dificultad que presenta el paciente para que él elija la que desee, lo que nos llevaría a considerar que el médico quedaría como un asistente técnico por lo que su juicio estaría por debajo de la decisión del paciente.

CONCEPTO DE MEDICO					
1	2	3	4	5	NR
0%	1,59%	68,25%	0%	28,57%	1,59%
1-Profesional que a través de la manipulación de técnicas de última generación puede no sólo identificar enfermedades sino darle una resolución. 2-Agente de salud que combate la/las enfermedades que presenta un paciente de un modo previamente acordado entre el médico y el paciente. 3-Persona preparada y formada profesionalmente para promover y restablecer la salud, identificando, diagnosticando y ofreciendo el tratamiento más adecuado para la situación global del sujeto que lo padece. 4-Doctor que identifica y trata la enfermedad que el paciente presenta, del modo que el primero considera más indicado. 5- Profesional de la medicina que plantea diferentes soluciones al paciente que presenta una dificultad en el ámbito de su salud, que a su vez afecta otros aspectos de su vida, para que el mismo pueda tomar la decisión que prefiera. NR- No responde.					

En lo referente al concepto de cuerpo se observó que el 53,97% de los sujetos adhiere a la noción que lo concibe como una construcción que se realiza con otra persona, es decir que se va desarrollando con el acompañamiento de los cuidados parentales y a través de las experiencias que se irán viviendo sin desconocer ni desmerecer la anatomía y fisiología que lo compone.

Pero también encontramos un 19,05% lo considera como una maquinaria compuesta por diferentes sistemas (esquelético, nervioso, muscular, circulatorio y humoral) que se

relacionan permanentemente entre sí; como así también encontramos que un 17,46% lo significa como un conjunto de órganos que se articulan mutuamente. Estos datos cobran significado ya que implicaría que un 36,51% de los sujetos identificaría al cuerpo como un objeto dado, completamente escindido de todo lo que esté en relación al campo de lo psíquico y social.

CONCEPTO DE CUERPO					
1	2	3	4	5	NR
3,17%	17,46%	19,05%	53,97%	4,76%	1,59%
1-Constructos de órganos íntimamente relacionados sobre el cual el personal de salud trabaja. 2-Conjunto de órganos que se articulan mutuamente y tienden a la homeostasis. 3-Maquinaria compuesta por diferentes sistemas como el esquelético, el nervioso, el muscular, el circulatorio y el humoral, que están en continua retroalimentación. 4-Construcción que se realiza con otro, que si bien tiene íntima relación con lo anatomofisiológico, lo trasciende y no puede ser escindido de lo psíquico. 5-Porción de materia de extensión limitada en el espacio. NR- No responde.					

En lo que atañe al concepto de salud/enfermedad se observó que el 34,92% de los alumnos reconoce a la salud y a la enfermedad como momentos de un mismo proceso que se da en la vida del sujeto, incluyendo hábitos y costumbres del mismo; pero es importante destacar que un 41,27% asume a la salud como la sensación de completo bienestar tanto corporal como mental y a la enfermedad como la dolencia que puede ser diagnosticada y tratada por el médico a través de técnicas de alta complejidad. También se observó que un 19,05% considera que la salud es el estado natural de perfección a la que tiende el ser humano y toma a la enfermedad como lo que irrumpe en la vida del mismo.

CONCEPTO DE SALUD/ENFERMEDAD.				
1	2	3	4	5
1,59%	41,27%	3,17%	34,92%	19,05%
1-Salud es la ausencia de enfermedades diagnosticables y enfermedad como la incapacidad del sistema inmunológico de contrarrestar los ataques del medio ambiente. 2-Salud es la sensación de completo bienestar tanto corporal como mental y enfermedad es la dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar a través de técnicas de alta complejidad. 3-Salud y enfermedad como ausencia de signos evidentes o síntomas que alteren el normal desarrollo de la vida y la debilidad del soma ante virus, bacterias o cualquier agente que se encuentra en el medio circundante, respectivamente. 4-Salud y enfermedad como momentos de un mismo proceso en la búsqueda del equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, lo cual incluye hábitos y costumbres. 5-Salud es el estado de natural perfección a la que tiende el cuerpo humano y la enfermedad es la ruptura y alteración de dicho orden natural del organismos, presentándose a través de síntomas y signos.				

