



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

LA NOTA HIPERMEDIA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA Y
DE COMUNICACIÓN ENTRE MEDICO Y PACIENTE

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN EDUCACIÓN

PRESENTA:

JUAN ESPINOSA MONTERO

DIRECTOR DE TESIS

MANUEL FRANCISCO AGUILAR TAMAYO

MAYO, 2019



ACTA DE DICTAMEN DE TRABAJO DE TESIS

Los integrantes de la Comisión Revisora del Trabajo de Tesis Doctoral titulado:

La nota hipermedia como estrategia didáctica y de comunicación entre médico y paciente

que presenta el candidato a Doctor en Educación:

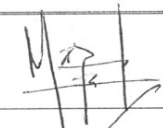
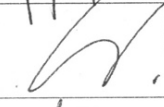
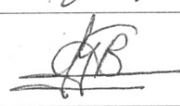

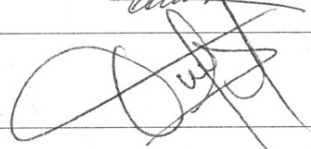
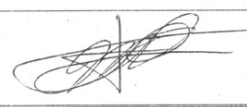
JUAN ESPINOSA MONTERO, quien realizó su investigación bajo la Dirección del DR. MANUEL FRANCISCO

AGUILAR TAMAYO después de haber revisado la tesis, otorgan el dictamen siguiente:

APROBADO

Observaciones:
Atender formato para impresión final.

Cuernavaca, Morelos, a 28 del mes de marzo de 2019.

DIRECTOR(A) DE TESIS <u>Manuel Francisco Aguilar Tamayo</u>	
LECTOR(A) <u>Antonio Padilla Arroyo</u>	
LECTOR(A) <u>Jorge Guerrero Barrios</u>	
LECTOR(A) <u>Susana Escobar Fuentes</u>	
LECTOR(A) <u>Oscar Daniel Moreno Arizmendi</u>	
LECTOR(A) <u>Doris Verónica Ortega Altamirano</u>	<u>Doris V. Ortega A.</u>
LECTOR(A) <u>Eric Monterrubio Flores</u>	





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

LA NOTA HIPERMEDIA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA Y DE COMUNICACIÓN ENTRE MEDICO Y PACIENTE

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN EDUCACIÓN

PRESENTA:

JUAN ESPINOSA MONTERO

DIRECTOR DE TESIS

MANUEL FRANCISCO AGUILAR TAMAYO

MAYO, 2019

Resumen

El presente trabajo está dedicado a observar la comunicación entre el médico y el paciente. Se sabe que la comunicación al igual que el aprendizaje, ha tenido una evolución acelerada desde la prehistoria hasta la actualidad. La OMS ha declarado que el personal de salud es clave en la adherencia terapéutica a tratamientos de enfermedades crónicas. El proceso comunicativo inicia con la indagación para descubrir el problema que aqueja al paciente, luego continúa en el diagnóstico o al momento de establecer la prescripción del tratamiento y finalmente, está presente en los acuerdos a los que se llega para asegurar el cumplimiento. La comunicación eficaz entre el médico y el paciente es fundamental en cualquier tratamiento, porque promueve la colaboración entre el ambos. Para el paciente, aminora la cantidad de molestias, aumenta la satisfacción de la consulta, mejora la adherencia al tratamiento y por consecuencia, es posible alcanzar el control de la enfermedad.

Se ha señalado que los médicos pueden estar presentando distintos problemas para comunicar eficazmente la prescripción del tratamiento debido a distintos elementos, ya sea la falta de habilidades y destrezas comunicativas, poco uso o desconocimiento de las Tecnologías de Información y Comunicación u otros elementos relacionados a condiciones laborales que restringen el tiempo dedicado al paciente. Este hecho es importante porque se ha propuesto que existe una asociación entre la capacidad comunicativa del médico con la adherencia terapéutica a tratamientos de enfermedades crónicas y la calidad de atención.

Se presenta una revisión general de como se ha definido la comunicación desde diversos abordajes en las distintas disciplinas y también, cómo se han usado las TIC en el proceso comunicativo en el ámbito de la salud.

El objetivo del presente estudio fue observar, mediante el uso de las TIC (pluma digital y nota hipermedia), el proceso de comunicación médico-paciente en el

momento de la prescripción en la consulta, y recuperar la experiencia del paciente acerca su experiencia al recibir dicha nota después de la consulta médica.

Nuestra investigación utilizó una metodología cualitativa, la recolección de datos se obtuvo a través de los registros de la interacción comunicativa entre médico y paciente mediante la nota hipermedia, que se generó con la pluma digital, cuando el médico utilizó para elaborar la prescripción y comunicarla a sus pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ESTADO DE LA CUESTIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	39
1.2 Pregunta de investigación	40
MARCO TEÓRICO	41
1.2.1 Resumen	41
1.2.2 La comunicación.....	41
1.2.3 Perspectivas en el estudio de la comunicación, antecedentes de los estudios de comunicación en el campo de educación para la salud.	42
1.2.4 Comunicación en el ámbito de la salud.....	49
1.2.5 Educación para la Salud y Comunicación	70
1.2.6 Comunicación y relación médico-paciente	80
1.2.7 Adherencia terapéutica.....	106
1.2.8 La prescripción médica.....	116
1.2.9 Tecnologías de información y comunicación	134
1.2.10 TIC y Conocimiento	139
MÉTODOS	151
1.3 Objetivos	153
1.3.1 Objetivo principal.....	153
1.3.2 Objetivos secundarios	153
1.4 Diseño	154
1.5 Población y muestra.....	154
1.6 La nota hipermedia, método e instrumento para el registro de la comunicación del médico y el paciente	155
1.6.1 La nota hipermedia	155
1.6.2 El diálogo como objeto de análisis	156
1.7 procedimiento en la recolección de datos	159
1.8 Procesamiento de la información	159
1.9 Aspectos éticos del estudio.....	161
RESULTADOS y DISCUSIÓN	162
CONCLUSIONES.....	162
BIBLIOGRAFÍA	177

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. LAS TRES ÁREAS BÁSICAS DE LA EMPATÍA	12
TABLA 2. DECÁLOGO DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE	15
TABLA 3. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN	49
FIGURA 2. TABLA 4. COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL	61
TABLA 5. TIPOS DE HABLA	66
TABLA 6. TIPOS DE HABLA Y SUS CARACTERÍSTICAS, ELABORADO Y TRADUCIDO A PARTIR DE LITTLETON Y MERCER (2013) P. 15-16	68
TABLA 7. NIVELES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CON BASE EN LA OMS	74

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. SISTEMA CHRONOLOGYMD	37
FIGURA 2. TABLA 4. COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL	61
FIGURA 3. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO, 1992-2013	78
FIGURA 4. EN LA SIGUIENTE FIGURA REPRESENTAMOS EL EFECTO DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	128

ANEXOS

ANEXO 1. LISTA DE VERIFICACIÓN SEGURO	193
--	-----

INTRODUCCIÓN

El proceso comunicativo inicia con la indagación para descubrir el problema que aqueja al paciente, luego continúa en el diagnóstico o al momento de establecer la prescripción del tratamiento y finalmente, está presente en los acuerdos a los que se llega para asegurar el cumplimiento. El proceso comunicativo es fundamental en cualquier tratamiento, pues promueve la colaboración entre el médico y el paciente, es útil para aminorar la cantidad de molestias, aumentar la satisfacción de la consulta, mejorar la adherencia al tratamiento y por consecuencia, alcanzar el control eficiente de la enfermedad [1] [2] [3].

La OMS ha declarado que el personal de salud es clave en la adherencia terapéutica a tratamientos de enfermedades crónicas como la diabetes, y la ha definido como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” [4]. Algunos estudios han propuesto que existe una asociación entre la capacidad comunicativa del médico con la relación médico-paciente y con la adherencia terapéutica de tratamientos de enfermedades crónicas y han señalado que los médicos pueden estar presentando distintos problemas para comunicar eficazmente la prescripción del tratamiento debido a distintos elementos, ya sea la falta de habilidades y destrezas comunicativas, poco uso o desconocimiento de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) u otros factores relacionados a las condiciones laborales que pueden restringir el tiempo dedicado al paciente [5].

El presente trabajo está dedicado a observar la comunicación entre el médico y el paciente. El documento está organizado de la siguiente manera, inicia con el estado de la cuestión, donde se hace una revisión general de como se ha definido la comunicación desde diversos abordajes en las distintas disciplinas y una revisión acerca de la contribución de las TIC en el proceso comunicativo. Se sabe que la comunicación al igual que el aprendizaje, ha tenido una evolución

acelerada desde la prehistoria hasta la actualidad. Inició con las manifestaciones gráficas, orales, cantadas, escritas y visuales, hasta la comunicación virtual con el advenimiento de las Tecnologías de Información y Comunicación.

Después de esa visión general se aborda el tema de la comunicación en el ámbito de la salud en general, para luego centrarlo en la relación médico-paciente.

El objetivo del presente estudio fue observar, mediante el uso de las TIC (pluma digital y nota hipermedia), el proceso de comunicación médico-paciente en el momento de la prescripción en la consulta médica, y así mismo, recuperar la experiencia del paciente después de la consulta médica

Nuestra investigación utilizó una metodología cualitativa, la recolección de datos se obtuvieron a través del registro de la interacción comunicativa entre médico y paciente mediante la nota hipermedia que generó la pluma digital, cuando el médico utilizó esta última para elaborar la prescripción y comunicarla a sus pacientes.

La investigación se presenta en 6 capítulos, además se presentan referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

La comunicación médico-paciente adquiere un papel importante, a partir del replanteamiento ético, en particular, del reconocimiento de la autonomía del paciente, y de la generación de principios éticos básicos como el consentimiento informado, la confidencialidad, la no maleficencia, y otros.

Se ha descrito que la comunicación eficaz impacta, en la satisfacción del paciente, en el diagnóstico correcto y en el cumplimiento del tratamiento, por tanto, en la recuperación de la salud, motivo por el cual, las características que debe tener una comunicación eficaz son, expresar apoyo y empatía, veracidad, respeto, interés, etc. La amplia gama de medios digitales como las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) disponibles actualmente, que emplean redes de comunicación como internet, han influido en la manera de comunicarnos, aprender y enseñar. Es cada vez más común, incorporar tecnologías digitales que usan internet en diversos campos, como el educativo y el médico, pues aporta distintas oportunidades para obtener, comunicar, almacenar y aplicar los conocimientos generados. En el ámbito de la medicina actual se cuentan con recursos como bibliotecas virtuales, registros médicos, aplicaciones informáticas para la clínica, toma de decisiones clínicas, consulta a bancos de datos, publicaciones, difusión y marketing institucional/profesional, interconsultas a distancia, localización epidemiológica de enfermedades e información estadística, conferencias virtuales, técnicas de imágenes, bolsas de trabajo, información para pacientes o para la comunidad y otros.

Para el presente capítulo, se hizo una búsqueda que incluyó las siguientes bases de datos: Pubmed, EBSCO, Elsevier, Web of Knowledge, Web of Science. En la primera parte, se seleccionaron aquellos artículos que abordan la comunicación médico-paciente de manera tradicional, sin importar la metodología (cualitativa o cuantitativa) y en un segundo acercamiento, se incluyeron estudios que utilizaron las TIC como estrategia de mediación para establecer dicha relación.

