Comunicación médico-paciente en medicina familiar

Isaías Hernández Torres
Liz Hamui Sutton
Ana María Navarro García
Yolanda Estela Valencia Islas

Facultad de Medicina

EDITORIAL PRADO

CAPÍTULO 3

COMUNICACIÓN Y EMPATÍA

Dra. María Luisa Velasco Campos
Dra. Isabel Molina Patrón

Innumerables son los estudios que hablan de la importancia que tiene la relación médico-paciente en la calidad y recuperación física y psicológica del paciente. Esto es de especial importancia para el médico familiar cuya labor trasciende al contexto social más relevante del ser humano que es la familia.[1,2,3] Diversos autores han señalado que la adecuada comunicación repercute directamente en la satisfacción de los usuarios y en la adherencia al tratamiento,[4,5] destacan además los beneficios de la comunicación positiva médico-paciente como elemento esencial del proceso de diagnóstico y tratamiento.

Así pues, establecer una relación efectiva médico-paciente-familia es una herramienta imprescindible para el tratamiento exitoso. El médico familiar se encuentra en una posición privilegiada, dado que tiene la oportunidad de conocer el entorno inmediato y con mayor influencia en el paciente. Si el médico logra desarrollar las destrezas sociales necesarias y suficientes para llevar a cabo una entrevista individual y familiar, estará en posibilidad de dar una mejor atención a sus pacientes. Entre estas habilidades, se encuentran la adecuada comunicación, la empatía y por supuesto el respeto absoluto a las características individuales de su paciente.[6]

La comunicación

Una de las teorías más extendidas en terapia familiar sobre la comunicación es precisamente la teoría de la comunicación humana de los autores Watzlawick, Beavin y Jackson,[7] la cual refiere como principios básicos que "toda conducta es comunicación" y que "no es posible no comunicar". Esta teoría señala que existen dos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal, en donde la primera es todo aquello que se dice o escribe y la segunda se refiere al "cómo se dice". Para sus autores, la comunicación no verbal califica lo que se dice, es decir, la comunicación no verbal nos indica cómo debemos

interpretar lo que se nos dice. Así una postura física, un tono de voz o un gesto pueden cambiar totalmente el mensaje de lo que se pretende transmitir. Esto es especialmente importante ya que si deseamos que nuestro receptor entienda lo que queremos decirle, tendremos que comunicárselo no sólo con las palabras, sino con toda nuestra actitud. Decirle a un paciente que su salud es buena con cara de preocupación, posiblemente se entenderá que no es cierto lo que se dice y que el médico está ocultando la verdad. Más aún, un tono de voz inapropiado, en el médico (desagrado, enfado, etcétera) puede distorsionar, no sólo lo que se desea trasmitir, sino que la respuesta del paciente estará condicionada a este tono de voz, más que a sus palabras. Así una aseveración como "qué gusto de verlo" cuando en realidad el tono y la forma no corresponden, puede sonar sarcástico y propiciar en el paciente una respuesta hostil o de rechazo.

Dentro de esta teoría también se menciona que una vez que se establece un tipo de interacción, esta tiende a perpetuarse, es decir, una conducta hostil propiciará que la respuesta sea hostil y esta respuesta hostil, condicionará que el otro responda con hostilidad. Por el contrario, un mensaje sincero y respetuoso propiciará una respuesta igualmente sincera y respetuosa.

Por supuesto que el médico o el paciente no siempre estarán en las mejores condiciones anímicas para atender o responder con tono amigable, pero el enojo o enfado o quizás, lo más frecuente, el agotamiento de uno o de otro, tendrían que ser explicados. Frases tales como "dispense don Carlos he tenido demasiada consulta y estoy agotado", "perdón don Carlos pero cuando veo que le sube el azúcar, me preocupa", "el hecho de que no siga la dieta o no se tome la medicina, me pone tenso", dan por resultado una mejor disposición del paciente a oír con atención lo que el médico indica.

La empatía o *rapport*

Se ha hecho una división arbitraria entre comunicación y empatía cuando en realidad se encuentran íntimamente relacionadas. En la literatura se presenta un amplio número de definiciones sobre el concepto de empatía, cada una con distintos matices.[8-11] En el área clínica, algunas coinciden en definir la empatía como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entender su situación, y sus sentimientos, respondiendo a estos, de tal manera, que el paciente se sienta comprendido. Esto no significa necesariamente estar de acuerdo con el otro, pero sí implica transmitir a las personas que se comprende, o mejor dicho, se pretende comprender la esencia de su experiencia subjetiva.[12,13] Subraya que no basta con tener acceso a la comprensión del otro, la capacidad empática exige que la otra persona se sienta comprendida.

Ponerse en el lugar del otro es pensar constantemente, "si yo estuviera en esas circunstancias qué haría, qué pensaría, cómo me sentiría". Por ejemplo, cómo se sentirá un adulto mayor, que viaja por dos horas para llegar a su trabajo, pasar una jornada de ocho horas, regresar a su casa con hambre y exhausto, saber que ya no puede comer lo que quiere, que ha gastado medio salario en medicamentos y que además el médico le exige que haga ejercicio. Es obvio que los sentimientos que esta situación suscitan son de una gran frustración, enojo, tristeza, desesperanza y preocupación. En estos casos, acti-

tudes de consejo, regaño, e incluso rechazo del médico, por no seguir sus instrucciones, hacen un abismo entre ambos, lo que obviamente repercute en la relación y por ende en el manejo eficiente del paciente.

La experiencia de ser comprendidos es tan potente que puede abrir el camino para que las personas cooperen no sólo en la expresión de sus necesidades y sentimientos, sino además, en vencer los obstáculos o adversidades para llevar a cabo un tratamiento con éxito. Por otro lado, la experiencia de no ser escuchado o entendido puede generar sentimientos que van desde la tristeza y la desilusión hasta la furia.[12] Según Alcorta,[9] los principales centros educativos señalan a la empatía como el aspecto central del profesionalismo médico. Los autores mencionan que existe evidencia de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica, al grado de que, una falla en la primera, distorsiona la perspectiva del paciente, generando su insatisfacción y promoviendo problemas serios en la comunicación. Este señalamiento es compartido por Sogi y col.,[14] quienes después de una revisión extensa de la literatura señalan que las habilidades de comunicación y de empatía influyen en los resultados de la atención médica a corto, mediano y largo plazo.