A partir de estos datos se puede considerar que los alumnos consideran a la salud y a la enfermedad como aspectos separados en el transcurrir de la vida del ser humano. Es decir que se percibiría a la salud como un estado que está instaurado naturalmente y se expresa a través de un total bienestar y a la enfermedad como aquello que interrumpe en dicho estado corrompiéndolo, quedando sin ningún tipo de consideración cuáles son los motivos y factores que intervienen para que se pase de un estado al otro.

También es significativo que se ubique a las herramientas e intervenciones de las que dispone el médico enmarcándolas solamente en técnicas de alta complejidad.

Se buscó analizar las fuentes que los alumnos consideraban más importantes para obtener información que permitiese elaborar un diagnóstico global del paciente.

Los alumnos debían valorar según el grado de importancia un total de 7 fuentes sugeridas en el instrumento. Los datos muestran que una amplia mayoría de los sujetos en estudio (75,81%) ubicó a la entrevista médica como fuente de mayor importancia (en 1º lugar).

Sin embargo la suma de antecedentes familiares, examen físico y diagnóstico de personalidad (que aparecen ubicados en segundo lugar) arroja un porcentaje mayor (80,65%). Este dato resulta significativo si se considera que tanto los antecedentes familiares como el examen físico y el diagnóstico de personalidad, integran la entrevista médica. Es decir que los estudiantes no lograrían diferenciar el proceso de entrevista médica de sus aspectos constituyentes.

FUENTES DE INFORMACION PARA LA CONFECCION DE UN DIAGNOSTICO GLOBAL	1	2	3	4	5	6	7
Antecedentes familiares.	8,06%	25,81%	40,32%	8,06%	11,29%	6,45%	0%
Resultado de técnicas por imágenes.	0%	3,23%	6,45%	19,35%	25,81%	41,94%	3,23%
Examen físico.	11,29%	40,32%	22,58%	24,19%	0%	1,61%	0%
Resultado de estudios humorales.	3,23%	6,45%	6,45%	8,06%	46,77%	20,97%	8,06%
La entrevista médica.	75,81%	9,68%	4,84%	3,23%	0%	1,61%	4,84%
Diagnóstico de personalidad.	0%	14,52%	16,13%	35,48%	8,06%	9,68%	16,13%
Resultados de estudios de alta complejidad.	1,61%	0%	3,23%	1,61%	8,06%	17,74%	67,74%

## **9. CONCLUSIONES.**

En principio cabe destacar que a través de los resultados obtenidos se pudo cumplimentar con la totalidad de los objetivos del presente trabajo.

En relación a los puntos que buscaban indagar los conocimientos presentes tanto de los dos grandes modelos dentro del quehacer médico (Modelo Biomédico y Modelo Médico Antropológico) como de los diferentes modelos de la relación médico/paciente, observamos que hay una mayor identificación de dichos contenidos por parte de los alumnos de 5º año que de los alumnos de 6º año.

Esta imposibilidad para reconocer las diferentes características de los modelos nos lleva a pensar en lo que David Perkins llama como conocimiento frágil, que es aquel conocimiento que el alumno no puede recordar o que no lo puede usar activamente. Dentro de este tipo de conocimiento se encuentra lo que se llama como conocimiento olvidado, que es aquel que el alumno ha olvidado y hubiera podido recordarlo.

También se encuentran otros diferentes como el conocimiento inerte, que es aquel que el alumno recuerda para cumplimentar con un examen pero que no lo recuerda ni utiliza para nuevas situaciones que se le presentan. Del mismo modo se encuentra el conocimiento ingenuo, que se da cuando el alumno conoce o adquiere, de forma superficial o aparente información por el contacto directo con las cosas o personas que lo rodean. Por último encontramos lo que se denomina conocimiento ritual, el mismo está constituido por las rutinas, los estudiantes como no han aprendido lo que se les enseña, lo sustituyen con rituales para responder a las exigencias académicas.