Primera parte

En la primera revisión se encontraron tres aspectos principales:

1. Se busca demostrar la importancia de la comunicación médico-paciente en el contexto del tratamiento.
2. Se sugiere la implementación de estrategias comunicativas, a fin de mejorar dicha comunicación, y
3. Se busca conocer las causas que originan una mala comunicación.

Revisión de literatura

1.

Mark P. Doescher *et al.* [6], evaluaron la percepción de los pacientes sobre sus médicos, en el entorno de las desigualdades raciales y étnicas¹ en EE. UU. Para esto, obtuvieron los datos de la *Community Tracking Survey*² correspondientes al periodo de 1996 a 1997. Y, con el propósito de medir los resultados capitales, propusieron:

1. Una escala de satisfacción con el estilo médico que agrupó las percepciones de los encuestados en temas como:
 - Habilidades de escucha

¹ En el 2010, el programa gubernamental *Healthy People* se propuso reducir las desigualdades raciales y étnicas en la salud en EUA

(https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf, p. 018)

² Considerada como una muestra representativa a nivel nacional.

- Explicación del médico
- Minuciosidad de la exposición

2. Una escala de confianza que clasificó las percepciones de los encuestados en asuntos como

- Si el médico colocaba las necesidades de los pacientes sobre otros temas.
- Si remitía al paciente a un especialista, en caso de ser necesario
- Si realizaba pruebas o procedimientos innecesarios
- Si procedía influido por las normas de las compañías aseguradoras

De los resultados, se observó que los miembros de grupos minoritarios reportaron percepciones menos positivas de sus médicos que la población blanca en ambas escalas. Y más aún, que los miembros del grupo minoritario que carecían de continuidad médica en visitas clínicas repetidas reportaron percepciones incluso menos positivas de sus médicos en ambas escalas que la población blanca.

Para Mark P. Doescher, los resultados de esta evaluación hacen evidente que la comunicación médico-paciente en estos ámbitos es inapropiada, debido, sobre todo, a la falta de sensibilidad cultural y habilidades comunicativas por parte del médico. Los autores señalan que los esfuerzos realizados para aminorar este problema son pocos, debido a que sólo algunas facultades de medicina³ han impartido cursos para mejorar la competencia comunicativa centrada en el paciente.

³ Mark P. Doescher *et al.* mencionan que, en una encuesta realizada en 1994 en las facultades de medicina, sólo 13 de las 78 instituciones que respondieron ofrecían cursos de sensibilidad cultural, y todos los cursos eran optativos, excepto uno.

La mejora en la relación médico-paciente en este contexto es un tema importante, refieren los autores, ya que, si se consigue, se avanzará en la calidad del cuidado de la salud, y se cumplirán las metas propuestas en la *Healthy People* desde el 2010.

2.

Somia M. Alelwani y Yasar A [7], se propusieron evaluar el conocimiento existente en la literatura sobre la efectividad del entrenamiento para comunicar malas noticias a los pacientes. En un inicio, identificaron 85 ensayos, pero sólo 7 correspondieron a las normas de revisión.

Los estudios seleccionados, sin embargo, carecieron de uniformidad de criterios para el diseño, y los contenidos y métodos de entrenamiento. Algo parecido ocurrió en los sistemas de medición, ya que cada estudio se creó a partir de la experiencia previa de los grupos participantes en las pruebas.

Pese a que fue imposible concluir que la capacitación de estudiantes de medicina y médicos residentes era beneficiosa para adquirir las habilidades comunicativas buscadas, el trabajo de Somia M. Alelwani y Yasar A. Ahmed hizo notorio que en algunas esferas del cuidado de la salud hay inquietud por la propiedad para comunicar malas noticias a los pacientes.

Los autores encontraron que este tema adscrito al dominio de la comunicación médico-paciente llama la atención sobre sí, debido a que afecta a los pacientes y a sus familiares, e incluso a los médicos.

La comunicación de malas noticias genera estrés tanto a los pacientes, porque implica para ellos un cambio negativo en su vida y en la de su familia, como a los médicos, ya que los somete a las reacciones y conductas de aquellos, además de que, en la mayoría de los casos, los propios médicos carecen en esta circunstancia de las competencias comunicativas adecuadas.

En ocasiones, una parte de este problema está asociado con los temores de los médicos residentes, la falta de apoyo de sus supervisores y las presiones de tiempo.

La comunicación de malas noticias debe enfocarse a reducir la ansiedad y mejorar la comprensión y la adherencia del paciente al tratamiento. Por esta razón, sostienen Somia M. Alelwani y Yasar A. Ahmed, varias formas de entrenamiento sobre este tema se han incorporado en algunos planes de estudio de facultades de medicina, en cursos de educación médica continua, y en la especialización.

Los métodos empleados son grupos de discusión, de actuación, lecturas guiadas, y enseñanza clínica. Ante todo, concluyen los autores, se trata de acompañar la comunicación de la praxis médica con un ritmo de lenguaje apropiado, empatía, y con la preparación del médico para reparar en las expectativas y perspectivas del paciente.

3.

Nancy K. Janz et al. [8], abordan en su estudio el papel de la comunicación médico-paciente entre las personas con riesgo de recurrencia al cáncer de mama. Dicha acción comunicativa se considera el camino inicial para que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama puedan aprender acerca del riesgo distante de recurrencia.

Los autores señalan que, debido a las deficiencias presentadas en esta esfera de la práctica médica, quienes han sido diagnosticadas con cáncer de mama saben poco acerca de su riesgo de recurrencia distante. Ya que, o bien aquellas pacientes que sobreestiman esta posibilidad pueden ser más susceptibles de pruebas y tratamientos agresivos, aunque carezcan de un fundamento demostrable para someterse a éstos, o bien, a las mujeres que no contemplan la posibilidad de una recurrencia, les es menos probable adherirse a las

recomendaciones de supervivencia, incluso al monitoreo de los síntomas, a los cuidados posteriores regulares, y a la terapia endocrina auxiliar, que juega un papel esencial en la reducción del riesgo de una recurrencia distante.

Para revisar el tema, Nancy K. Janz et al. tomaron una muestra aleatoria representativa de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama en estadio temprano, identificadas a través de los registros de *Surveillance Epidemiology and End Results* (SEER) de los Ángeles y Georgia (2013-2015), y les aplicaron encuestas dos meses después de la cirugía.

Se trató de evaluar la percepción de las pacientes acerca de la comunicación del médico en relación con el riesgo de recurrencia, para lo cual se elaboró un cuestionario que incluyó preguntas como:

- ¿Cuánto habló su médico sobre el riesgo de recurrencia? (5-Puntos Escala de Likert, "Nada" a "Mucho")
- ¿La exposición del médico contenía sólo palabras, sólo números o ambos?
- ¿Con qué frecuencia el médico le preguntó a usted sobre su preocupación por la reaparición del cáncer? (5-Puntos Escala de Likert, "Casi nunca" a "Casi siempre").

Con esto, se buscó determinar la cantidad de intervenciones, el enfoque, y la indagación del médico sobre la preocupación de la paciente.

De la misma manera, se fijó un riesgo de recurrencia a 10 años (valor determinado en clínica) en pacientes con cáncer invasivo de grados bajo e intermedio. Y dicho riesgo de recurrencia distante (0-100%) percibido por las mujeres se categorizó en subgrupos:

- sobreestimación,
- razonablemente preciso, y
- riesgo con valor igual a cero.

Por último, en los modelos de regresión múltiple (muestra analítica para sub-estudios = 1295) se evaluó la comprensión de los factores de riesgo y los factores del paciente (por ejemplo, conocimientos de salud, aritmética, y ansiedad/preocupación) sobre los resultados de la comunicación médica.

Los investigadores obtuvieron en su estudio los siguientes resultados:

- Alrededor del 33% de las mujeres informaron que los médicos discutían el riesgo de recurrencia como "bastante" o "mucho", mientras que el 14% dijo "en absoluto".
- Más de la mitad de las mujeres informaron que los médicos usaban palabras y números para describir el riesgo, mientras que el 24% sólo usaba palabras.
- Sobre-estimadores (OR 0.50, IC 0.31-0.81) o aquellos que percibieron riesgo cero (OR 0.46, IC 0.29-0.72) más a menudo dijeron que su médico no había hablado del riesgo.
- Los pacientes con baja instrucción aritmética informaron menos.
- Más del 60% señaló que su médico casi nunca preguntó por la preocupación.

La comunicación eficaz entre el médico y el paciente es crucial para la comprensión del paciente del riesgo de recurrencia. Los autores concluyen que se necesitan esfuerzos para optimizar la capacidad de los médicos en la comunicación individualizada en torno al riesgo, sobre todo porque éste emplea una demostración numérica que las pacientes no siempre están en condiciones de entender, ya que su padecimiento les genera ansiedad o preocupación, o debido a que carecen de la formación escolar para lograrlo.

4.

Gregory Makoul [9] , propuso en 1993 la lista de verificación SEGUE, la cual debe su nombre al acrónimo obtenido de su división temática en cinco áreas principales:

- *Set the stage* (Poner el escenario)
- *Elicit information* (Obtener información)
- *Give information* (Informar)
- *Understand the patient's perspective* (Entender la perspectiva del paciente)
- *End the encounter* (Terminar el encuentro).

Vale decir que el propósito básico de una lista de comprobación es ayudar a garantizar la coherencia y la integridad en la realización de una tarea. En el caso de la comunicación médica, como señala el autor, estas listas permiten al estudiante / médico cubrir las áreas básicas de la comunicación establecidas de manera previa, a la vez que ayudan a la enseñanza, mejora, y estudio de las herramientas de comunicación.

El propósito de la lista SEGUE es evaluar a alumnos de medicina, no obstante, el uso de ésta se extendió después a un espectro más amplio de estudiantes [10] , y durante mucho tiempo influyó en los trabajos de comunicación médica, hasta el punto de convertirse en referencia básica, y ser una directriz para la elaboración de guías posteriores.

Makoul retomó el procedimiento médico, existente ya en la antigüedad [11], que en ocasiones emplea estas herramientas⁴ para orientar criterios relativos al diagnóstico y tratamiento en algunas áreas de la atención a la salud.

⁴ También llamadas listas de verificación, marcos de referencia, guías o modelos.

Una característica importante de la SEGUE es su diseño que trata de evitar un sistema de evaluación subjetivo (por ejemplo, *Del 1 al 5, ¿cómo considera el modo en que el médico saludó al paciente?*). Para esto, emplea una escala de respuesta binaria "sí / no", y se centra en registrar si el estudiante / médico completó una tarea de comunicación particular. Asimismo, al funcionar como directriz, sugiere sólo el tratamiento temático, sin especificar el modo, el cual se hará según el criterio del estudiante / médico.

Como se ha mencionado, el marco de referencia SEGUE ha estimulado la creación de otras propuestas de evaluación / dirección de la comunicación médica. El autor señala, por ejemplo, instrumentos como la *Arizona Clinical Interview Scale*, la *Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model*, la *Brown Interview Checklist*, la *Calgary-Cambridge Observation Guide*, la *Patient-Centered Clinical Method*, la *Seven Task Model*, y la *Three Function Model*.

La lista de verificación SEGUE presenta de manera descriptiva las acciones y modos de comunicación entre el médico y el paciente, hace énfasis no sólo en los detalles de la información que el médico debe comunicar, sino también en el interés que el médico debe poner para conocer el estado de ánimo, disposición y comprensión el paciente sobre aquello que se comunica.

5.