Es preciso señalar que el término empatía es polisémico, es decir, abarca múltiples significados, lo que obliga a considerar las distintas definiciones, para enriquecer la percepción del término y poder desarrollar un criterio personal.[15]

Por ejemplo, Fernández, López y Márquez,[16] señalan el debate que existe entre, si la empatía es la capacidad para sólo *entender* la posición del otro, lo que habla de un componente principalmente *cognitivo* o, si es la capacidad de *sentir* la emoción que el otro experimenta, lo que supone un componente esencialmente *afectivo*. Los autores mencionan que a partir de 1980 existe el interés por integrar ambos enfoques. Esta visión integradora sugiere que los procesos cognitivos y afectivos, pueden darse en forma conjunta, siendo los aspectos cognitivos antesala de los afectivos. La empatía básicamente cognitiva es particularmente promovida en los contextos psicoterapéuticos, por considerar que es la que mejor permite este tipo de trabajo. Sin embargo, en el trabajo clínico del médico general o especialista, se observa un amplio debate sobre el límite que debería tener la vinculación emocional del médico con sus pacientes. En otras palabras, hasta dónde un médico tendría que involucrarse cognitiva y/o afectivamente con su paciente.

Según Montoya,[17] la empatía es entendida como una capacidad cognitiva que permite entender las necesidades y sentimientos del paciente junto con la habilidad de demostrar que se ha logrado dicha comprensión. Con esta aproximación se busca evitar una excesiva vinculación con el paciente o una dependencia de éste para con su médico.

Por otra parte, Halpern[18] considera un error que los médicos entiendan la empatía sólo como la comprensión cognitiva, concretándose a poner un nombre a lo que la otra persona experimenta "debe sentir tristeza ante este diagnóstico". Según la autora, la capacidad de reconocer y nombrar el estado emocional de una persona, sin experimentar ese estado de manera alguna, evitando sentir pena o emociones disfóricas, se convierte en un proceso intelectual, que no logra una relación óptima entre el médico y

su paciente. La propuesta de la autora es lograr una vinculación que evite los extremos, tanto un alejamiento emocional total que sólo proteja al médico de un desgaste excesivo, como de un involucramiento extremo que interfiera con su competencia profesional.

Baños[19] también señala que, a pesar de los beneficios del genuino interés del médico por las preocupaciones de sus pacientes, este esfuerzo no se encuentra exento de riesgos, ya que involucrarse de manera excesiva en los problemas de salud y las emociones de sus pacientes, puede interferir con la pertinencia en sus juicios y decisiones.

Para otros autores el límite entre el médico y el paciente se establece por la diferencia que existe entre la "simpatía" y la "empatía", en el primer caso el médico que siente simpatía por su paciente, se sentirá afectado por la condición física y emocional de éste, produciéndose en su interior un sentimiento o emoción similar a lo que el paciente siente. Mientras que si sólo se pretende ser empático, el acercamiento será básicamente intelectual o cognitivo.[17]

Romm[20] apoya la idea de relacionarse tanto cognitiva como afectivamente con el paciente, lo importante es que el médico pueda tomar decisiones adecuadas, al mismo tiempo que sea capaz de compartir emociones con sus pacientes.

Este debate lleva a pensar, que la empatía que el médico logre con sus pacientes, finalmente va a depender de las características y circunstancias de ambos, presentándose ocasiones en que el médico sólo logre una empatía cognitiva, mientras que en otras sea posible establecer una empatía cognitiva y afectiva que le permita compartir la aflicción ante una enfermedad y la posterior alegría ante la recuperación.

La pregunta sigue siendo ¿hasta qué punto ser empático? existen una serie de propuestas que buscan prevenir los riesgos que conllevan la empatía sobre todo de tipo afectivo.

Udipi y colaboradores[21] hablan de que el continuo involucramiento afectivo con pacientes multiproblemáticos puede llevar a un fenómeno conocido como "*compassion fatigue*", o fatiga por compasión, que consiste en sentirse abrumado por experimentar el sufrimiento del otro. Se manifiesta como una falta de energía y entusiasmo, agotamiento, irritabilidad, trastornos del sueño, tristeza, enojo y alejamiento. Lo preocupante de este fenómeno reside en que los médicos se encuentran en riesgo de padecerlo, pero pocos son los que advierten la relación entre sus síntomas y la preocupación que sienten por sus pacientes. Incluso, la "fatiga por compasión" dificulta que el médico comprenda las reacciones de sus pacientes. Los autores hacen varias recomendaciones para manejar la fatiga por compasión. Entre ellas se sugiere que el médico reflexione sobre la necesidad de cuidarse a sí mismo y lo que le significa ayudar a sus pacientes. En otras palabras que el médico constantemente se pregunte "¿cómo me estoy sintiendo yo ahora y cómo me siento ante este paciente?, ¿cómo se encuentra mi salud?, ¿por qué motivo en casa me dicen que estoy comportándome con hostilidad?, ¿qué tan fuerte me siento para continuar con este caso?". Cuando los resultados en el tratamiento no son los esperados, recordar: que, "la intención del médico es ser empático y dar la mejor atención posible, sin embargo, esto no tendría por qué afectar su vida personal". Otras estrategias para evitar la "fatiga por compasión" hacen referencia

a la supervisión o reuniones grupales en las que los médicos puedan compartir sus preocupaciones o debilidades y mantener actividades aeróbicas que les permitan relajarse. También se recomienda el apoyo administrativo para tener la posibilidad de tomar distancia de sus prácticas clínicas ante eventos traumáticos, combinando estas actividades con otras actividades, por ejemplo de tipo académico.

Parece ser que la estrategia más relevante para evitar los riesgos del involucramiento excesivo parten de que el médico se proponga cuidarse y autoobservarse constantemente, para saber y compartir lo que siente con sus superiores o compañeros cuando se sientan rebasados en algún caso o serie de casos. Así, conocer las características y alcances de "la fatiga por compasión" se hace indispensable en la práctica clínica.

Otra situación que puede afectar al médico, es no lograr un acercamiento con su paciente a pesar de sus esfuerzos por ser empático. Por ejemplo, podría suceder que, en un intento por acercarse empáticamente, reciba una respuesta hostil del paciente, lo que llevaría al médico a desistir de su empeño. En estos casos habría que tener presente que cada paciente tiene formas diversas de reaccionar, y que las respuestas hostiles pueden deberse a innumerables motivos, tanto personales, como familiares, laborales, etc. Al respecto, Campo y colaboradores[10] hablan de que las respuestas hostiles ante una actitud empática del médico, tales como "usted no es como yo" o "¿cómo me dice que me entiende?", pueden ser el resultado de la historia traumática del paciente en instituciones de salud o simplemente a estados depresivos, por lo que, el médico tendrá que aceptar que las respuestas hostiles en su gran mayoría son producto de las circunstancias del paciente y poco o nada tienen que ver con su actitud empática.