Puntualizando sobre el reconocimiento de los diferentes modelos de la relación médico/paciente, se advierte que los modelos que los sujetos que componen la muestra reconocen en menor medida son: El Modelo Alianza y el Modelo Hipocrático, siendo ambos los que contienen, más allá de las diferencias fundamentales, un basamento

relacional intersubjetivo; mientras en que los otros (Modelo Comercial, Modelo legal y Modelo tecnológico) las relaciones están mediatizadas y focalizadas por cuestiones de índole mercantilista, legales y tecnológicas, respectivamente. Esto cobra mayor significación cuando analizamos la valoración que le asignan los alumnos de Medicina a la relación médico/paciente y su influencia en el diagnóstico y el tratamiento de un cuadro clínico. Ya que si bien los alumnos poseen una alta valoración de la misma, se vislumbra que no lo hacen con los componentes afectivos y relacionales que están en permanente funcionamiento dentro de la relación, dándole mayor preponderancia a los componentes tanto éticos como deontológicos de la práctica. Dichas cuestiones son las que están en relación al manejo de la transferencia y contratransferencia y la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica, por ejemplo.

Alfredo Grande<sup>46</sup>, en su artículo “la relación médico – paciente”, explica que la relación médico – paciente es un campo dinámico, como ocurre dentro de toda relación humana. El concepto de campo dinámico incluye la idea de fuerza y sentido. Fuerza, de tipo pulsional, libidinal y/o agresiva; sentido hacia un mayor acercamiento o mayor alejamiento. Por lo tanto el campo dinámico se configura por la presencia de vectores, que se definen como transferenciales y contratransferenciales.

Es importante comprender que la alianza terapéutica es una condición fundamental para la puesta en marcha y mantenimiento del tratamiento, ya que el vínculo imprescindible que se da en la misma es de la confianza que va a tener el paciente por el médico.

Cabe resaltar el íntimo enlace que se produce entre la alianza terapéutica y la transferencia, ya que la transferencia positiva sublimada, traducida en capacidad de pensar, abstraer, simbolizar y la transferencia positiva coartada en un fin que es la corriente tierna, afectuosa, cálida entre el médico y el paciente, es el soporte de la

---

<sup>46</sup> Grande, Alfredo (2011). “Relación médico – paciente”, *material de circulación interna, Cátedra de Psicología Médica, carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. UBA. Buenos Aires.*

alianza. La contratransferencia se comprende como la respuesta del inconsciente del médico a la manifestación transferencial del paciente. La contratransferencia está generada por actitudes inconscientes y en la medida en que el médico no tenga el control sobre ellas solo servirá para incrementar o reforzar el padecer del paciente. Pero si el médico tiene la capacidad de observación y está adecuadamente entrenado, puede usar estos datos de la contratransferencia como un instrumento útil para el trabajo. Aunque las percepciones y reacciones del médico a las emociones del paciente no son plenamente conscientes, es posible la regulación racional de sus propias reacciones y emplear técnicas que sean de ayuda para manejar terapéuticamente las emociones. Es decir que es importante el registro de la contratransferencia para poder hacer un control de sus emociones orientado al beneficio del paciente.

En relación a la aceptación del diagnóstico se percibe que, si bien los alumnos valoran la construcción de una adecuada relación médico/paciente, le dan una gran valoración tanto a las capacidades cognitivas del paciente como a las capacidades comunicacionales de médico y a la concisa transmisión del diagnóstico y pronóstico. Lo que se ve subvalorado no sólo es la construcción del significado de enfermedad que se debe realizar con el paciente, sino también las características de personalidad y el nivel de consciencia de enfermedad del mismo. Es importante tener en cuenta que esta última siempre va a estar influida por la anterior.

Es en este sentido que tomamos los planteamientos de la Dra. María del Carmen Vidal<sup>47</sup>, quien explica que la información es el conjunto de datos que al ser recibidos y adquiridos amplifican los que ya se poseen. Por lo tanto, la información adquirida no queda separada de la que ya se posee, hasta inclusive es necesaria una base informacional para poder significar e incorporar lo nuevo, es decir que la incorporación

---

<sup>47</sup> Vidal y Benito, María del C. (2010). "La relación médico paciente". *Lugar Editorial S.A.* Buenos Aires.

de datos de por sí no constituye información ya que se necesita que los mismos se relacionen con otros preexistentes y adquieran un significado particular.

Esto significa que no es suficiente la existencia de una fuente emisora de datos, hay que considerar a la persona que la recibe, ya que no sólo escucha y entiende en función de lo que ya sabe, sino que también hay que tener en cuenta las variables psicológicas y culturales, es decir los factores psicosociales. Lo que el médico trasmite debe ser significado y valorado por el paciente y todas estas variables son fundamentales. Es decir que todos los aspectos que se mencionan como subvalorados son variables que deben tenerse en cuenta ya que van a influir directamente en la aceptación del diagnóstico y consecuentemente en la adhesión al tratamiento propuesto por el médico.