En el trabajo de Mitchell J. Lipp *et al.* [12] se revisa de manera cualitativa el tema de la comunicación médico-paciente a través del concepto de empatía, en el marco del ejercicio de la ortodoncia⁵. Se trata de ofrecer un conjunto de conceptos y técnicas útiles para la práctica clínica.

⁵ Los autores declaran adherirse a los estándares propuestos por la *Commission on Dental Accreditation* y la *American Dental Education Association*, que subrayan la "atención centrada en el paciente" en un "entorno humanístico".

A lo largo de este ensayo, se subraya la importancia de la empatía en la práctica médica, a la cual se le designa como una habilidad discreta que ofrece algunos beneficios como estimular al paciente a hablar sobre su afección, y, en consecuencia, ayudar al diagnóstico, a la planificación del tratamiento, y a la misma práctica.

Mitchell J. Lipp *et al.* sugieren abordar la comunicación empática con el paciente, a partir de tres aproximaciones:

Tabla 1. Las tres áreas básicas de la empatía

Actitud	Habilidades interpersonales	Conductas
Hacer buenas relaciones	Evitar interrumpir	Otorgar una línea telefónica directa
Paciencia	Evitar una interpretación apresurada	Dar seguimiento a las llamadas
Respeto	Lenguaje apropiado	Acompañar a los pacientes
	Retroalimentar	Establecer un ambiente de confidencialidad
Estar por completo presente	Declaraciones de asociación	
	Despertar inquietudes del paciente	
Tomar al paciente con seriedad	Contacto visual	
	Tono de voz	
	Postura corporal	
	Expresión facial	
	Permitir el llanto	
Entusiasmo		
Competencia cultural		

Y después ofrecen cuatro temas clave para mejorar la empatía con el paciente:

- Educar y comunicar. Se refiere a evitar abrumar al paciente con terminología extraña, y a su vez no sobre-simplificar el tema. Se trata de ayudar al paciente a comprender.
- Escucha activa. Usar preguntas abiertas que permitan al paciente hablar, y evitar interrupciones. Se pueden tomar notas para hacer más evidente que se trata de una escucha activa.

- Lenguaje corporal. Se refiere a temas como proximidad espacial apropiada, tacto, inclinación hacia adelante, orientación corporal, mirada prolongada, animación vocal, atención e interés, asentimientos con la cabeza, y muchas otras técnicas comunicativas no verbales.
- Coincide con el estilo no verbal del paciente. Se refiere sobre todo a las cualidades vocales, al tono de voz, el volumen y el ritmo del habla.

Expresar empatía, concluyen los autores, podría resumirse como validar el objetivo emocional del paciente. Y esto en la práctica clínica se refleja en una mayor satisfacción del paciente, menor tendencia a los reclamos por mala praxis, y oficinas y entornos clínicos más propicios para la salud. También vale la pena destacar de que se presentan elementos, técnicas, habilidades y comportamientos específicos para desarrollar esta relación, para *educar* y *comunicar*, lo que implica un dominio técnico, y el desarrollo de habilidades que forman parte del saber profesional de los médicos.

6.

Existen diversas propuestas para mejorar la comunicación médico-paciente, como es el caso del marco SEGUE, el modelo SPIKES, y la guía Calgary-Cambridge. Así también, se han diseñado entrenamientos⁶ enfocados en problemas comunicativos de la praxis médica, los cuales se incluyen en algunos planes de estudio de los cursos de medicina de pre-grado, especialización, y educación médica continua, a manera de talleres.

No obstante, en la praxis médica no siempre se logra la competencia comunicativa deseada. Por esta razón, Martha Ortiz Fonseca *et al.* [13], proponen

⁶ Confróntese el trabajo de Somia M. Alelwani y Yasar A. Ahmed reseñado arriba.

un programa educativo que incentive las habilidades comunicativas en la formación del médico. Este planteamiento se basa en el esquema de Actividades Integradoras de Aprendizaje por Sistemas (AIAS), el cual se implementó en el plan de estudios de medicina, en la Universidad del Rosario, en Colombia.

Dicha propuesta busca el desarrollo de habilidades de lectura, escritura y pensamiento crítico, a la par del aprendizaje de las asignaturas propias de la especialización académica, y se resume en tres puntos:

- La capacidad para gestionar el propio aprendizaje
- El desarrollo de habilidades cognitivo-lingüísticas requeridas para apropiarse del conocimiento y construirlo
- El uso de las formas discursivas propias de la profesión

Mediante estas habilidades, se persigue que el médico mejore sus capacidades de análisis y síntesis, necesarias cuando maneja los datos de una historia clínica, y los informa al paciente; de igual manera, su destreza comparativa, útil en la toma de decisiones; y su competencia argumentativa, fundamental para proponer un tipo de intervención, que involucre, además de los aspectos clínicos, los enfoques contextuales y psicológicos del paciente.

A partir del desarrollo de estas habilidades, Martha Ortiz Fonseca *et al.* señalan que el médico genera una base más auténtica para una mejor comunicación, y las pone en juego en el momento de enfrentarse a diferentes audiencias que demandan mensajes claros, pertinentes, veraces y concisos.

7.

Kee, JWY y Cols. [14], observaron que aun cuando se incorpora el tema de la comunicación en la formación del médico, sigue habiendo quejas por parte de los pacientes a la hora de la práctica. Tal es el caso de Singapur, que incorporó el tema de la comunicación médico-paciente en la currícula del médico, en la

práctica se reportan aún bastantes inconformidades de los pacientes con sus médicos, por problemas de comunicación en temas como facturación, tratamiento, diagnóstico, eficiencia, sistemas operativos y malas actitudes. Sin embargo, los médicos perciben que son conscientes de la importancia de una buena comunicación con el paciente, y creen llevarla a cabo de manera correcta. En consecuencia, se propone enseñar al médico la habilidad de aprender de las quejas de los pacientes para así mejorar sus habilidades comunicativas.

8.

Piercarlo Ballo *et al.* sostienen que las estrategias de mejoramiento de la comunicación médico-paciente pueden tener un impacto positivo en el cuadro clínico y el estado de ánimo del paciente, con consecuencias clínicas en potencia positivas. Para esto, buscaron validar un instrumento llamado decálogo, pues emplea 10 recomendaciones comunicativas para médicos y pacientes:

Tabla 2. Decálogo del médico y del paciente

Decálogo del paciente.
1. Tengo un propósito:
<i>Voy a entender qué tengo, qué debo hacer para curarme, si hay alguna otra posibilidad de tratamiento, y si estoy en buenas manos.</i>
2. Me presento:
<i>Presento mi persona ante el médico.</i>
3. Informo:
<i>Reseño al médico mi condición de salud y mi historia clínica.</i>
4. Observo:
<i>Miro al médico, mientras me informa sobre mi condición.</i>

5. Me doy a entender:

Repito al médico aquello que me parece no ha entendido de mi situación y de mis dificultades.

6. Escucho:

Dejo de hablar y procuro entender qué trata de decirme el médico.

7. Expreso:

Digo al médico aquello que no he entendido, y que no estoy seguro de haber entendido bien, y mis dudas.

8. Dudo:

Estoy seguro de haber dicho todo lo necesario, y de haber incluido con exactitud, ¿qué debo y qué necesito hacer?

9. Pregunto:

Pregunto al médico, aunque me parezca impertinente o redundante.

10. Aclaro:

¿El médico ha malentendido algo? ¿Tengo cualquier otra dificultad que no he logrado comunicar? ¿Me quedan claras las partes fundamentales de la entrevista?

Y el decálogo dirigido al médico:

1. Tengo un propósito:

Quiero que el paciente salga del hospital informado de manera apropiada sobre su condición y dispuesto a continuar el tratamiento.

2. Me presento:

No doy por hecho que el paciente ya sabe quién soy.

3. Informo:

Proveo al paciente toda la información sobre su estado de salud, el tratamiento, y el estilo de vida que debe seguir.

4. Observo:

Miro la reacción del paciente, mientras le digo lo que tiene y lo que debe hacer.

5. Me doy a entender:

Uso estilo, lenguaje y terminología que me parezca adecuado a la persona que tengo enfrente.

6. Escucho:

Dejo espacio al paciente para expresarse, aunque toque aspectos en apariencia no ligados al contexto específico.

7. Expreso:

Ayudo al paciente a expresar sus dudas y ejemplifico las indicaciones terapéuticas.

8. Dudo:

¿Estoy seguro de que el paciente ha entendido lo que tendrá que hacer en el momento en que finalice la reunión?

9. Pregunto:

Le pido al paciente que repita mis instrucciones.

10. Aclaro:

Refuerzo e intento explicar, también con otras palabras, las indicaciones sobre el curso del tratamiento.

El decálogo se elaboró a partir de la distinción de las responsabilidades del médico y del paciente. Y la población que integró el estudio prospectivo se conformó con pacientes que asistieron a consultas de cardiología clínica en dos unidades de cardiología distintas de la Autoridad de Salud Local de Florencia, Italia.

Los resultados de la validación permitieron concluir a los autores que, en un entorno cardiológico ambulatorio, el decálogo muestra buena validez y fiabilidad como herramienta para mejorar la experiencia de enfermedad de los pacientes y podría tener un impacto favorable en los estados de ánimo. Y, además, que estos efectos podrían mejorar potencialmente la participación del paciente en la atención y la adherencia al tratamiento, así como el desenlace clínico.

Por lo que respecta al propio decálogo, se trata de un conjunto de consejos dirigidos a médicos y a pacientes en los que se sugiere una actitud cordial, atenta,

y cooperativa, dirigida a contrarrestar el comportamiento inflexible cotidiano de la relación médico-paciente, y estructurado de manera secuencial, que contempla la entrevista de inicio a fin [15].

Como puede observarse en esta primera parte de la revisión de literatura, la comunicación médico-paciente es un objeto de estudio que se aborda en miradas diversas, algunas en relación al currículo y la formación profesional, en otras ocasiones como un protocolo de atención y aplicación de normas, o bien como parte de las prácticas institucionales. Muchas de estas investigaciones evidencian un alto grado de desarrollo de protocolos de atención, relacionados a normas y marcos jurídicos, que no sólo abordan el problema de los derechos o la sanción de las conductas, sino buscan mejorar la eficacia del proceso de atención.

Un elemento importante que puede observarse, es la necesidad de desarrollar estrategias eficaces para ayudar al médico, y en ocasiones al paciente, habilidades, técnicas y recursos para comunicar, informar con el propósito de ayudar a que el paciente comprenda la enfermedad, su cuerpo, la acción del medicamento de manera integrada, como lo es el *tratamiento* del padecimiento. Los estudios revisados también dan evidencia de que este problema de comunicar, tiene implicaciones en el éxito de la intervención y el tratamiento, la comunicación es un elemento central en el tratamiento, control y cura de la enfermedad y más aún en el control y prevención del riesgo.

Segunda parte

El uso de las TIC es una práctica extendida en todo el mundo, las personas las utilizan, sobre todo, como mediadores para la comunicación interpersonal. Se prevé que, en los siguientes años, las TIC aplicadas al ámbito de la salud⁷ impacten en la manera de interactuar del médico y las instituciones de salud, así como en los pacientes y en la población en general.