Por otra parte, tal y como lo señala de la Fuente,[22] es fácil el manejo del paciente obediente y cordial, la dificultad se presenta con los pacientes hostiles y antagónicos. Ante esto, el médico generalmente responde tratando de ignorar estas actitudes, sin embargo, lo recomendable es que el médico las enfrente directamente con señalamientos tales como: "¿qué es lo que piensa que le desagradó de la prescripción?", "me preocupa que se encuentre tan molesto ¿cómo considera que esto se puede solucionar?". Tener una actitud curiosa de lo que está provocando el enojo o la hostilidad, puede dar lugar a que el paciente tome conciencia de que su enojo puede estar relacionado con situaciones y experiencias previas y no con la situación actual. Por otro lado, si el paciente refiere que su molestia proviene de las actitudes del médico, éste tendrá la oportunidad de corregirlas.

Para Rogers,[13] la clave en este debate sobre los límites de las actitudes empáticas puede encontrarse en la definicion que propone de empatía, a la que considera como la capacidad de sentir el mundo privado del paciente como si fuera el propio, pero sin perder jamás la cualidad de "*como si fuera*". Mantener un automonitoreo constante que permita al médico saber que, en ocasiones podrá vibrar emocionalmente con el paciente, pero que estas emociones no tienen por qué consumir las propias y menos interferir con su quehacer en la toma de decisiones.

Finalmente, Goleman,[23] señala que la empatía se construye sobre la conciencia de uno mismo,

cuanto más abierta esté una persona a sus propias emociones, más hábil será para interpretar sentimientos.

Hasta el momento se ha presentado y discutido la importancia de la empatía en la práctica clínica, así como los ámbitos cognitivos y afectivos que abarca. La siguiente consideración respecto al término es, si se trata de una capacidad que se puede aprender y en tal caso, cuál sería el método o estrategia para lograrla.

Sin dejar de considerar que existen médicos con grandes capacidades personales para establecer un contacto empático con sus pacientes casi desde el primer momento, también se presentan los médicos cuyas características personales les dificulta adoptar una actitud empática espontánea. En estos casos, es esencial el análisis y la reflexión sobre los principios de la comunicación. Al respecto, Pardo[15] recuerda que la capacidad de captar los estados de ánimo de las personas a través de su lenguaje no verbal se convierte en una habilidad fundamental en la práctica clínica. Esto incluye revisar cuidadosamente la forma en que cada médico se comunica, así como su capacidad y habilidad para escuchar activamente lo que el paciente dice verbal y no verbalmente.

En la literatura se pueden encontrar diversas estrategias que favorecen la habilidad para escuchar activamente. Por ejemplo, los grupos de reflexión, discusión de entrevistas a través de videos, sociodramas, análisis de diálogos entre médicos y pacientes, etcétera.[24] Sin embargo, además de las estrategias didácticas para fomentar estas habilidades el elemento primordial es *la voluntad del médico para adquirirlas y desarrollarlas.*

Así, el verdadero interés por el paciente sólo puede partir de una auténtica entrega a su función terapéutica. La confianza del paciente en su médico, derivada del sentirse entendido y la voluntad del médico por buscar el bienestar de su paciente, establecen la relación necesaria para el éxito terapéutico.

La dispatía

Borrell[8] señala que así como se habla mucho de la empatía se dice poco sobre la respuesta dispática del médico, que suele verse en el ámbito hospitalario. Por ejemplo, en la adopción de actitudes forzadas de "cómo parecer empáticos", cuando en realidad no hay un genuino deseo de compartir y comprender lo que el paciente siente. También la dispatía puede expresarse en comentarios o bromas hacia la condición del paciente. Este tipo de conductas se convierten en malos hábitos que es importante identificar para evitar que se propicien y perpetúen. Es comprensible que, así como el buen humor y la broma que se realizan con el paciente pueden ser positivos, la burla a expensas del paciente ahonda una distancia emocional con éste y su sufrimiento. El autor señala que la dispatía consiste en hacer juicios acerca de los sentimientos de sus pacientes de tal manera que se denigra su imagen o su autoestima.[8]

Aunque se pueden encontrar distintos significados de la palabra "dispatía",[25] Borrell[8] presenta una descripción que resulta interesante a nivel conceptual y relevante a nivel práctico. Esta se refiere a la forma en que el médico da el diagnóstico, ya que cualquier conducta o comentario de burla o crítica no constructiva hacia el paciente puede generar en este un profundo malestar y resentimiento.

Esto es especialmente importante cuando el médico familiar se encuentra con residentes en formación o con colegas y hace un comentario sarcástico o lanza una mirada de incredulidad al otro médico como si el paciente no se encontrara presente. Por ejemplo, decir en tono sarcástico: "esta es la Sra. Adriana, a ella no le gusta trabajar porque a cada rato la tenemos por aquí" o "este es un típico caso de quejitis". También podrían incluirse las respuestas que los médicos dan a los pacientes cuyas quejas somáticas no corresponden a la exploración física o a los exámenes practicados, tales como "váyase a su casa porque no tiene nada", en vez de aclarar que "con los procedimientos aplicados no se ha encontrado algo que pueda explicar la queja, pero se abordarán también otras áreas como la emocional, para tratar de llegar al diagnóstico que explique el padecimiento". En los casos en que el médico siente irritación porque sospecha que el paciente está exagerando o buscando un beneficio paralelo, se tendrá que tener presente o estar consciente del malestar que esto produce, para no asumir actitudes sarcásticas o agresivas, ya que esto no sólo puede provocar que el paciente esté renuente al médico, sino traducirse en pleitos abiertos con graves consecuencias para el médico y la institución.

Otro autor que retoma la definición propuesta por Borrell[8] es Baños[19] señalando que la dispatía se presenta cuando un médico le reclama a su paciente que sólo está buscando beneficios económicos o se burla de sus síntomas. Estas conductas pueden ser un mecanismo de defensa contra el sufrimiento con el que un médico tiene que lidiar todos los días, sin embargo, la propuesta sería estar alertas a este tipo de conductas, para evitarlas, al mismo tiempo que revisar si su situación personal no atraviesa por una crisis que dé lugar a estas manifestaciones.