Cabe mencionar que tanto en lo que respecta a la concepción de paciente como al significado de médico, se observa que un porcentaje de los sujetos del estudio muestran una tendencia a conceptualizarlos bajo los criterios de una medicina que toma al paciente como un cliente o usuario y al médico como un prestador de servicios, sin tener en consideración factores sociales, culturales, comunicacionales, relacionales y psíquicos.

En relación al concepto de salud/enfermedad se distingue que los alumnos adoptan una definición que se refiere a la definición de salud perteneciente a la Organización Mundial de la Salud. Gabriel Battistella<sup>48</sup> desarrolla los conceptos de la OMS y explica que la misma define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social” y agrega: “y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En la definición de la OMS se incluye el aspecto subjetivo al incluir en una parte el estado completo de “bienestar” y tomando a la persona como un ser “biopsicosocial”.

---

<sup>48</sup>El proceso Salud Enfermedad. (Battistella, Gabriel). En <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf> > [Consultado 12/11/2010].

En su enunciado “es el estado completo de bienestar”, muestra a la salud como algo fijo, estático. Pero la salud dista mucho de ser estática, la salud es un proceso en continuo cambio, es un estado continuo de adaptación. Está influenciada por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores que hacen a la constante adaptación del hombre en el medio.

Desde un enfoque reduccionista, la enfermedad es considerada como aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar. Siendo el objetivo curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades. Dentro de la definición a la que los alumnos adhieren en mayor medida, se le agrega que “el curar” está supeditado a técnicas y métodos de alta complejidad.

En función de los resultados obtenidos en el presente estudio, se estima oportuno considerar la revisión de la literatura dictada en los primeros años de la carrera, sobre las temáticas estudiadas dentro del trabajo, para reforzar dichos conocimientos al momento del encuentro del estudiante avanzado de la Carrera de Medicina con los pacientes que asistirá dentro de las prácticas pre-profesionales.

## 10. Anexo.

Le presentamos el siguiente listado de características que pertenecen al Modelo Biomédico (MB) o al Modelo Médico Antropológico (MMA), designe con las iniciales MB o MMA a qué modelo pertenece cada una.

- Generó grandes avances tecnológicos, es positivista y experimental.
- Se realiza un diagnóstico integral en el que se estudia con el mismo rigor tanto el cuerpo como su mente.
- Es una medicina organicista, somatista, morfologista y reduccionista.
- Se precisa y fomenta la participación activa del sujeto en el cuidado de su salud.
- Es cuantitativa, mecanicista y reduccionista tendiendo a la reducción del cuerpo humano.
- Es un modelo integral, holístico y cualitativo.
- Para la realización del diagnóstico su técnica y guía fundamental es la anatomía patológica.
- Su tarea es la búsqueda de los estados de salud previniendo las enfermedades fomentando que el hombre se adapte a su medio ambiente.

De las siguientes definiciones de la Relación Médico Paciente indique, con una cruz, con cuál acuerda.

- Es un encuentro profesional que se da entre dos o más personas con el único objetivo de solucionar una situación problemática dentro del ámbito del quehacer médico.
- Es una relación que se da entre el médico y el paciente, y que se establece únicamente dentro del ámbito hospitalario.
- Es una relación compleja y diádica en la que influyen solamente las características personales del paciente y su capacidad para la comprensión de la situación problemática por la que está transcurriendo.
- Es el acto fundamental del quehacer médico, de carácter asimétrico y diádico, se rige por los principios de la beneficencia y está mediatizada por la interacción comunicacional. Su objetivo es facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico.
- Es la relación que se establece entre el médico y el paciente para la resolución de un conflicto de salud, que por sus características afectivas posee una connotación simétrica.

Una con flechas los diferentes Modelos de Relación Médico Paciente y su correspondiente definición.

MODELO  
COMERCIAL

Considera al paciente como ignorante y es el médico quién determina qué es lo mejor para el mismo. Se establece una relación de carácter paternalista siendo inexistente el principio de autonomía del paciente.