Como se describe enseguida, es común que los médicos usen alguna TIC para navegar y realizar su trabajo. Se ha reportado que éstos acceden, usan y perciben que las TIC son de gran utilidad, al mejorar la relación médico-paciente, y ayudar a incrementar el cumplimiento terapéutico [16]. Peleg y Nazarenko señalaron en un estudio que, por su parte, los pacientes muestran buena disposición al uso de las TIC en la consulta, cuando se les entrevistó en un estudio, expresaron que contar con el número de teléfono celular o email personal de su médico podría mejorar la relación médico-paciente. Sin embargo, menos del 3% de los médicos dijeron no estar dispuestos a proporcionar estos datos a sus pacientes, a menos que el tiempo invertido que les implique sea remunerado [17].

El tema de las eHealth, y su implementación en la actividad médica cotidiana, es algo que se discute en la actualidad. Aún se descubren sus alcances, y no es posible ofrecer una conclusión definitiva acerca de su utilidad. Al respecto, David Blumenthal [18] ha señalado que las TIC, en particular las eHealth, en el mediano

⁷ Llamadas eHealth, y que son aquellas enfocadas en el diagnóstico o tratamientos remotos, como los registros de salud electrónicos, dispositivos biométricos y de telemedicina, y aquellas dirigidas al consumidor final como las aplicaciones que son útiles para adquirir conocimientos de salud y dan apoyo social.

plazo tendrán impacto en la manera de ejercer la medicina⁸ y en la relación médico-paciente debido a que:

- la computadora estará presente en todas las consultas, pues con ésta se podrá acceder a los registros para que el médico aprenda todo lo relacionado al paciente
- dado que los registros serán necesarios, éstos estarán disponibles y al alcance para todos los médicos,
- las interacciones médico-paciente, ya sea de manera presencial o remota, estarán mediados por el registro electrónico, incluso antes de tener contacto con el médico, es decir, el registro electrónico podrá proveer soporte digital para satisfacer necesidades específicas,
- los pacientes serán los propietarios de su información, la cual estará disponible en todo momento, lo que les permitirá acceder a ella para entender diversos procesos de salud y bienestar,
- el modelo de atención cambiará, pues, en todo momento, aún en la consulta cara a cara, estará mediado por herramientas electrónicas y los médicos deberán actualizar la información del paciente mediante dispositivos portátiles o móviles, conocidos como *mHealth*
- los registros electrónicos permitirán que los proveedores de salud trabajar de manera efectiva, en equipo y a distancia si es necesario.

En la siguiente exploración de la literatura, se podrán verificar varios de estos señalamientos que poco a poco empiezan a nutrir la práctica médica cotidiana.

⁸ Esto también puede verificarse en el proyecto Health@Home presentado en la revisión de la literatura, y presentado en la *First International Conference, eHealth 2008*, en Londres.

Revisión de la literatura

1.

Las eHealth se han incorporado, por ejemplo, en los métodos terapéuticos para pacientes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En la publicación de Morten Rismo Olsen *et al.* emprendieron una revisión sistemática de la literatura vinculada al tema, y enseguida procedieron a la evaluación de los aportes que las TIC (sobre todo en temas de telemedicina, tecnología de monitoreo remoto (RMT), y dispositivos eHealth) presentan en el tratamiento para estos padecimientos.

Entre las contribuciones tecnológicas reportadas en este ámbito, sobresalen las bases de datos sobre TDAH, software para apoyar diversos métodos de observación, aplicaciones para evaluación del comportamiento, plataformas para ofrecer servicios educativos relacionados con los TDAH, así como diseño de exámenes para diagnósticos tempranos.

Asimismo, los autores subrayan que la implementación de eHealth en padecimientos como los TDAH ayuda a mejorar la identificación temprana, lo que a su vez desarrolla la promoción de la salud. De igual manera, sirve al monitoreo de síntomas, ya que ofrece una base para comprender el curso de la enfermedad y determinar los efectos de la intervención. También auxilia en los registros de pacientes, al identificar los niveles de referencia de la población y determinar los efectos de la intervención. Y acrecienta, además, la comunicación médico-paciente durante y entre consultas [19].

2.

De igual manera, el estudio de Walter H. Curioso *et al.* busca reportar el acceso, uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación (TIC) por parte de médicos endocrinólogos de un hospital público de Perú. Describe

las percepciones de los médicos hacia el uso de un sistema para mejorar la adherencia⁹ al tratamiento en pacientes con diabetes [20].

En este caso, el tema se abordó a través de un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se incluyó a los médicos endocrinólogos que trabajaban en el servicio de endocrinología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en Lima, y que otorgaron su consentimiento verbal para participar en el estudio.

En la encuesta empleada se buscó saber sobre datos demográficos, acceso a las TIC, frecuencia de uso de las diferentes TIC, experiencia con computadoras, y percepción hacia un sistema informático¹⁰ para promover la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. La población total consultada refirió tener acceso a internet, en casa o en trabajo. Asimismo, sentirse cómoda con el uso de las computadoras, y tener habilidades avanzadas para el uso de estas herramientas.

En cuanto al uso de la plataforma CareNet, la población médica consultada consideró fácil ingresar a ella; asimismo, percibió que su uso era sencillo, por

⁹ La adherencia se definió como la medida en que el comportamiento de toma de medicación de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica.

¹⁰ Se trata de CareNet, una plataforma que ofrece diversos servicios de atención médica electrónica, entre ellos envío de mensajes educativos para promover conductas saludables vía SMS, recordatorios para la toma de medicamentos, y citas médicas programadas. De igual manera, cuenta con llamada telefónica automatizada (IVR), y puede enviar alertas a los principales participantes en el cuidado de la salud del paciente, en caso de emergencia.

Se considera que el servicio ofrecido por esta plataforma promueve la adherencia al tratamiento integral de personas con enfermedades crónicas como la diabetes, al ocuparse de los temas mencionados en el párrafo anterior.

ejemplo, el ingreso de datos, responder, consultar, y visualizar la información de los pacientes. Se concluyó que la totalidad de los médicos encuestados estuvo de acuerdo con la incorporación y manejo de las TIC, y, en particular de la plataforma CareNet, al trabajo en el hospital referido.

3.

Otro caso de empleo de las eHealth en temas de salud, se revisa en el escrito de Lenny López *et al.* [21] que busca eliminar las desigualdades entre la población de origen latino en relación con la diabetes tipo 2, a través de estrategias basadas en eHealth.

En este artículo se refiere que la comunidad latina que habita en EE.UU. tiene un riesgo alto de padecimiento de diabetes tipo 2, y que existen pocos estudios en el ámbito científico dedicados a este problema. Así que, con el cierre de la brecha digital, la investigación referida se propone revisar la adaptación de las intervenciones basadas en la tecnología informática para el tratamiento de la diabetes en la comunidad mencionada.

Dado que una gran parte de la comunidad latina que vive en EE.UU. se compone de inmigrantes, los problemas de idioma, así como de costumbres, bajos ingresos y nivel educativo, la hacen una comunidad vulnerable, con dificultades para acceder a los servicios médicos y el tratamiento de enfermedades, en particular de la diabetes. En conclusión, el estudio expone que las eHealth es un medio de ayuda al tratamiento de esta enfermedad, pues presenta algunas ventajas como bajo costo, accesibilidad, posibilidad de personalización de mensajes, puede configurarse según la base cultural latina, así como crear grupos de revisión que estimulen al cuidado de la enfermedad. Se busca emplear las eHealth como recordatorios, educativos sobre la enfermedad, y como medios de supervisión.

4.

Ana Margarita Pisco Almeida *et al.* [16] Proponen la mejora comunicativa en tratamientos auxiliados por mensajes para pacientes con síntomas de depresión. Para el caso de este padecimiento, se diseñó un tratamiento que complementara las estrategias tradicionales con las tecnologías de la información y comunicación (TIC), en particular, con mensajes de texto a través del teléfono móvil (SMS), a fin de que auxiliaran en el enfrentamiento del trastorno, la supervisión de los síntomas y los efectos secundarios, la preparación de las visitas posteriores al médico, y la medicación.

Se propuso un estudio de cuatro etapas: 1) realizar un diagnóstico de perspectivas y prácticas; 2) diseñar un plan de intervención SMS, como complemento al tratamiento regular; 3) realizar un prototipo de una aplicación digital para apoyar el seguimiento e interacción de los pacientes¹¹; y 4) realizar una encuesta con médicos sobre la experiencia digital, con el objetivo de recopilar datos sobre su alfabetización digital y sus prácticas móviles, la utilidad que atribuyeron a la comunicación digital médico-paciente entre consultas personales, así como en su predisposición y disposición para utilizar la aplicación¹².

Los resultados obtenidos se dieron en función de cada etapa. Así, se evaluó, en primer lugar, el acceso a las tecnologías digitales, y se corroboró que el teléfono inteligente es uno de los medios más usados tanto por pacientes como por

¹¹ La aplicación de prototipos permitió la creación de planes de intervención personalizados y la programación del envío de SMS, así como otras características descritas a continuación.

¹² La encuesta se aplicó a 143 médicos, 94 médicos de atención primaria y 49 psiquiatras, utilizando un cuestionario original que evaluaba: datos sociodemográficos; alfabetización digital; perspectivas de los médicos sobre las fuentes de información utilizada por los pacientes; y uso de medios digitales en comunicación médica entre consultas.

médicos. Con base en esto, se piensa que es posible el diseño de un tratamiento auxiliado con SMSs y el teléfono inteligente. Los autores propusieron un protocolo de plan de intervención con SMSs, con 12 mensajes durante 6 semanas, y con seguimiento. Se tomaron en cuenta cinco temas principales, según se había especificado en las consideraciones previas. Sin embargo, los resultados no fueron por completo convincentes, y quedó la impresión de que faltó más investigación, y que el formato pudo ser mejorado, sobre todo, porque hizo falta tomar más en cuenta las perspectivas y prácticas de los médicos para el uso de soluciones apoyadas en SMSs, en el tratamiento de la depresión. Después, para la tercera etapa, y debido a que se diseñó la aplicación digital, se creó un prototipo compuesto de una versión móvil, dirigida a los pacientes, y una versión web, para uso de los médicos. El resultado de esto fue que la estrategia acabó por añadir más elementos digitales a los SMSs considerados en un principio. Por último, en la cuarta etapa, se realizó una encuesta con médicos sobre su experiencia digital, así como para conocer su disposición a usar una aplicación como el prototipo usado.

Los resultados obtenidos fueron que, a pesar de que usan con frecuencia SMSs y emails con sus pacientes, señalaron no estar dispuestos a usar redes sociales ni aplicaciones para auxiliarse en sus tratamientos. De igual manera, consideraron de poco beneficio el uso de estas tecnologías, y señalaron que prefieren el contacto en persona, y vía telefónica. Por otro lado, 77,9% estuvieron dispuestos a asistirse con herramientas digitales para monitorear a sus pacientes.

Los autores concluyen, que en un futuro pueda haber más apertura a la tecnología digital como auxiliar en el tratamiento de la depresión, porque representa un instrumento que, como se ha dicho, bien manejado puede ser un auxiliar de las estrategias tradicionales empleadas hasta ahora. Dado que el estudio fue realizado en 1995 y actualmente existen herramientas que han desplazado el SMS y tienen mayor presencia como medio de comunicación en la población, la condiciones para utilizar y aceptar la tecnología podrían ser muy

distintas, considerando por ejemplo que las mismas llamadas telefónicas han sido desplazadas por el uso de texto mediante sistemas de mensajerías y redes sociales, esto será evidente en los siguientes estudios que se presentan como parte de la revisión de literatura.

5.