Interacción desde el primer momento. Frases afirmativas

Cuando el paciente asiste a la consulta habrá que tomar en cuenta que llega con una imagen o idea del médico, producto de vivencias y/o comentarios previos. Por ello la experiencia en la primera entrevista es significativa para la relación posterior. La manera en la que el médico lo escuche, se exprese y trasmita su interés podrá contribuir a que el paciente se relaje y empiece a confiar en él, o bien, que se retire con dudas o incertidumbres.[22]

El saludo es el inicio de una interacción que marca la pauta entre dos personas. La presentación que el médico hace de su persona reduce la distancia entre ellos y coloca al paciente en una situación que le permite, de ahí en adelante, la facilidad de referirse al médico por su nombre o apellido. Por supuesto que tener presente el nombre del paciente propicia que la incomodidad de asistir a una consulta médica, más la incomodidad de la espera se reduzca considerablemente por el trato personalizado. "Es a mí a quién se recibe, no a un número o a un sujeto x". Más aún, el hecho de que el médico se dirija al paciente por su nombre pero además de "usted", también reduce la distancia entre ambos y la disposición del paciente a escuchar lo que su médico indica.

Iniciar la entrevista con una afirmación abre siempre la posibilidad de un diálogo. "Me imagino que venir hasta acá resulta muy cansado", "en estos días el tránsito ha estado especialmente difícil", "ya tiene tiempo que no nos

veíamos", "su semblante ha cambiado", "ahora lo noto con más ánimo que otras veces", "ahora lo veo especialmente cansado", "me da la impresión que tuvo que esperar largo tiempo". Empezar con frases afirmativas, ya sea de situaciones cotidianas como el clima, el tránsito, el tiempo de espera, etcétera, generalmente abre la posibilidad de que el paciente se explaye evitando las respuestas automáticas de "bien, mal, más o menos", que son las respuestas casi obligadas frente a preguntas como las que se hacen de rigor (¿cómo ha estado?, ¿cómo se siente?, ¿cómo se la pasó?). En cambio, las frases afirmativas y, sobre todo aquellas, que el médico hace con respecto a cómo ve al paciente, suscitan en éste la posibilidad de aclarar o refutar, lo que facilita el diálogo. Por ejemplo, decir "ya me imagino lo difícil que fue acordarse de tomar todas las medicinas" o "tomarse todos los medicamentos como le señalé no resulta fácil" o "explíqueme cómo le hizo para lograrlo", abre la posibilidad de que el paciente describa si así fue o si no, e incluso hablar de los procedimientos que llevó a cabo para acordarse. En cambio la pregunta "¿se tomó la medicina?" lleva a la respuesta automática si o no, dejando de lado todas las sutilezas que conlleva llevar a cabo un régimen que implica varios medicamentos con diferente horario. La pregunta "¿llevó la dieta?", puede sustituirse por "cuénteme cómo le fue con la dieta", "dígame qué fue lo que más trabajo le dio con la dieta que le mandé".

En muchos casos una aseveración sobre la apariencia anímica del paciente es suficiente para iniciar un diálogo, como por ejemplo "se le ve preocupado, deprimido, enojado, cansado, harto, etcétera". Lleva al paciente a hablar de lo que realmente le pasa, siempre y cuando el médico se abstenga de interrumpirlo con señalamientos inapropiados como "no debe estar así", "no sea tonto", "usted debería irse a pasear o a divertirse" "no se preocupe, es la edad". Estos señalamientos indican insensibilidad del médico, ya que todavía ignora lo que le pasa y ya formula recomendaciones con frecuencia fuera de lugar.

En ocasiones el médico, al observar al paciente irritado, triste o afligido, pasa por alto señalarlo o mencionarlo. Esta omisión puede deberse a que el médico se siente incapaz de manejar los sentimientos o peor aún, la inseguridad en el manejo de estos sentimientos o emociones, le hace emitir comentarios por demás inadecuados, por ejemplo "no tiene razón de estar enojado", "no debería estar triste", "no tiene por qué estar nervioso", pasando por alto que los estados de ánimo que experimenta el paciente no dependen de su voluntad, sino de sus situaciones o de los significados que da a estas situaciones y que éstas, pueden parecer triviales a otra persona, pero para él son importantes; por tanto decirle a una persona "no se sienta enojado, molesto, ansioso o triste" o, peor aún "no debería sentirse así" resulta ocioso e incluso irrespetuoso para la persona que los experimenta.

Si el médico se siente afectado por el estado de ánimo del paciente puede decirlo: "verlo así me preocupa", "verlo tan nervioso también me pone nervioso". Al respecto, no está de más señalar que si el médico se sintoniza con el paciente, es decir trata de captar cómo se está sintiendo y acepta estos sentimientos, las posibilidades de que los sentimientos negativos se atenúen son mayores. Por ejemplo, la respuesta a la queja o reclamo de un paciente, justificada o no, como "tiene usted razón de estar molesto y vamos a hacer lo posible por ayudarlo" des-

activa la reacción hostil o agresiva. Muy por el contrario, respuestas tales como "no tiene razón" "usted no debe estar enojado" "usted no es nadie para gritar" acentúan la molestia del paciente que puede orillarlo incluso a formular una queja a nivel institucional.

Por lo ya mencionado, se aprecia que un aspecto importante en la relación médico-paciente sea dar y recibir información relevante. Desgraciadamente al equipo y muy especialmente al médico, se les ha entrenado a recabar información a través de preguntas y a convertir la consulta en un cuestionamiento permanente, lo que lleva a cerrar la posibilidad de una conversación espontánea y rica en datos relevantes para el manejo efectivo del paciente. Entablar un diálogo es una habilidad y por tanto habría que desarrollarla, lo que implica un verdadero esfuerzo ya que todo está condicionado para hacer preguntas y, si además, el tiempo de consulta está reducido al mínimo por aspectos administrativos, la posibilidad de dialogar parece imposible. Sin embargo, el médico capaz de lograrlo encontrará constantemente una fuente de conocimientos que los mismos pacientes brindan a través de sus experiencias y las múltiples formas que encuentran para resolver sus situaciones difíciles. En otras palabras, establecer un diálogo en vez de un mero cuestionario dará como fruto un enriquecimiento mutuo.

Existen personas hábiles para recabar información sin recurrir a preguntas, lo cual explica su frecuente éxito social. Cuando conversamos con ellas en forma espontánea generalmente nos hablan con afirmaciones: "qué gusto de verte", "ya tiene tiempo que no nos veíamos", "creo que la última vez que te vi fue en la fiesta de tu tío", etc. Cada frase da pie al inicio de una conversación y a la maravillosa oportunidad de hablar también de nosotros mismos.