MODELO DE  
ALIANZA

El paciente es sólo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, etc. El médico se enfoca solamente en la enfermedad y en los datos recolectados a través de las técnicas. La confianza está más acentuada en los métodos que en la persona.

MODELO  
LEGAL

Toma al paciente como un consumidor de la medicina, que, a través de sus valores y reflexiones toma las decisiones sin importar el juicio médico. El lugar del médico es el de un asistente técnico que proporciona detalles de los diferentes tratamientos alternativos.

MODELO  
HIPOCRATICO

Es fundamental la confianza que el paciente deposita en el médico, la cual se construye ya que el médico conoce los valores, miedo y deseos del paciente. Esto colabora a que el médico seleccione las intervenciones médicas que estén en mayor consonancia con las posibilidades del paciente, para que el mismo sea activo en el cuidado de su salud.

MODELO  
TECNOLOGICO

El médico y el paciente firman un contrato de común acuerdo y el paciente puede demandar al médico si interpreta, que este último, no está siguiendo el contrato.

Indique con una cruz cuál de las siguientes definiciones de Paciente es acorde a su pensamiento.

- Persona enferma que debe aceptar el diagnóstico comunicado y acatar el tratamiento designado por el médico, por su falta de conocimiento sobre la temática.
- Persona que porta signos y síntomas en su organismo.
- Persona que sufre y que desconoce, en mayor medida, lo que le acontece, necesitando de la asistencia del profesional médico, que por sus conocimientos puede facilitar la comprensión del mismo y su tratamiento.
- Enfermo con un cuerpo que es necesario reparar a través de las técnicas que el médico conoce, posee y tiene la capacidad para interpretarlas y manipularlas.
- Persona con una afección en su salud por la cual tiene derecho una adecuada asistencia por parte de un profesional.

Indique con una cruz cuál de las siguientes definiciones de Médico representa mejor su concepción.

- Profesional que a través de la manipulación de técnicas de última generación puede no sólo identificar enfermedades sino darle una resolución.
- Agente de salud que combate la/las enfermedades que presenta un paciente de un modo previamente acordado entre el médico y el paciente.
- Persona preparada y formada profesionalmente para promover y restablecer la salud, identificando, diagnosticando y ofreciendo el tratamiento más adecuado para la situación global del sujeto que lo padece.
- Doctor que identifica y trata la enfermedad que el paciente presenta, del modo que el primero considera más indicado.
- Profesional de la medicina que plantea diferentes soluciones al paciente que presenta una dificultad en el ámbito de su salud, que a su vez afecta otros aspectos de su vida, para que el mismo pueda tomar la decisión que prefiera.

Indique con una cruz cuál de las siguientes definiciones de Cuerpo se alinea con su pensamiento.

- Constructos de órganos íntimamente relacionados sobre el cual el personal de salud trabaja.
- Conjunto de órganos que se articulan mutuamente y tienden a la homeostasis.
- Maquinaria compuesta por diferentes sistemas como el esquelético, el nervioso, el muscular, el circulatorio y el humoral, que están en continua retroalimentación.
- Construcción que se realiza con otro, que si bien tiene íntima relación con lo anatomofisiológico, lo trasciende y no puede ser escindido de lo psíquico.
- Porción de materia de extensión limitada en el espacio.

Indique con una cruz cuál de las siguientes definiciones de Salud/Enfermedad se adecúa a su concepción.

- Salud es la ausencia de enfermedades diagnosticables y enfermedad como la incapacidad del sistema inmunológico de contrarrestar los ataques del medio ambiente.
- Salud es la sensación de completo bienestar tanto corporal como mental y enfermedad es la dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar a través de técnicas de alta complejidad.
- Salud y enfermedad como ausencia de signos evidentes o síntomas que alteren el normal desarrollo de la vida y la debilidad del soma ante virus, bacterias o cualquier agente que se encuentra en el medio circundante, respectivamente.
- Salud y enfermedad como momentos de un mismo proceso en la búsqueda del equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, lo cual incluye hábitos y costumbres.
- Salud es el estado de natural perfección a la que tiende el cuerpo humano y la enfermedad es la ruptura y alteración de dicho orden natural del organismos, presentándose a través de síntomas y signos.

Indique con una cruz con cuál de las siguientes definiciones de la Comunicación entre el médico y el paciente Ud. Acuerda.