Las eHealth ofrecen de igual manera, una solución potencial para la adherencia al tratamiento del asma [22], sobre todo, a partir del uso de recordatorios que, como señalan en su estudio Ruth Jeminiwa *et al.*, dan un incremento de adherencia del 19% a través de este método. De igual modo, se reporta un incremento de 32% para las intervenciones que utilizan la tecnología de respuesta de voz interactiva, y 35,7% para el uso de notificaciones del proveedor a través de registros electrónicos.

Los investigadores revisaron en la literatura especializada los tipos de intervenciones por medio de eHealth, en teléfonos inteligentes, aplicaciones, SMSs, tecnologías web para promover la adherencia de corticosteroides entre pacientes con asma. Se incluyen análisis verificados en Brasil, EE. UU, Reino Unido, Dinamarca, Nueva Zelanda, y Taiwán. Y la población participante se encuentra en un rango de edad de los 3 a los 65 años.

En EE. UU, la baja adherencia entre los pacientes con asma (por ejemplo, algunos estudios reportan en niños es menor a 50%, mientras que, en adultos, menor a 30%) ha generado problemas de salud pública. Las razones principales de este problema se deben a que es una enfermedad crónica que, en muchas ocasiones, su tratamiento exige el suministro de corticosteroides inhalados (ICS) dos veces al día, lo cual puede representar una carga para algunos pacientes que tienen dificultades para recordar el suministro de sus medicamentos. Asimismo, también puede impactar en la regularidad del tratamiento el alto costo

de la prescripción, el sabor de los medicamentos y la incertidumbre sobre la seguridad de los corticosteroides.

En dicho estudio se concluye que las intervenciones basadas en las eHealth son efectivas para mejorar la adherencia al ICS.

6.

El uso de las TIC en temas de salud tiende también a ampliar sus horizontes, como lo muestra la propuesta de Akan O. *et al.* [23] al presentar un modelo de eService para la prevención de enfermedades y la atención médica en casa, el cual busca enfrentar los problemas del surgimiento de enfermedades crónicas, y del envejecimiento de la población europea, los cuales tienen un impacto fuerte en los sistemas de salud, ya que los costos que generan son cada vez mayores. Esto repercute, además, en la calidad de atención de los pacientes, y urge a buscar alternativas para resolver el problema.

Para enfrentar lo anterior, Akan O. *et al.* propusieron un programa implementado en el hogar de los pacientes, y habilitado por las tecnologías de la información y comunicación, que permita proveer servicios eHealth de modo sistemático, que incluyan prevención, vigilancia y alerta relacionadas con el tratamiento, en un cuadro integrado e impulsado por las necesidades del paciente.

En primer lugar, se busca resolver los problemas de carácter técnico y organizativo que impiden la generación de servicios de prevención y atención médica en las redes domésticas. Para esto, se propone un modelo que, en el aspecto técnico, aglutine servicios y dispositivos heterogéneos, y, en el aspecto organizativo, proponga la coordinación de los principales participantes de los escenarios de prevención en el hogar y servicios de salud.

El proyecto destaca 8 puntos basados en el diseño de una plataforma que

- utilice estándares abiertos (a fin de hacer que el servicio provisto pueda ampliarse con facilidad), sea accesible, e independiente de los dispositivos específicos de los usuarios domésticos.
- permita el acceso multimodal, a través de diversos dispositivos. Dado que, por ejemplo, algunos pacientes de la tercera edad tienen dificultades para manejar su información de salud vía PC, porque en algunos casos tienen problemas de la vista.
- permita escenarios de servicio avanzados, que recojan información del monitoreo de salud, por ejemplo, presión arterial, o frecuencia cardiaca, de manera que no se requiera la intervención activa del paciente.
- acceda a los registros electrónicos del paciente, a fin de que los datos de monitoreo y la información de prescripción de medicamentos coincidan con el historial médico y el registro de sus medicamentos.
- sea personalizable, según las necesidades específicas. Esto significa que los pacientes tengan la opción de configurar la privacidad de su información, con el propósito de elegir quién y en qué momento puede acceder a ésta.
- sea exhaustiva, y útil para todo el personal involucrado en el cuidado médico (paciente, familiares, médicos, y otros), así como adaptable a las diversas condiciones de cuidado.
- que cubra las necesidades de movilidad, en particular de aquellos pacientes que padezcan enfermedades crónicas, por ejemplo, a través de dispositivos móviles.
- sea portable, es decir, que los servicios que se ejecutan en la plataforma sean portátiles tanto como se pueda, lo cual impone varios requisitos en la red doméstica.

El paciente se encuentra en el centro de este modelo, e instalado en su hogar, y, de acuerdo a sus necesidades de salud, se pueden emplear diversos dispositivos de monitoreo y sensores en su ambiente doméstico para recoger y analizar su información, la cual se debe enviar al sistema *Health@Home*.

Akan O. *et al.* proponen integrar la operación de la plataforma y su mantenimiento con la configuración de la red doméstica, con la intención de lograr un trabajo unitario, y una rentabilidad efectiva.

De igual manera, los autores señalan que el servicio podrá financiarse por el sistema de salud nacional, o por las compañías aseguradoras, según se considere en las políticas de cada país.

Por otro lado, se plantea que la plataforma pueda acceder al historial médico electrónico de los pacientes, almacenado en un servidor que esté bajo resguardo de las autoridades sanitarias nacionales.

Además, dada esta sincronización en tiempo real, la información monitoreada del paciente corresponderá, según sus creadores, con la de su historial, y esto estaría disponible también para el médico general o los médicos del hospital, quienes podrían actualizarla, en caso de ser necesario.

Otro aspecto considerado es que el cuidador, o la enfermera o un familiar, quienes tuvieran acceso a la plataforma para revisar la información monitoreada, podrían, por ejemplo, recibir una alerta, si el sensor indica que el paciente se encuentra en una condición crítica.

En este modelo, se agrega también la farmacia, que a través de una ePrescription podría ofrecer el servicio de entrega automática, en caso de que el paciente no pudiera salir de su domicilio.

El proyecto se propone rebasar las limitaciones de las plataformas de servicios existentes, las cuales se circunscriben a condiciones médicas especiales (diabetes, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y a dispositivos patentados, lo que implica que el acceso a los datos se haga por lo regular a través de protocolos y aplicaciones reservadas, e impide el manejo abierto de dichos datos en cualquier otro tipo de servicio.

Esta propuesta busca, por tanto, ofrecer una opción al cuidado de las enfermedades crónicas, al problema de la vejez de la población europea, y a los altos costos generados por esto, y a su vez, nos muestra las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y comunicación en los temas de salud.

7.

Se han utilizado eHealth como herramienta de mediación comunicativa. Phillips, AL y Cols., observaron una opinión negativa sobre la vacuna de influenza entre las minorías raciales y étnicas de Estados Unidos, que se atribuye a problemas de comunicación en la relación médico-paciente. Los investigadores diseñaron una intervención utilizando mensajes de texto para mejorar la comunicación médico-paciente entre dichas minorías, como una solución innovadora para aumentar las vacunas contra la influenza. Con dicha estrategia lograron resultados positivos, puesto que este sector de la población usa frecuentemente el teléfono móvil, que permitió buena aceptación de mensajes de texto para cambiar la percepción negativa de esta inmunización contra la influenza. [24].

8.

El Whatsapp es una aplicación ampliamente utilizada por los mexicanos, incluso se pretende usarla en la consulta médica, sin embargo, se ha criticado que esta herramienta puede afectar la comunicación médico-paciente. José Halabe-Cherem y Liz Hamui-Sutton, revisaron el papel de la herramienta digital *WhatsApp* en el marco de la consulta médica. Si bien es innegable que este medio comunicativo ofrece muchas ventajas a los usuarios, por ejemplo, compartir mensajes de texto, audio, y videos, sobre temas de interés cotidiano, en opinión de los autores, no puede usarse como medio de consulta del paciente, ya que no permite al médico reconocer de manera correcta los síntomas, lo cual puede dar lugar a errores en la prescripción.

Los investigadores mencionan que hay quienes buscan equiparar la consulta a través de este medio con la revisión médica a través del teléfono, en la que, pese a que tampoco hay posibilidad de exploración física ni contacto sensorial, existen menos objeciones para su práctica. Sin embargo, sostienen los autores, la examinación telefónica puede llevarse a cabo, dado que en ésta el intercambio

conversacional es más fluido y profundo. Los autores concluyen que, *WhatsApp* puede ser una herramienta peligrosa para la consulta médica, que limita la comunicación debido a su carácter práctico, enfocado a leer y responder mensajes en segundos, y excluye preguntas del interrogatorio médico que ayudan al razonamiento clínico. Por esta razón, añaden, muchos médicos responden al intento de consulta del paciente por este medio: “No doy consultas por *WhatsApp*”, o bien, “llámeme por teléfono, por favor” [25].

9.

El estudio de Zhang Qun *et al.* explora de manera general el uso de las TIC para el fomento de la actividad física en China. Los autores enlistan las características de aquellos programas informáticos desarrollados para su uso en varios tipos de dispositivos, y caracterizados por la facilidad de su manejo, su individualización, y su enfoque en la realización de trabajos de medición, puntuación, evaluación e intervención de la salud.

Para los autores, el propósito de las TIC aquí verificadas es incrementar la actividad física de toda la población, de ahí que ofrezcan un modo de interacción accesible, con las posibilidades de “retroalimentación, *coaching*, *ranking* y apoyos personalizados y hechos a la medida”. Asimismo, se pretende proporcionar una estructura de trabajo físico, por lo que se incorpora la posibilidad para el usuario de establecer objetivos personales, la fijación de un horario, y el apoyo de un sitio web que ayude a contextualizar sus actividades, y a compartir sus experiencias con otros usuarios.

Como se ha dicho, la revisión hecha en este documento incluye diversos tipos de dispositivos, por ejemplo, computadoras, aplicaciones en telefonía móvil, tecnologías portátiles (sistemas de monitoreo general: podómetros, acelerómetros, termómetros, sensores físicos, y otros), y dispositivos de realidad virtual.

Para los autores, el aporte de las TIC para la salud de la población China podrá ayudar al desarrollo social y a la prosperidad económica, por esta razón, consideran importante que se invierta en su mejoramiento, y que se incorporen a las políticas de salud [26].

10.

Un estudio realizado por Donal Flynn *et al.* evaluó las expectativas y experiencias de un nuevo servicio de *eHealth*, denominado *Access*, por parte de pacientes y personal médico y administrativo en tres ámbitos de atención primaria¹³, así como determinar las actitudes futuras hacia éste.

Para la realización del análisis, se obtuvieron entrevistas de 90 pacientes, y 28 elementos del personal (entre equipos de médicos, supervisores, y administrativos), a través de tres prácticas generales diferentes denominadas para el estudio North 1, con una población de pacientes compuesta por dos terceras partes de estudiantes, North 2, cuya mitad de su población de pacientes era gente de la tercera edad¹⁴, y Londres, con pacientes en su mayoría trabajadores.

¹³ En Londres, Inglaterra, entre el 2002 y el 2004. Hay que acotar, además, que los servicios de atención primaria en este país proporcionan asistencia de medicina general, farmacia comunitaria, odontología y optometría.