Otro aspecto de especial importancia en la relación médico-paciente es dirigirse directamente al paciente si la información que se quiere obtener lo atañe en lo personal. A veces el médico incurre en el error de preguntar a la madre, esposa o hijo(a) aspectos que le corresponden única y exclusivamente al paciente. Aun en los casos de los menores de edad, si estos tienen la posibilidad de hablar y responder tendrán que ser tomados en cuenta. Situación por demás relevante en el caso de los adolescentes que son especialmente susceptibles a esto. Un médico que sólo se dirige al cuidador primario o al acompañante, estará estableciendo un abismo en la relación con el paciente y peor aún, el paciente se sentirá sumamente agraviado llegando al extremo de delegar al otro la responsabilidad de su salud o tratamiento. No es infrecuente el caso de la esposa que acusa al paciente de no seguir las indicaciones del médico. En estos casos el médico puede pedir al paciente que sea él quien le explique a su esposa las razones que tiene para no seguir las indicaciones y lo que tendría que suceder dentro o fuera de la casa para ayudar a que las indicaciones se cumplan. Esta respuesta ofrece al paciente la oportunidad de decir lo que piensa y asumir la responsabilidad de sus decisiones. Es importante señalar que se le pide al paciente que, la explicación de no haber llevado a cabo el tratamiento sea dada a la persona que está delatándolo, y no al médico, ya que si la explicación se la pide el médico, el paciente puede sentirse altamente denigrado o molesto.

Por otra parte, cuando el paciente mantiene una actitud poco comunicativa y sólo contes-

ta con respuestas tales como "bien", "mal", "poco", "más o menos", resulta de utilidad decirle "fuera tan amable de explicarme qué debo entender por "mal" o por "más o menos"", "podría explicarme más a qué se refiere". Esto es especialmente importante, ya que es común dar por entendido lo que quiere decir "mal" o "bien", cuando en realidad se puede estar hablando de cosas diferentes. Minuchin y Fishman[26] llaman a esta forma de comunicación "coparticipar", es decir, hacer saber al paciente o a la familia que el médico está especialmente interesado en saber exactamente lo que le quieren decir y colabora con ellos y para ellos.

Informar

El médico se encuentra constantemente en la necesidad de informar a los pacientes y a sus familias sobre los diagnósticos y tratamientos, los que obviamente están cargados de términos especializados. Se gana tiempo y esfuerzo cuando el doctor procura encontrar las palabras sencillas y comprensibles que permitan al paciente entender lo que pasa y el mecanismo por medio del cual los medicamentos o restricciones influyen para contrarrestar el padecimiento. Según Jaramillo[27] los médicos considerados como "buenos" por sus pacientes son aquellos que, además de tener la habilidad de tratar la enfermedad, son capaces de ofrecer información comprensible. Sin embargo, en su investigación encontraron que los pacientes se quejan de que los médicos hablan poco con ellos, que reciben poca información sobre los tratamientos y cuando la reciben es poco comprensible. Estas quejas quizás no toman en cuenta que los pacientes son propensos a olvidar lo que los médicos señalan en repetidas ocasiones, ya sea por estar demasiado tensos al recibir la información o porque esta información resulta demasiado complicada, dolorosa o preocupante.

Trasmitir una información requiere de ciertos elementos didácticos, tales como ir de lo sencillo a lo complejo y de lo concreto a lo abstracto. Esto significa que al paciente no se le puede dar en una sola sesión toda la información de lo que le pasa, sino primero ir explicando los elementos más evidentes o urgentes y poco a poco, administrar la información conforme el médico se cerciore de que lo primero ha sido entendido. Por ejemplo, decir "su azúcar en la sangre está alta y tenemos que bajarla" es mucho más comprensible que decirle "usted tiene una diabetes tipo 2 por lo que es necesario darle hipoglucemiantes". En el primer caso se pone de relieve lo que hay que hacer, en el segundo caso se le deja toda la responsabilidad al médico ya que sólo él sabe lo que está pasando.

El esfuerzo que el médico haga por dar una información lo más clara y comprensible para el paciente redundará en el ahorro de tiempo y apego al tratamiento. Sobra decir que un lenguaje claro y sencillo será clave para la mejor comprensión, sin pasar por alto los recursos didácticos que se pueden tener a la mano como dibujos, fotografías, modelos de yeso, etcétera.[28] Si el paciente entiende los mecanismos por medio de los cuales está actuando el padecimiento, estará en mayor posibilidad de entender los procedimientos que tiene que seguir y los beneficios que conllevan estos procedimientos, elevando con esto las posibilidades de adherencia al tratamiento. Dentro de este aspecto es necesario mencionar las dificultades

que se presentan cuando el paciente proviene de otras culturas, incluso con dificultades serias para la comprensión del idioma, en donde será necesario corroborar si el paciente entendió lo que se le dijo.

También es importante respetar los silencios que se producen en los pacientes, ya que las personas hacen uso de los silencios para pensar o reflexionar. El problema es que los silencios generalmente suscitan cierta ansiedad, por lo que la primera reacción es interrumpirlos con comentarios o señalamientos. Sin que estos silencios lleguen a propiciar situaciones incómodas tanto para el paciente como para el médico, resulta benéfico para el paciente darle un tiempo por lo menos para formular preguntas o dudas.[29]

Al informar, habrá que tomar en cuenta la reacción que tiene el paciente, ya que si se muestra nervioso, distraído o deprimido, lo más probable es que no ponga atención a las indicaciones del médico, por lo que éste tendrá que abordar primero lo que le pasa en ese momento, para después proseguir con su explicación, sobre todo, si es relevante para el tratamiento. En general, lo más recomendable es pedir al paciente, que diga lo que entendió de lo explicado, así el médico se cerciorará de que realmente fue oído y comprendido. Esto es especialmente útil con pacientes con un alto grado de ansiedad.

Haley[30] sugiere que para asegurarse de que las tareas han sido comprendidas es necesario pedirle a los pacientes que repitan con sus propias palabras las acciones que les corresponde hacer y expresen los imprevistos que piensan pueden surgir cuando traten de llevarlas a cabo. De este modo el médico muestra al paciente que pueden surgir dificultades al llevar a cabo un tratamiento pero que también existen alternativas ante estas situaciones difíciles. Por ejemplo, se podría preguntar: "¿qué puede hacer en caso de que la persona que le trae a consulta no tenga tiempo para traerlo a la siguiente sesión?", "¿qué puede hacer en la fiesta de su hija en donde sólo habrá dulces y pasteles?". Esto alertará al paciente para evitar estas dificultades con antelación.

Así como el médico conoce los medios para combatir la enfermedad, el paciente conoce las estrategias que según su situación podrá emplear en sus tratamientos. Un médico que cuenta con la disposición suficiente para reconocer los conocimientos que sobre él y su contexto tiene el paciente, podrá utilizarlos en aras de su éxito terapéutico, propiciando actitudes positivas y responsables en el paciente.