- Fenómeno que sólo involucra la transmisión de información desde un emisor/médico hacia un receptor/paciente.
- Proceso informático entre el profesional médico y el enfermo para la adecuación de las técnicas quirúrgicas a implementar.
- Momento en que el médico transmite al paciente su diagnóstico y tratamiento.
- Proceso dinámico y complejo en el que interaccionan factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales.
- Proceso en el que el médico comunica a su paciente no sólo el diagnóstico que emiten los resultados de los estudios realizados sino que también se presentan los diferentes tratamientos farmacológicos que el paciente puede realizar.

Para la formulación de un Diagnóstico Global indique, a su criterio, cuáles son las fuentes más importantes para la obtención de la información para dicha construcción. Establezca dicha valoración con los números de 1 al 7 (sin repetir), siendo el 1 el de mayor valor y el 7 el de menor valor.

- Antecedentes familiares e individuales del paciente.
- Resultado de técnicas de diagnóstico por imágenes.
- El examen físico.
- Resultados de estudios humorales.
- La entrevista médica.
- Diagnóstico de personalidad.
- Resultado de estudios de alta complejidad.

Cuáles son los factores que, a su criterio, facilitan en mayor medida la aceptación del diagnóstico. Indique con los números de 1 al 14 (sin repetir) dicha valoración, siendo el número 1 el de mayor valor y el 14 de menor valor.

- Capacidad cognitiva del paciente.
- Nivel de flexibilidad del médico.
- Concisa transmisión del diagnóstico y pronóstico.
- Actitudes del médico dentro de las entrevistas con el paciente.
- Construcción del significado de la enfermedad.
- Diagnóstico de personalidad.
- Características de personalidad del paciente.
- Construcción de una adecuada relación médico paciente.
- Nivel de consciencia de enfermedad del paciente.
- La validación del diagnóstico a través de los resultados de técnicas de mediana y alta complejidad.
- Capacidades comunicacionales del médico.
- Características de la institución donde se realizan los encuentros.
- Renombre profesional del médico.
- Características de la enfermedad presente.

Del siguiente listado de factores, indique con los números del 1 al 14 (sin repetir) los que, a su criterio, influyen en mayor medida en la adhesión al tratamiento por parte del paciente. Siendo el número 1 el de mayor valor y el 14 el de menor valor.

- La implementación de técnicas de alta tecnología.
- Realización de interconsultas.
- La preparación técnica del médico.
- Construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica.
- Indicaciones farmacológicas.
- Derivación a especialistas.
- Comprensión y aceptación del diagnóstico.
- Construcción de una adecuada relación médico paciente.
- Entrevistas de seguimiento del cuadro y su tratamiento.
- Capacidades comunicacionales del médico.
- Características de la institución donde se realizan los encuentros.
- Renombre profesional del médico.
- Características de la enfermedad presente.
- Círculo afectivo del paciente.

Dentro del ejercicio de la profesión el médico debe manejar determinadas dimensiones vinculadas a la relación con el paciente, indique del número 1 al 14 (sin repetir) cuáles usted considera que generan una mayor influencia en el proceder del quehacer médico. Siendo el número 1 el de mayor valor y el 14 el de menor valor.

- Conducta ética.
- Interconsultas con especialistas para la tranquilidad del paciente.
- Preparación en alta tecnología.
- Construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica.
- Conocimiento de psicofarmacología.
- Manipulación de lenguaje técnico con el paciente.
- Criterio de beneficencia.
- Compromiso condicional y neutralidad con el paciente.
- Manejo de la transferencia y contratransferencia.
- Tolerancia discriminada con el paciente.
- Capacidad de liderazgo y autoridad.
- Respeto por la autonomía del paciente.
- Escucha empática.
- Adecuada exclusión del círculo afectivo del paciente.