¹⁴ De los 90 pacientes entrevistados, el rango de edad era de 18 a 80 años, con 54 hombres y 36 mujeres. 75 clasificados a sí mismos como británicos y 15 como no británico; 34% de los entrevistados eran estudiantes, 33% trabajadores, el 17% personas de la tercera edad, el 11% sin hogar, y el 4% solicitantes de asilo. En North 1, la mayoría de los entrevistados eran estudiantes de entre 18 y 24 años. Mientras que, en el North 2, el 80% de los entrevistados eran ancianos (más de 60) y estaban retirados. En la práctica de Londres, la mayoría de los entrevistados estaban en el trabajo y en un rango de edad de 25-54 años.

En un principio, el servicio *Access* se diseñó como un sistema para hacer citas en línea que permitía a los usuarios reservar y cancelar. Cabe decir que la aplicación tenía también la posibilidad de ordenar recetas repetidas, enviar mensajes y actualizar la información personal en línea, pero estas funciones adicionales no estuvieron disponibles en el momento del estudio.

Luego de la revisión de la información obtenida, se obtuvieron los siguientes resultados:

- su uso real por parte del paciente fue inferior a la intención declarada;
- los pacientes y el personal consideraron que una promoción más activa de éste habría dado lugar a una mayor utilización;
- el bajo nivel de uso no dio lugar a una evaluación negativa de éste por parte de la mayoría de los funcionarios;
- se identificaron diferentes grupos de pacientes con características que pueden utilizarse como predictores del uso de los servicios de salud e indicadores de las necesidades de capacitación;
- el personal y los pacientes expresaron puntos de vista opuestos sobre una serie de futuros servicios de salud.

A partir de lo anterior, Donal Flynn *et al.* concluyeron que es necesario investigar aquellos factores que reduzcan la distancia entre intención y comportamiento, por ejemplo, el nivel de promoción del servicio ofrecido por *Access*, la aprobación por el médico general, y el uso por los diferentes grupos de pacientes. En lo que respecta a los médicos, los autores consideran que la base de evidencia en el ámbito *eHealth* debe fortalecerse; y para el personal administrativo sugieren instituir un proceso de aprendizaje que incluya su capacitación.

Asimismo, en otro nivel, aconsejan la formulación de políticas claras acerca de temas legales, a fin de brindar seguridad jurídica a todos los involucrados en el uso de servicios *eHealth*, según se deduce de la opinión de los participantes en el estudio [27].

11.

Linda Neuhauser *et al.* revisan en este documento la implementación de un proyecto comunicativo-informático que utiliza elementos de la inteligencia artificial (IA), con la idea que aplicarlos al tema de la salud, bajo el supuesto que la utilización de la IA al cuidado de la salud es importante porque

- ayuda a mejorar los resultados del tratamiento del paciente (al erigirse como un sistema personalizado)
- reduce los costos (al automatizar los procesos, y proporcionar asistencia de salud virtual).

El diseño del proyecto fue centrado en el usuario, con la finalidad de crear y personalizar un sistema digital de interlocución médica¹⁵, y auxiliar a pacientes con la enfermedad de Crohn, quienes necesitan recopilar y comunicar al médico toda la información posible obtenida de las observaciones de la vida diaria (ODLs), para mejorar la toma de decisiones de salud.

El sistema se elaboró, pues, para asistir en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, en las labores de comunicación de las ODLs, así como la generación automatizada de MSMs para recordar citas de consulta médica, toma de medicamentos, y otros, y en la elaboración de tendencias, y asociaciones, a partir de la información recibida. Cabe decir que el programa se probó en una muestra de treinta pacientes de enfermedad de Crohn de la *University of California, San Francisco IBD clinic*.

El proyecto se denominó *ChronologyMD*, y consistió en un sistema integrado con componentes de Inteligencia Artificial (IA), como aplicaciones *eHealth*, a través de procesos participativos proveedor-paciente, *Chronology app* y *Crohnograph*

¹⁵ A partir de la colaboración entre pacientes, médicos, diseñadores, y otros profesionales de distintas disciplinas

*AI app*¹⁶; también utilizó otros componentes (independientes a la Inteligencia artificial) que sirvieron para capturar las ODLs como toma de medicamentos, citas médicas, reporte de jornada, entre otros, y enviaban recordatorios de texto SMS. Y, para implementar el sistema, se generó una interconexión entre los diversos dispositivos, con la idea de apoyar al paciente en la elaboración de representaciones, asistidas de manera visual, de su estado físico, y de su respuesta al tratamiento.

Los elementos centrales a evaluar fueron las observaciones de la vida diaria (ODLs), la conciencia del estado de salud, la calidad de las citas clínicas, la colaboración proveedor-paciente, la medicación y cumplimiento de citas, otros cambios de conducta, el interés por la salud móvil, y la demografía del paciente. Algunas cuestiones, refieren los autores, fueron objeto de una revisión iterativa, cuando surgieron temas o perspectivas nuevas.

Con la Chronology app, los pacientes pudieron

- observarse a sí mismos (dolores, energía, medicación): ODLs;
- registrar datos clínicos (pruebas de sangre, y otros);
- enviar de modo automático información sobre el peso, mediante otro dispositivo IA, una báscula Withings™, y notificaciones sobre sueño y actividad física, a través de un monitor corporal Fitbit™.

Y con *Crohnograph AI app* permitió

- comunicar tendencias temporales para ODL observados y otros datos,
- explorar asociaciones posibles entre éstos, y

¹⁶ Y buscó que fueran compatibles con iPads™ y otros dispositivos móviles de IA.

- mostrar las visualizaciones de datos a su proveedor (quien pudo documentar en notas clínicas información de la visualización y de las conversaciones).

Como puede verse en la siguiente Figura, el sistema ChronologyMD agrupó: a) elementos de IA, tales como iPad™, dispositivos de monitorización de salud FitBit™ y Withings™, estos últimos conectados a su propio servidor, y pantallas de visualización de datos; y b) dispositivos que usan algoritmos no-AI como aquellos que capturan ODLs (toma de medicamentos, citas médicas, reporte de jornada, y otros) y envían recordatorios de texto SMS.

Todos los datos se reunieron en el servidor de la *University of California, Berkeley*, y, para su consulta, se ocupó una entrada de uso intensivo para diseñar las interfaces de IA del usuario, de modo que los pacientes pudieran personalizar y realizar un seguimiento del ingreso y la visualización de los datos, incluso desde sus propios dispositivos biométricos. De igual manera, la información pudo ser consultada por el médico de la clínica UCSF en un dispositivo, a través de la página web o de la aplicación diseñada.

Por último, los reportes de Continuidad del Registro del Cuidado (CCR, por sus siglas en inglés) se integraron en un documento XML, y se resguardaron en un servidor alternativo.

Figura 1. Sistema ChronologyMD

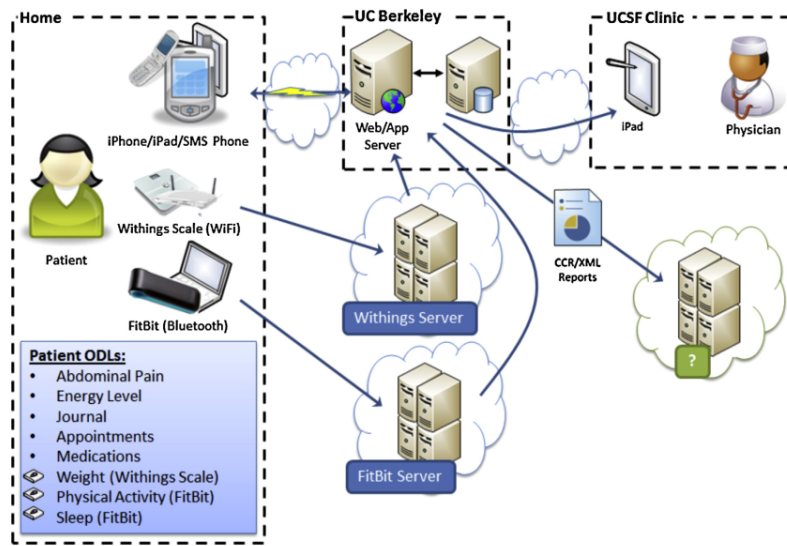


Fig. 1. ChronologyMD architecture.

Para Linda Neuhauser *et al.* el desarrollo de la comunicación médica tiene un estilo unilateral, en el que los mensajes no se mezclan con los intereses del paciente, sobre todo, por la diferencia cultural y social (ponen como ejemplo la sentencia “haz ejercicio diario”), de igual manera los sistemas o programas *eHealth* que se usan ampliamente en la actualidad, tampoco logran la personalización, debido a que todavía se pasa por alto sutilezas como “la relevancia cultural y la resonancia psicológica”. Por tal motivo, los autores proponen un sistema de comunicación orientado por el “diseño participativo” o “diseño centrado en el usuario” como el *ChronologyMD*, a fin de mejorar su personalización.

Así, la sugerencia ofrecida por Linda Neuhauser *et al.* retoma el enfoque de las TIC, y agrega enfáticamente el tema del diseño participativo, el cual tiene su origen en la arquitectura, la ingeniería, y las ciencias de la computación. Con este proyecto, se busca aprovechar la propiedad de la IA que intenta imitar o mejorar el pensamiento y la conducta humanas, a fin de personalizar el tratamiento del paciente, puesto que los programas desarrollados por la IA extraen datos de éste,

o de otras fuentes de datos disponibles, y de este modo forman una hipótesis, que luego pueden presentar con un esquema de puntuación de confianza.

Después de explicar su proyecto de aplicación ChronologyMD, los autores concluyen que la comunicación *eHealth* tiene un potencial grande para mejorar la interlocución médica, sobre todo cuando sus características son personalizadas, y muy interactivas; y, de igual manera, señalan que, a través de las ciencias del diseño, los proyectos basados en las TIC pueden desarrollar programas multidisciplinarios, con objeto de compensar las actuales carencias de las *eHealth* [28].

Como ha podido observarse, la integración de las TIC en la atención médica se extiende desde los servicios de consulta de información hasta el monitoreo del estado del cuerpo y el suministro de medicamentos. Una parte fundamental que se destaca es el interés por dar soporte al cambio o control de la conducta de los pacientes mediante la información, aplicaciones inteligentes y los extensión de las formas de consulta. Esta revisión de literatura permite también observar la evolución y la extendida presencia de artefactos tecnológicos, algunos de ellos diseñados de manera específica para los fines de la *eHealth* y *mHealth* y otros más forman parte de dispositivos comerciales cuyo poder de conectividad y cómputo hacen posible su integración a otros sistemas más complejos de acopio y procesamiento de información.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado en los estudios descritos, dado que aún no concluye el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, es difícil determinar el alcance de su impacto en la praxis médica cotidiana.

Sin embargo, se vislumbra que el reto de utilizar las TIC en la consulta, será el tiempo de interacción del médico con sus pacientes, pues se ha reportado que en las consultas donde el médico utiliza medios digitales, disminuye el tiempo de interacción [29]. Una reflexión que hacen los investigadores con relación a este tema es que, no se puede detener la aceptación que tiene la sociedad por las eHealth, por tal motivo, debe incluirse la participación conjunta entre usuarios, médicos, científicos y políticos para asegurar que su desarrollo sea efectivo; otro aspecto a considerar es cómo afectará en la comunicación médico-paciente, así como la interacción con la población; por esta razón, las eHealth deberán diseñarse para optimizar la educación y la comunicación efectiva en el nuevo entorno; y, también, concentrarse en entornos de alta compatibilidad para maximizar la comunicación e interacción; así como garantizar que el uso de estos sistemas sea seguro, confidencial, y ético.