Seleckman[31] habla de utilizar al paciente como "asesor experto" donde es el paciente quién refiere, a partir de sus experiencias, lo que va a funcionar con él y su familia. Esta estrategia promueve el equilibrio entre médico y paciente, permitiendo que este último tome las iniciativas que sólo él sabe que van a servir. Por ejemplo, preguntarle "¿cómo propone usted que pueda acordarse de tomar sus medicamentos como le indiqué?", "¿qué estrategias se pueden llevar a cabo en su casa para que logre cumplir con su dieta?". De esta manera el paciente ofrece las soluciones, por lo que es responsable de sus propias propuestas y no de las que recibió de un profesional. Cuando el paciente encuentra las soluciones a un problema, puede sentirse más fuerte para enfrentarlo y vencer los obstáculos que se le presentan.

Una situación a la que comúnmente se enfrentan los médicos es la de tener que dar malas noticias a los pacientes. Dar una mala noticia mueve en el médico una serie de reacciones que son producto de su historia personal y de la interpretación que éste hace de las pérdidas. Por ejemplo, un médico puede interpretar la muerte de un paciente como un fracaso en su quehacer profesional o bien como una frustración, ya que piensa que el paciente no siguió sus instrucciones. Incluso, una pérdida puede representar un descanso. El punto es que el médico, sufre estas situaciones continuamente y por ende trata de encontrar alternativas para evitar el trago amargo de comunicar a los familiares la gravedad o el deceso del paciente. Por ejemplo, un médico que se siente culpable puede inconscientemente trasferir esta culpa a los familiares o incluso al paciente con expresiones tales como "si hubiera venido a tiempo", "si hubiera dejado de fumar como le dije", "si se hubiera hecho los estudios que le mandé". Estas expresiones implican la preocupación e incluso el dolor que el mismo médico siente ante el hecho, sin embargo, la familia lo puede experimentar como un reproche que quizás deje profunda huella en ellos.

Dar una mala noticia requiere de consideraciones especiales tales como: tener tiempo suficiente y servir de contención a la respuesta del paciente o de la familia; buscar un lugar adecuado para que tanto el médico como la familia puedan explayarse; estar cómodamente sentados a fin de dedicar a la familia el tiempo necesario; estar de frente, viendo a los ojos y con una posición corporal inclinada hacia la familia o hacia el paciente. Las reacciones ante las malas noticias son subjetivas e individuales, así, las respuestas dependerán de creencias, expectativas, experiencias vividas, sentimientos de culpa, interpretación de lo ocurrido, fortaleza emocional y apoyo social con que cuenta el paciente o la familia. Todo ello implica que la reacción del paciente o la familia pueda no corresponder a la expectativa del médico, por lo que tendría que estar preparado para hacer frente a respuestas inesperadas.

Una alternativa frecuente es delegar esta noticia a otro médico, o con mayor frecuencia, a la trabajadora social. Esta situación entendible para el médico, resulta sumamente negativa e incluso irrespetuosa para la familia. Es comprensible que esto ocurra, porque culturalmente y a través de la carrera, el médico aprende que la vida del paciente depende de él, lo que genera un gran orgullo, pero fundamentalmente una responsabilidad fuera de proporción, ya que el paciente muere por multitud de circunstancias y nunca exclusivamente por la intervención médica.

Núñez[32] presenta una serie de reacciones de los familiares al momento de ser informados del fallecimiento del paciente. Por ejemplo, cuando la familia reacciona negando la situación, mecanismo de defensa que permite ir asimilando la noticia, es recomendable dar algunos minutos para la recuperación del "shock", esperando que la negación progrese hacia la asimilación del hecho. Si esto no sucede, será preciso reiterar de manera amable pero clara la información. Cuando la familia reacciona con dolor extremo, será necesario permitir a las personas que demuestren sus sentimientos (llorar, gritar, abrazarse, etcétera) tratando de mantener la calma y el silencio mientras se hace algún contacto físico como sujetar la mano o el hombro de la persona. En

estos casos se recomienda evitar frases que puedan parecer sentimientos simulados como "la vida tiene que seguir" "la vida es así". Según el autor las familias reaccionan mejor a declaraciones simples que reconozcan las emociones como "siento mucho su pérdida".

Una reacción frecuente en los familiares es la ira o el enojo hacia el médico o el hospital, ésta se presenta en personas que tienen más dificultades para aceptar la noticia. Esta actitud puede tener una serie de explicaciones, pero lo más importante es evitar una postura defensiva y menos aún agresiva por parte del médico. Mantener la calma y permitir que los familiares vayan poco a poco asimilando la información quizás con frases como "entendemos su dolor", "comprendemos lo difícil que es esto para usted". Otra reacción común de los familiares es culparse. Varios estudios demuestran que cuando el médico exonera a las personas en estas circunstancias, éstas pueden sentir un gran alivio. Por ejemplo decirle "yo sé que usted hizo todo lo posible para que esto no ocurriera", "hay cosas muy dolorosas que no depende de nosotros evitarlas, por más que queramos", "puede estar tranquila de que hizo todo lo posible".

El médico como autoridad

La teoría de la comunicación, también señala que los integrantes de una relación pueden guardar posturas simétricas o complementarias. En el caso de la relación médico-paciente, el médico generalmente asume una posición de autoridad y el paciente de subordinado, es decir es una relación complementaria.

La relación médico-paciente se establece desde el primer contacto entre un experto y un no experto. El paciente concede al médico una autoridad y por tanto la actitud, presentación y discurso del médico adquieren importancia. No es una conversación con un igual, sino con una figura de autoridad.

Según Fromm[33] la autoridad puede ser autoritaria o autoritativa. En el primer caso, es irracional y en el segundo es racional. Fromm define la autoridad racional como aquella ejercida por un individuo con un nivel de conocimiento superior, en un terreno dado, pero con la finalidad expresa de reducir la desigualdad entre él y el otro, quien inicialmente carece de tal conocimiento, capacidad o habilidad. Ejemplo de ello son las relaciones que se pueden establecer entre padre e hijo o entre maestro y alumno, en donde tanto el padre como el maestro quieren que su hijo o alumno los supere o por lo menos, llegue a saber lo mismo que ellos.

En el caso del médico y el paciente la finalidad es reducir la brecha entre ellos en términos de que ambos adquieran los conocimientos necesarios para lograr un bienestar físico y en muchos sentidos psicológico del paciente.

Fromm[33] también menciona, que la autoridad racional, tiene su fuente en la competencia que se tenga para ejercerla, por lo que tendría que estar sujeta a constantes cuestionamientos e incluso críticas por parte de los individuos sujetos a ella.

Por otra parte, la autoridad irracional se ejerce con el fin implícito o explícito de perpetuar la desigualdad entre autoridad y subordinado y su fuente está en el poder que se tiene sobre la gente, por lo que no permite ser cuestionada.