FACTORES QUE FACILITAN LA ACEPTACION DEL DIAGNOSTICO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Capacidad cognitiva del paciente.	11,29%	8,06%	19,35%	12,90%	11,29%	4,84%	11,29%	3,23%	3,23%	3,23%	3,23%	3,23%	3,23%	1,61%
Nivel de flexibilidad del médico.	1,61%	9,68%	4,84%	20,97%	11,29%	11,29%	3,23%	8,06%	9,68%	9,68%	4,48%	3,23%	1,61%	0,00%
Concisa transmisión del diagnóstico y pronóstico.	6,45%	12,90%	11,29%	11,29%	11,29%	8,06%	8,06%	6,45%	3,23%	6,45%	4,48%	0,00%	9,68%	0,00%
Actitudes del médico dentro de la entrevista.	6,45%	11,29%	14,52%	12,90%	12,90%	11,29%	9,68%	3,23%	4,84%	1,61%	4,48%	3,23%	1,61%	1,61%
Construcción del significado de enfermedad.	3,23%	4,84%	1,61%	1,61%	0,00%	6,45%	16,13%	14,53%	20,97%	9,68%	11,29%	4,48%	3,23%	1,61%
Diagnóstico de personalidad.	3,23%	1,61%	4,84%	4,84%	1,61%	3,23%	9,68%	17,74%	9,68%	14,52%	11,29%	12,90%	1,61%	3,23%
Características de personalidad del paciente.	3,23%	3,23%	6,45%	6,45%	12,90%	8,06%	9,68%	8,06%	14,52%	9,68%	6,45%	6,45%	3,23%	1,61%
Construcción de una adecuada relación médico paciente.	46,77%	16,13%	8,06%	3,23%	4,84%	8,06%	4,84%	1,61%	0,00%	1,61%	1,61%	0,00%	1,61%	1,61%
Nivel de consciencia de enfermedad del paciente.	1,61%	8,06%	8,06%	8,06%	8,06%	11,29%	6,45%	11,29%	8,06%	9,68%	3,23%	8,06%	4,48%	3,23%
Validación del diagnóstico a través de los resultados de técnicas de mediana y alta complejidad.	1,61%	0,00%	6,45%	0,00%	4,84%	4,84%	0,00%	4,84%	9,68%	9,68%	16,13%	29,03%	4,48%	8,06%
Capacidades comunicacionales del médico.	8,06%	17,74%	11,29%	14,52%	12,90%	9,68%	9,68%	1,61%	3,23%	1,61%	4,84%	1,61%	1,61%	1,61%
Características de la institución donde se realizan los encuentros.	1,61%	0,00%	3,23%	0,00%	1,61%	1,61%	3,23%	6,45%	3,23%	4,84%	6,45%	8,06%	29,03%	30,65%
Remembre profesional del médico.	0,00%	3,23%	0,00%	0,00%	1,61%	1,61%	1,61%	4,84%	3,23%	1,61%	8,06%	4,84%	29,03%	40,32%
Características de la enfermedad presente.	4,84%	3,23%	0,00%	3,23%	4,84%	9,68%	6,45%	8,06%	6,45%	16,13	12,90%	14,52%	4,84%	4,84%

VALORACION DE LAS DIMENSIONES RELACIONALES Y EMOCIONALES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Conducta ética.	50%	6,45%	11,29%	8,06%	1,61%	9,68%	4,84%	0,00%	1,61%	1,61%	1,61%	1,61%	0,00%	1,61%
Interconsultas con especialistas.	0,00%	4,84%	3,23%	9,68%	6,45%	6,45%	9,68%	6,45%	14,52%	4,84%	11,29%	12,90%	9,68%	0,00%
Preparación en alta tecnología.	1,61%	0,00%	0,00%	0,00%	4,84%	1,61%	1,61%	6,45%	11,29%	14,52%	14,52%	6,45%	8,06%	29,03%
Construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica.	3,23%	8,06%	4,84%	11,29%	6,45%	4,84%	6,45%	9,68%	11,29%	11,29%	8,06%	6,45%	6,45%	1,61%
Conocimiento de psicofarmacología.	0,00%	3,23%	1,61%	4,84%	4,84%	8,06%	8,06%	9,68%	6,45%	11,29%	11,29%	12,90%	14,52%	3,23%
Manipulación de lenguaje técnico con el paciente.	3,23%	6,45%	14,52%	4,84%	6,45%	6,45%	8,06%	6,45%	9,68%	6,45%	3,23%	8,06%	9,68%	6,45%
Criterio de beneficencia.	9,68%	20,97%	12,90%	14,52%	9,68%	4,84%	0,00%	6,45%	1,61%	1,61%	8,06%	8,06%	0,00%	1,61%
Compromiso condicional y neutralidad con el paciente.	1,61%	1,61%	9,68%	9,68%	17,74%	3,23%	14,52%	9,68%	8,06%	6,45%	4,84%	1,61%	8,06%	3,23%
Manejo de la transferencia y contratransferencia.	3,23%	8,06%	6,45%	8,06%	9,68%	8,06%	1,61%	12,90%	14,52%	3,23%	3,23%	9,68%	4,84%	6,45%
Tolerancia discriminada con el paciente.	1,61%	1,61%	8,06%	6,45%	1,61%	11,29%	11,29%	12,90%	4,84%	11,29%	12,90%	3,23%	8,06%	4,84%
Capacidad de liderazgo y autoridad.	1,61%	1,61%	4,84%	4,84%	8,06%	4,84%	3,23%	9,68%	0,00%	12,90%	3,23%	14,52%	12,90%	17,74%
Respeto por la autonomía del paciente.	11,29%	17,74%	9,68%	12,90%	6,45%	12,90%	12,90%	1,61%	4,84%	0,00%	4,84%	1,61%	1,61%	1,61%
Escucha empática.	12,90%	19,35%	8,06%	3,23%	11,29%	6,45%	9,68%	3,23%	3,23%	6,45%	4,84%	4,84%	6,45%	0,00%
Adecuada exclusión del círculo afectivo del paciente.	0,00%	0,00%	4,84%	1,61%	4,84%	11,29%	8,06%	4,84%	8,06%	8,06%	8,06%	8,06%	9,68%	22,38%