El modelo de atención médica tradicional, realizado cara a cara con el paciente está cambiando, la nueva tendencia será complementarse con las eHealth para brindar servicio los 365 días del año, 24 horas del día, enfocándose en brindar el mayor bienestar a la población; en un principio, se debe considerar que no todas las personas cuentan con el mismo adiestramiento en el manejo de las herramientas digitales, por tal motivo, se deberá enfocar en aquellas personas que más lo necesitan, y tomar en cuenta que la consulta tiene como reto crear relaciones interpersonales, intercambiar información y decidir con el paciente la mejor opción de tratamiento [30]. Para lograr estos retos, será necesario que el desarrollo de las eHealth sea desde múltiples disciplinas y asegurar que su implementación, se haga a partir de la evidencia y no de la rentabilidad.

En suma, existe un rápido desarrollo de las TIC y tecnologías enfocadas en la salud, se ha descrito que pueden influir en la relación médico-paciente; sin embargo, no se han utilizado para describir cómo es la comunicación misma, tampoco para saber si son de ayuda para que el paciente logre comprender su enfermedad, si contribuyen a sensibilizar o no al paciente de la relevancia del tratamiento, esclarecer las instrucciones y las implicaciones del incumplimiento, o saber cómo, por qué, cuándo, cuánto y el tiempo que debe seguir las recomendaciones prescritas, problema que, en un contexto donde la comunicación médico-paciente es deficiente, ya sea por falta de habilidades comunicativas, estrategias o herramientas de mediación empleadas, podría mantener una estrecha relación con el bajo cumplimiento terapéutico.

La presente investigación se enfocó en estudiar una parte fundamental del proceso comunicativo entre el médico y su paciente, esto es, durante la consulta médica se estudió el momento de la prescripción del tratamiento.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características tiene el proceso comunicativo entre el médico y su paciente en la consulta médica para realizar la prescripción del tratamiento médico?

MARCO TEÓRICO

1.2.1 Resumen

Desde la prehistoria el hombre ha sido un ser comunicativo, dicha cualidad le permitió adaptarse al medio, y cubrir la necesidad de vivir en comunidades. Utilizó distintas maneras de comunicación con sus pares para favorecer el crecimiento y desarrollo grupal. Así, la evolución del hombre ha sucedido en sociedad, donde la comunicación, la educación y el aprendizaje, han sido los elementos que han constituido el componente principal para el intercambio de información y conocimientos entre individuos [5].

1.2.2 La comunicación

La comunicación se ha definido como “el acto de relación entre dos o más personas, mediante el cual se evoca en común un significado” [31] (p.11). El signo es, con base en Saussure, la combinación del concepto y la imagen acústica, es decir, el signo es una combinación entre significado y significante, donde el significado es la representación mental cuando se capta el significante (palabra, un gesto, un sabor, un olor, etc.) que evoca un concepto. Para poder comunicarnos se evoca una experiencia similar y se requieren significantes comunes. Cuando se comparte el mismo lenguaje se tiene el mismo tipo de codificación de la realidad, que aun cuando tenga distintos matices, será más fácil evocar algo en común [31].

La comunicación humana se ha estudiado desde un conjunto de disciplinas que se identifican como Ciencias de la Comunicación, que, como tal, es una disciplina joven que se remite a los principios del siglo pasado e incorpora elementos teóricos de otras áreas, por lo que no ofrece un acercamiento uniforme a su objeto de estudio, sino que depende siempre del punto de vista asumido. Con base en la obra de William F. Eadie y Robin Goret el estudio de la comunicación moderna se agrupa en cinco categorías: La comunicación como moldeador de la

opinión pública, como uso del lenguaje, como transmisión de información, como desarrolladora de relaciones, y como agente definidor, interpretador y crítico de la cultura [32].

1.2.3 Perspectivas en el estudio de la comunicación, antecedentes de los estudios de comunicación en el campo de educación para la salud.

1. Comunicación como moldeador de la opinión pública.

Las teorías de la comunicación moderna se desarrollaron a partir dos supuestos, en la primera con la aparición de medios masivos de comunicación como cine, radio, y medios impresos, y en la segunda con la búsqueda de control social, debido a la disputa entre los bandos de las dos guerras mundiales, con la intención de influir en los votantes.

Los trabajos de Robert Park en la Universidad de Chicago, sobre el papel de la tecnología de la comunicación, entonces incipiente en la sociedad, fueron pioneros en este campo, y dieron lugar después al planteamiento desde varios enfoques, acerca de cómo los fenómenos comunicativos forman y mantienen una sociedad [33]. De igual manera, las investigaciones de Walter Lippman, quien en el ámbito periodístico se interesó por investigar el fenómeno de la opinión pública pueden considerarse precursoras en el área [34].

La guerra de propaganda para influir en la opinión pública entre los bandos enfrentados hace que se impulsen las investigaciones sobre la comunicación, con el fin de hacer eficiente el manejo de la opinión pública. En la Primera Guerra Mundial se impulsa el interés por el papel de la propaganda en la formación de la opinión pública. Lasswell desde el área de ciencias políticas, se interesa por analizar el papel de los medios para influir en la opinión pública, a través de mensajes sesgados o incompletos, y más tarde, importó los conceptos de la

retórica antigua a fin de dar base a su planteamiento sobre las partes de la comunicación, el cual aún se mantiene vigente entre varios estudiosos de la disciplina. En los años previos a la Segunda Guerra Mundial, se impulsa la investigación en los medios de comunicación, así como en la situación cara-a-cara con el fin de contrarrestar el surgimiento de fascismo. De todo esto, surgirá la psicología social como disciplina, y más adelante el estudio cuantitativo de la conducta de comunicación [35].

Lazarsfeld y la Office of Radio Research hacen de los anuncios políticos durante la campaña de 1940 en Erie County, Ohio, su tema de investigación, y son los primeros en proponer que los mensajes de los medios masivos de comunicación tienen efecto en la conducta del votante con la idea conductista de estímulo-respuesta, idea que se verá rebasada en planteamientos posteriores [36].

II. Comunicación como uso del lenguaje

Al describir un panorama general de los inicios de la disciplina de la comunicación, es importante mencionar los estudios sobre el lenguaje, los cuales se desarrollaron a principios del siglo XX, y luego se ramificaron hacia los temas de comunicación. Esta corriente otorgó precisión al estudio de la comunicación, y generó diversos acercamientos que ayudaron a complejizar su planteamiento. Ferdinand de Saussure, propuso la teoría estructuralista del análisis del lenguaje, conocida como semiología, la cual con el paso del tiempo rindió muchos frutos en diversas disciplinas [31]. De igual manera, Charles Sanders Peirce desarrolló diversos estudios que luego rindieron frutos, sobre todo, en el ámbito de la pragmática [37].

Saussure señaló que el lenguaje era un sistema constituido de signos lingüísticos, los cuales conjuntaban un concepto y una imagen sonora. Barthes, en su obra *Mitologías*, retomó la propuesta de Saussure y la extendió al estudio de la comunicación no verbal, además rescató el trasfondo histórico del lenguaje,

el cual acompaña ya siempre a los signos. Barthes señala que los signos lingüísticos son ambiguos, y esta característica da riqueza lleva al mito, el cual dice sin decir y que la conducta lingüística es una estructura de la experiencia. Este proceso ayuda a la reproducción de los valores, y en muchos casos sirve al control social [38].

Por el lado de Pierce, quien desarrolló el pragmatismo lingüístico, el cual consiste en el análisis de los actos de habla, es decir, de la dimensión operante del lenguaje en la realidad, sus investigaciones fueron retomadas por pensadores como Mead y Dewey [39], [40]. Mead desarrolló la investigación acerca de cómo los individuos interactúan en sociedad a través del uso de símbolos y signos, sus trabajos fueron denominados interaccionismo simbólico, y dieron lugar a distintas investigaciones. Autores como Hart y Burks en un trabajo conjunto, agregaron el concepto de sensibilidad retórica, con lo cual se dio énfasis al rol tomado así como a la adaptación [41]. Todas estas investigaciones fueron retomadas por los estudiosos de la comunicación, los trabajos de Berger y Luckmann, sostuvieron que la comunicación depende del significado intersubjetivo que opera al nivel de los grupos sociales, pero es sujeta a renegociación con las relaciones individuales y de grupo [42].

Burke, abordó el estudio de la comunicación a partir de los conceptos de Saussure, así como de la revisión de los aspectos retóricos del lenguaje, pero su aportación principal consistió en abordar los aspectos no verbales de la comunicación. De esta manera, Burke destacó que el lenguaje se acompaña de actitudes y emociones, con los cuales se amplía el contexto comunicativo [43].

El estudio de la comunicación, se enfocó más en la pragmática del uso del lenguaje, así como de sus efectos, mientras que los lingüistas se ocuparon más de la estructura y función del lenguaje.

III. Comunicación como transmisión de información.

El desarrollo de otras disciplinas y sus teorías han influenciado las perspectivas de análisis de la comunicación. El desarrollo de modelos de comunicación, algunos de ellos con mayor o menor grado con aspiraciones de la modelación lógica o matemática, han implicado la discusión de otros conceptos centrales en las nuevas formas de representación lógica y matemática. Más que discutir estos aspectos interesa más las dimensiones metafóricas que permiten plantear nuevas preguntas, una de ellas es el debate entre las teorías del orden, contra las teorías del caos, que reflejan de otra manera los problemas de predictibilidad y explicación que pretenden los sistemas teóricos en las disciplinas.

En la psicología, sobre todo en la corriente cognitiva, también se ha retomado la necesidad de comprender el flujo de información y su procesamiento en función de sistemas energéticos, y en ese sentido, preguntarse si estos sistemas producen orden o caos en el conjunto de los sistemas [44].

¿Cómo influye la información para aumentar o disminuir la entropía? La incertidumbre siempre está presente en un sistema, y es un elemento que es parte de los procesos de autorregulación del sistema a través de la retroalimentación negativa [45].

La noción de que la información se trasmite y se recibe, supone un proceso que implica al azar. La idea es optimizar el medio para reducir el ruido o incertidumbre que acompaña la transmisión del mensaje. El surgimiento de esta propuesta comunicativa se debe por un lado a Claude Shannon y Warren Weaver, quienes en la obra *The Mathematical Theory of Communication* desarrollaron una teoría que pretendía la reducción del ruido [45], y por el otro a Norbert Wiener en *Cybernetics* [46], quien enfocó su investigación al problema de transmisión del mensaje entre hombres y máquinas, de donde sus investigaciones lo llevaron al desarrollo de computadoras y la optimización de sistemas telefónicos. Estos trabajos se originaron en el desarrollo de programas de investigación en tiempos

posteriores a la segunda guerra mundial. Así, el proyecto Carl Hovland de cambio de actitud, por ejemplo, en los programas *Yale Communication y Attitude Change Program en the 1950s* buscó explicar cómo algunas personas influían a otras a través de sus mensajes y provocaban un cambio en sus actitudes [47].