Tal y como lo expresa Singer[34], la importancia de asumir una autoridad racional reside en permitir que el subordinado participe en la construcción del conocimiento, que el paciente sea un actor activo en el logro de las metas planteadas y que se responsabilice de sus propias comunicaciones, y por supuesto, de sus propios actos.

Así podríamos entender que la meta de ambos (médico y paciente), es lograr una relación que permita el intercambio de conocimientos en donde el médico enseñará el mecanismo del padecimiento y la acción que sobre ese mecanismo ejercen los medicamentos o el tratamiento. Por su parte, el paciente enseñará al médico cuales son las formas en que éste llevará a cabo dicho tratamiento, sus recursos y limitaciones. Es decir, las formas en que el paciente se ingeniará para llevar a cabo el tratamiento con éxito.

El médico como maestro

Minuchin y Fishman[26] hablan de la tendencia de los médicos y terapeutas a ver las deficiencias o debilidades que presentan los pacientes, cuando en realidad, todas las personas tienen elementos positivos. Como se mencionó, el médico, en su condición de experto, es un maestro, y como todo maestro debe estar atento a errores o faltas del alumno, pero fundamentalmente a sus aciertos. Esto es de especial utilidad en una consulta, ya que al señalar los aspectos positivos o los esfuerzos que llevó a cabo el paciente, se incrementa la posibilidad de que sean repetidos y se obtiene una mayor colaboración al sentirse reconocido. Por ejemplo, decir "su azúcar está alta, pero su presión arterial está en límites normales", "observo que se tomó debidamente los medicamentos: felicidades" o "se nota el esfuerzo que ha hecho en la dieta". Estos señalamientos siempre alientan a los pacientes a seguir las indicaciones del médico. De esta manera se le comunica al paciente que el médico se encuentra en la disposición de ver tanto los aspectos negativos como los aspectos positivos, compartiendo con el paciente el orgullo que puede sentir por haber cumplido el tratamiento. Si al reconocimiento, se le agrega el deseo del médico de aprender de su paciente, de saber cómo es que ha logrado estos avances, el beneficio se incrementa. Por ejemplo, "me tiene que enseñar la forma en que fue capaz de abstenerse de comer lo que le hacía daño", "me tiene que explicar cómo se las ingenió para inyectarse solo", el paciente se sentirá satisfecho y deseoso de continuar haciéndolo.

Comprenderse a sí mismo

La comprensión que se le exige al médico tener de su paciente supone una gran ecuanimidad y control de sus emociones. Esto da por resultado que el médico, en aras de cumplir con su cometido, ejerza un control exagerado de sus propios sentimientos y estados de ánimo, más aún, que ni siquiera esté consciente de éstos y de la influencia que tienen en la interacción que se establece entre él y su paciente. Esto es muy importante señalarlo ya que en su formación profesional se le ha inculcado que el control de sus emociones es indispensable para una buena práctica, pues existe el temor o creencia de que si muestra sus sentimientos reales puede perder autoridad o el control de las situaciones. En general estas actitudes de control extremo, dan por resultado un detrimento importante de su salud y evidentemente de su labor.

El médico que se preocupa por identificar sus propias *necesidades,* como la de seguridad, afecto o prestigio, así como de sus estados de ánimo, será capaz, de impedir en mucho, que estas necesidades afecten sus relaciones tanto personales como profesionales. El ejercicio de la reflexión, como ya se mencionó, resulta siempre una herramienta imprescindible. A manera de ejemplo, el médico podría preguntarse "¿cuál es el motivo por el que siento tanto rechazo hacia este paciente?", "¿por qué me molesta tanto que un paciente esté inconforme con el tratamiento?". Si con este tipo de reflexiones es capaz de identificar las razones que lo llevan a reaccionar de una manera diferente a la que desea, estará en una mejor posición para manejarla.

Dentro de los aspectos que el médico tendría que poner especial énfasis sería el identificar cuál es el significado que le atribuye a su práctica clínica, ya que este significado puede afectar tanto al paciente como a él mismo y por supuesto a la relación. No son pocos los casos en que el médico ha sido educado para pensar que "tiene que ser el mejor y más prestigiado de los médicos", "que de él depende la salud, el bienestar e incluso la vida de todos sus pacientes", "que no se vale que falle", "que si algo falla, él o ella son los únicos responsables". Estas ideas pueden llevar al médico al extremo de desatender el cuidado de su salud física y mental, sacrificando en muchos casos a su pareja, familia y desarrollo integral, adoptando actitudes compulsivas en el trabajo, consumo excesivo de alcohol, quejas somáticas importantes como cefaleas o dolores tensionales, etcétera. En estas condiciones será sumamente difícil dar una atención de calidad y aliento a sus pacientes. Un ejercicio interesante es que los médicos se pregunten con cierta frecuencia ¿qué tan sano es mi estilo de vida?, ¿de dónde aprendí que soy el único que puedo solucionar los problemas?, ¿quién me repetía que tenía que ser siempre el mejor o el más importante?

Como lo mencionan Minuchin y Fishman[26], el médico y no sólo el paciente traen consigo su propio código genético y su experiencia de vida. También adopta actitudes racionales e irracionales producto de su historia o circunstancias, así como de sus estados de ánimo, creencias y prejuicios. En otras palabras, como los médicos son seres humanos y no sobrenaturales, no se esperaría una inmunidad para adoptar actitudes negativas hacia sus pacientes.

Este punto es de central importancia, ya que poco se han considerado los aspectos emocionales de los médicos; más aún, poco se han considerado las situaciones laborales en las que a veces trabajan. Por ejemplo, ¿cómo pedirle al médico ver a los ojos al paciente, cuando tiene que llenar un cuestionario complejo en una computadora?, ¿cómo puede favorecer una conversación, cuando en realidad lo que realmente desea es terminar la consulta por el nutrido número de personas a las que tiene que atender?