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHESION AL TRATAMIENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Implementación de técnicas de alta tecnología.	1,61%	3,23%	0,00%	0,00%	1,61%	3,23%	4,84%	11,29%	1,61%	8,06%	17,74%	20,97%	16,13%	9,68%
Realización de interconsultas.	0,00%	1,61%	3,23%	11,29%	8,06%	17,74%	8,06%	11,29%	8,06%	12,90%	9,68%	1,61%	3,23%	3,23%
La preparación técnica del médico.	4,84%	1,61%	8,06%	8,06%	6,45%	11,29%	12,90%	6,45%	12,90%	8,06%	4,84%	6,45%	4,84%	3,23%
Construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica.	6,45%	4,84%	8,06%	16,13%	8,06%	4,84%	8,06%	4,84%	14,52%	6,45%	9,68%	3,23%	3,23%	1,61%
Indicaciones farmacológicas.	1,61%	4,84%	4,84%	0,00%	6,45%	3,23%	8,06%	11,29%	19,35%	19,35%	8,06%	8,06%	3,23%	1,61%
Derivación a especialistas	0,00%	3,23%	0,00%	3,23%	6,45%	6,45%	8,06%	1,61%	11,29%	19,35%	17,74%	14,52%	1,61%	6,45%
Comprensión y aceptación del diagnóstico.	22,58%	22,58%	11,29%	9,68%	12,90%	1,61%	3,23%	4,84%	1,61%	4,84%	1,61%	3,23%	0,00%	0,00%
Construcción de una adecuada relación médico paciente.	43,55%	22,58%	8,06%	4,84%	4,84%	3,23%	3,23%	1,61%	1,61%	0,00%	1,61%	3,23%	1,61%	0,00%
Entrevistas del seguimiento del cuadro y su tratamiento.	3,23%	4,84%	20,97%	9,68%	6,45%	14,52%	9,68%	14,52%	6,45%	3,23%	1,61%	0,00%	1,61%	3,23%
Capacidades comunicacionales del médico.	8,06%	20,97%	17,74%	14,52%	9,68%	6,45%	8,06%	4,84%	3,23%	1,61%	3,23%	0,00%	0,00%	1,61%
Características de la institución donde se realizan los encuentros.	0,00%	0,00%	3,23%	0,00%	3,23%	3,23%	0,00%	6,45%	4,84%	6,45%	8,06%	11,29%	38,71%	14,52 %
Renombre profesional del médico.	1,61%	1,61%	0,00%	1,61%	3,23%	3,23%	1,61%	1,61%	1,61%	6,45%	6,45%	9,68%	17,74%	43,55
Características de la enfermedad paciente.	1,61%	4,84%	3,23%	11,29%	6,45%	14,52%	14,52%	8,06%	9,68%	0,00%	3,23%	12,90%	6,45%	3,23%
Círculo afectivo del paciente.	4,84%	3,23%	11,29%	9,68%	16,13	6,45%	9,68%	11,29%	3,23%	3,23%	6,45%	4,84%	1,61%	8,06%