Tal y como lo señala Alcorta[9] la relación médico-paciente se ha dificultado por el incremento del diagnóstico basado en la tecnología y por tanto alejamiento con su paciente. Sin embargo, el intercambio de miradas es un componente elemental de interacción entre las personas, los ojos son parte importante de las expresiones faciales y con la mirada se expresan todo tipo de emociones (afecto, odio, dominio, sumisión,

complacencia, aburrimiento o desinterés).[35] Si las miradas comunican emociones, el médico necesitará ver a su paciente para poder leer estas miradas y utilizar su propia mirada para expresarle que lo comprende. Si el médico se encuentra inmerso en el monitor de la computadora o en llenar el expediente, pierde la posibilidad de utilizar esta herramienta de comunicación visual con el paciente y su familia. Estas situaciones llevan a que el médico se encuentre, por un lado en la obligación de llenar ciertos formatos y, por el otro, en la necesidad de ser empático. La apuesta sería que el costo de conectarse empáticamente con el paciente trae tantos beneficios que vale la pena hacer esfuerzos y propuestas para conciliar ambas labores. De este modo, además de los esfuerzos de organización que las instituciones necesitan llevar a cabo, el médico puede ir encontrando un punto medio entre llenar formatos y la comunicación con el paciente. Por ejemplo, cuando el médico requiere estar de espaldas para escribir, difícilmente podrá aprovechar los intervalos de no escritura para ver a su paciente. Una opción podría ser ubicar la computadora o el expediente a un lado del médico de tal manera que éste tenga la posibilidad de alzar o girar la mirada, comunicarse con el paciente y continuar escribiendo. De igual manera el médico puede externar esta dificultad al paciente diciendo: "necesito ir anotando ciertos puntos de lo que me está comentando, mientras lo hago, lo sigo escuchando". De esta manera el paciente sabe lo que el médico está haciendo y que escribir es parte de la consulta, así mismo se le hace saber que escribir no es dejar de escuchar y atender.

En resumen, entre los aspectos más importantes a considerar en la relación médico-paciente están los siguientes: comprensión y conocimiento que tenga el médico de sí mismo, genuino interés por el paciente, habilidad para mostrar dicho interés, habilidad para trasmitir conocimientos, disposición a aprender de los pacientes, respeto irrestricto al otro y considerar en general la diversidad étnica, religiosa, de orientación sexual y sociocultural.

Por último, será necesario tener presente que la relación médico-paciente está enmarcada en una tarea conjunta, una "coparticipación" en donde las responsabilidades y aprendizajes se reúnen en aras de lograr una salud integral, no sólo del paciente, sino del médico también.

Referencias bibliográficas

1. Hernández I, Fernández M. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2002; (8): 137-144.
2. Lifshitz A. Perfil profesional del especialista en medicina. Revista de la Facultad de Medicina 1992;35 (4):149-152.
3. Lifshitz A. Perfil del médico en el área clínica. Revista de la Facultad de Medicina 1993; 36 (4):82.
4. Maguirre P, Pitceathly C. Key comunication skills and how to acquire them. BMJ 2002;325 (7366): 697-700.
5. Ruiz R. Programas de formación en comunicación clínica:una revisión de su eficacia en el contexto de enseñanza médica. Educación Médica 2003;6(4):159-167.
6. Garza T, Ramírez JM. Relación de colaboración médico-paciente-familia. Archivos en Medicina Familiar 2003; 8 (2): 57-62.
7. Watzlawick P, Beavin B, Jackson D. Teoría de la comunicación humana: Interac-

ciones, patologías y paradojas. Barcelona. Herder. 1981.
8. Borrell F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. Medicina Clínica 2003;121 (20): 785-786.
9. Alcorta A, González J, Tavitas S. Validación de la Escala de Empatía Médica Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud Mental 2005;28 (5): 57-63.
10. Campo G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. Revista Colombiana de Psiquiatría 2006; XXXV (004): 547 -569.
11. Haslam N. Humanising medical practice: the role of empathy. MJA 2007:187 (7): 381-382.
12. Gilbert M, Shumukler D. Terapia breve con parejas: Un enfoque integrador. México: Manual Moderno. 2000.
13. Rogers C. On becoming a person. USA. Mariner Books. 1961.
14. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. Anales de la Facultad de Medicina 2006; 67 (001): 30-37.
15. Pardo A. Empatía. Rev Med Univ Navarra. 2009; 53 (1): 26-28.
16. Fernández I, López B, Márquez MM. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Anales de Psicología 2008; 24 (2), 284-298.
17. Montoya GJ. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Acta Bioethica 2007; 12 (2): 168-175.
18. Halpern J. What is clinical empathy? Journal of General Internal Medicine 2003; 18 (8): 670-674.
19. Baños J. ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales. Rev Med Cine 2007; 3: 159-165.
20. Romm J. Teaching empathy, learning about equanimity . Archives of Women's Mental Health 2007: 91-92.
21. Udipi S, McCarthy P, Kao J. LeRoy B. The psychic costs of emphatic engagement: personal and demographic predictors of genetic counselor compassion fatigue. J Genet Counsel 2008; 17: 459-471.
22. de la Fuente JR. Psicología Médica. México.Fondo de Cultura Económica. 1969.
23. Goleman D. La inteligencia emocional. México. Javier Vergara. 1997.
24. Walker R. Desarrollar la capacidad empática a través de las humanidades. ARS Médica, 2 (2) Disponible en. http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica2/14_Walker.html.
25. Esteve J, Merino D, Rius F, Cantos B, Ruiz C. Autoconcepto y respuestas agresivas en un contexto de educación intercultural. Revista de Educación 2003; (332): 157-381.
26. Minuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. México: Paidos. 2006.
27. Jaramillo LG, Pinilla CA, Duque MI, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Index de Enfermería 2004; 13 (46): 29-33.
28. Alfaro F. El consentimiento informado en la práctica anestésica. Revista Mexicana de Anestesiología 2006; 29 (1): 106-108.
29. García C, Ortega D. Comunicación en el Departamento de Radiología: Radiólogos y Pacientes. Revista Chilena de Radiología 2003; 9 (3): 151-156.

Comunicación médico-paciente en medicina familiar

Isaías Hernández Torres
Liz Hamui Sutton
Ana María Navarro García
Yolanda Estela Valencia Islas

PRIMERA EDICIÓN 2013
DERECHOS RESERVADOS ©
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CIUDAD UNIVERSITARIA, DELEGACIÓN COYOACÁN,
CP. 04510, MÉXICO, D.F.
ISBN: 978-607-02-4086-7

DERECHOS RESERVADOS ©
EDITORIAL PRADO
DR. JIMÉNEZ #248, COL. DOCTORES
MÉXICO D.F. C.P. 06720.
ISBN: 978-607-7566-60-1

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL POR CUALQUIER MEDIO SIN LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LOS TITULARES DE LOS DERECHOS PATRIMONIALES.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO/PRINTED IN MEXICO

Esta obra fue aprobada por el Comité Editorial de la Facultad de Medicina, UNAM. Su contenido es un auxiliar para la enseñanza y es responsabilidad de sus autores.

Revisión: Dionisio Damiani López
Diseño: Héctor Peralta Ramírez
Portada: Héctor Peralta Ramírez

Los autores agradecen a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM el apoyo financiero prestado en la investigación y edición de este libro a través del proyecto DGAPA-PAPIME Número PE200109.