De igual manera, Willbur Schramm, cuya trayectoria se remite al programa de investigación de propaganda del gobierno de USA, realizó investigación en el campo de los medios masivos de comunicación. Un resultado importante fue el trabajo de David Berlo, quien en *The Process of Communication* siguió el modelo de flujo de información lineal, con el añadido de que la comunicación era dinámica y cíclica, y que los esfuerzos para medir los efectos simples fallan [48]. Con base en éste modelo se derivó the *Social Learning Theory*, y la *Social Cognitive Theory*, los cuales propusieron los modelos y usos de las gratificaciones de los media, sin embargo, a dicho modelo se le objetó que las audiencias no eran tan pasivas como se creía. Berger retomó la propuesta inicial, pero decidió emplearla en la comunicación entre individuos, su propósito era reducir la incertidumbre de la relación. Para esto, tomó en cuenta variables como cantidad de comunicación verbal, expresividad afiliativa no verbal, conducta de búsqueda de información, contenido íntimo de los mensajes, reciprocidad de la información compartida, similitud percibida y compartida entre los comunicadores, y grado de red de comunicación compartida y percibida. Karl Weick, en el ámbito de la psicología organizacional, se basó también en el principio de incertidumbre tratado en este apartado, Weick propuso que una organización es un proceso que reduce su incertidumbre a través de la negociación de las metas y rutinas de la organización [49].

IV. *Comunicación como desarrolladora de relaciones.*

En la formulación de este enfoque, influyeron disciplinas como la antropología, la psicología clínica y la psicología social, así como el trabajo social, los estudios de familia, y el análisis de sistemas. Debido a influencia de múltiples disciplinas, no siempre hubo unanimidad para definir la naturaleza del fenómeno estudiado [50]. Sin embargo, se reconocen cinco proposiciones de investigación:

1. Es imposible no comunicar
2. Cada comunicación tiene un contenido y aspecto de la relación, de modo que este último clasifica al primero y es, por lo tanto, una meta-comunicación.
3. La naturaleza de una relación que depende de la puntuación de los procedimientos de comunicación de los compañeros.
4. La comunicación humana abarca modalidades digitales y humanas.
5. Los procedimientos de la comunicación interhumana son simétricos o complementarios, esto depende de si la relación de los socios se basa en diferencias o paridades.

Para este enfoque, la comunicación relacional no se limita a la comunicación interpersonal, cara a cara. Sino que admite otros tipos más amplios de relación [50].

V. *Comunicación como agente definidor, interpretador, y crítico de la cultura.*

Este acercamiento está influido sobre todo por los trabajos del Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt, en su primera etapa, y del British Cultural Studies. En los primeros, los autores más importantes son Herbert Marcuse, Theodor Adorno, Max Horkheimer, y Walter Benjamin. Su punto de partida es el análisis crítico de la sociedad industrial, ante el pesimismo provocado por el

llamado socialismo real aún vigente en la década de los 60's del siglo pasado, y el avance del capitalismo ante la complacencia de los ciudadanos. Para hacer esta revisión de la sociedad de su tiempo, se basaron sobre todo en Freud y Marx, y se ocuparon de revisar las distintas áreas de la vida social.

De la Escuela de Frankfurt, pero en la generación posterior, aparece Jürgen Habermas, quien mantiene su visión crítica de la sociedad industrial, pero se ocupa de actualizar los temas de debate, de manera que establece un diálogo con los autores ocupados en el análisis del lenguaje, su planteamiento lo lleva a la pragmática, la teoría de los actos de habla, y los trabajos de los interaccionistas, entre otros. Habermas (Teoría de la acción comunicativa) reformula la teoría de actos de habla como base de su teoría de la acción comunicativa, su propósito es definir las condiciones para abrir la comunicación intercultural, y explicitar las relaciones entre los hablantes [51].

La British Cultural Studies, por su parte, desarrolla su propuesta comunicativa a partir de la redefinición de la comunicación, en este sentido, Hall la considera como un ciclo de actividad, es decir, como una estructura producida y sustentada a través de la articulación de momentos enlazados, pero distinguidos: reducción, circulación, distribución/consumo, y reproducción. Esta propuesta de teoría comunicativa se funda en las ideas de Marx, y en la teoría semiótica de Humberto Eco. Para Hall, la codificación de un evento de comunicación es sólo una parte de la comunicación misma, y carece de significado esencial sin una audiencia (o receptor) que descifre su significado, de lo cual, al descodificar el mensaje, la audiencia construye el significado. De donde, se reconoce que hay lecturas (o decodificaciones) que son más influyentes que otras, lo cual, no obstante, no clausura la posibilidad de afirmar las decodificaciones contrarias, o más aun, en el terreno político, puede establecerse una lucha de decodificaciones rivales con el fin de establecer el dominio de una [52].

1.2.4 Comunicación en el ámbito de la salud

La comunicación en salud se desarrolló como un sub-campo de las ciencias de la comunicación. Este origen supone la creación de una disciplina compuesta por diversas áreas de interés, como las ciencias sociales, las ciencias de la salud, y sus respectivos campos profesionales, entre las más importantes (ver Tabla).

Tabla 3. Áreas de aplicación de la comunicación

MATERIAS QUE COMPONEN LA COMUNICACIÓN EN LA SALUD		
CIENCIAS SOCIALES	CIENCIAS DE LA SALUD	CAMPOS PROFESIONALES DE LA SALUD
Estudios de lenguaje	Salud pública	Medicina
Estudios de conducta	Educación de la salud	Enfermería
Comunicación interpersonal	Psicología de la salud	Trabajo social
Comunicación grupal/organizacional	Sociología médica	Psicología clínica
Persuasión	Antropología médica	
Estudio de medios	Economía de la salud	
Comunicación intercultural	Epidemiología	
Nuevas teorías de comunicación	de Informática médica	

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la comunicación en salud es el estudio y el uso de estrategias de comunicativas para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. La comunicación en salud es un área de estudios interdisciplinaria que examina las distintas maneras en que la comunicación influye en la salud, en la atención de ésta, y en su promoción [53].

Según la Health Communication [54], la comunicación en salud consta de cinco áreas básicas de investigación:

1. La praxis de atención de la salud (la relación médico y paciente)
2. La promoción de la salud (que involucra campañas masivas a través de medios, y que pretende llegar a la población en general)
3. La comunicación de riesgos de la salud (que trata de mensajes sobre prevención en salud)
4. Las nuevas tecnologías de información y comunicación
5. El sistema de atención a la salud.

Dado que surge de la ciencia de la comunicación y que es interdisciplinaria, la comunicación en salud se formula con la combinación de teorías, conceptos y métodos de la ciencia de la comunicación, pero además incorpora las teorías, métodos y conceptos de diversas disciplinas del área de la salud [55]. El siguiente cuadro muestra la descripción de las áreas de aplicación:

Como se mencionó, la comunicación en salud, surge como una rama de la ciencia de la comunicación, gran parte de su planteamiento se debe a la sociología. El sistema de atención en salud había sido objeto de estudio por parte de psicólogos y sociólogos, y a través de dicho interés, los estudiosos de estas disciplinas llegaron al estudio de las variables de la comunicación en salud. Para la psicología, en los años 50's y 60's del siglo pasado, el tema de la comunicación

terapéutica adquirió importancia en la corriente denominada “psicología humanística” como una de las causas de la salud psicológica. Las investigaciones de Carl Rogers, Jurgen Ruesch, y Gregory Bateson tuvieron una aportación importante [55]. De igual manera, el trabajo de Paul Watzlawick, Janet Beavin, y Don Jackson, en su trabajo *The Pragmatics of Human*, abordó temas de comunicación interpersonal y de comunicación en salud, se examinaron los modos de comunicación que influyen en las relaciones interpersonales, desde un punto de vista de terapia familiar interactiva; asimismo, se manejó la hipótesis de que la calidad de la comunicación relacional puede afectar los resultados terapéuticos [50]. Éste trabajo tuvo fuerte influencia en los estudios posteriores, y en conjunto con otros, de la corriente de la psicología, influyeron para el desarrollo del área de la comunicación en la salud en temas como la relación proveedor-consumidor, comunicación terapéutica, y provisión de soporte social [55].

El tema de la persuasión en psicología también influyó en la creación del campo de estudio de la comunicación en salud, al ser útil para abordar los temas de la Promoción de la Salud. Asimismo, la literatura de innovación, los estudios sociológicos sobre la influencia de los *mass media*, los trabajos emergentes sobre marketing social, y otros, acercaron al tema del papel de la comunicación en la promoción de la salud y el desarrollo de campañas de comunicación en medios para promover la salud poblacional [55].

Por su parte, los médicos sociólogos contribuyeron al estudio de la relación médico-paciente, y de la estructura social del sistema de atención a la salud. Uno de ellos, Irving Kenneth Zola, en su obra *Missing Pieces: A Chronicle of Living With a Disability*, quien estudió los modos cómo la cultura influye en la manera como el paciente declara sus síntomas al médico, con lo que buscaba hacer entender a los practicantes los trasfondos y orientaciones de la praxis de la atención de la salud [56]. En el mismo sentido, Arthur Kleinman escribió, en su obra *Patient and Healers in the Context of Culture*, una investigación que señalaba los entrelazamientos entre la antropología, la medicina y la psiquiatría,

y tomaba en cuenta las influencias culturales en las interacciones médico-paciente [57].

Desde el campo de la medicina, hubo también trabajos dirigidos a la comunicación en salud, al respecto, en el artículo de Bárbara Koresch y Vida Negrete “Doctor-Patient Communication”, publicado en 1972, tuvo fuerte influencia entre los investigadores del área [58].

En 1980 comenzó a publicarse diversa literatura vinculada a este tópico con más frecuencia, lo que dio lugar a un interés creciente por la investigación del tema [8] [12][13]. Con esto surgió también la necesidad de legitimar en la academia el estudio del papel de la comunicación en la salud, de donde surgieron organizaciones profesionales que respaldaron este tipo de investigaciones, integradas por equipos diversos de profesionales de distintas áreas [55].

Entre los grupos más importantes, se pueden mencionar la *Therapeutic Communication de la International Communication Association* (ICA), la *Health Communication Division*, creada en 1985 por la *Speech Communication Association* (SCA), hoy llamada *National Communication Association* (NCA), y la *Coalition for Health Communication* (CHA) (2004), creada por miembros de la ICA, la NCA, la *American Public Health Association* (APHA), y la *Association for Education in Journalism and Mass Communication* (AEJMC), entre otros.

En la actualidad, el estudio formal de la comunicación en salud se ha incorporado en varias universidades estadounidenses, por ejemplo, en la *Northwestern University*, la *University of South Florida*, la *University of Maryland*, la *University of Kentucky*, la *University of Texas at Austin*, la *Michigan State University*, la *University of Minnesota*, la *University of Nevada*, y la *University of California, Davis* tienen en sus departamentos de comunicaciones programas de Magister orientados a la comunicación en salud. En la *University of California* se ofrecen cursos de comunicación y salud, teorías de persuasión, diseño de mensajes, comunicación grupal, negociación, teorías de comunicación masiva, promoción de la salud; diseño, ejecución y evaluación de campañas de comunicación;

análisis y evaluación de audiencias; comunicación masiva, cambio social; aspectos culturales de la promoción de la salud, y otros [59].

Tradiciones teóricas más importantes sobre el estudio de la comunicación en salud

Las teorías de comunicación provienen de distintas tradiciones de pensamiento, las cuales, además de haber mostrado su solidez a través del tiempo, han ayudado a su desarrollo conceptual, como se describe enseguida [60], [61]:

La tradición retórica

La retórica es útil en la discusión sobre políticas de salud, se ocupa de la identificación y formulación de enunciados plausibles o silogismos no científicos, lo cual también está en consonancia con la naturaleza de la comunicación en salud, y delimita sus alcances [62].

En retórica, el valor persuasivo de un mensaje se adopta según sus distintos propósitos comunicativos. El modo del mensaje se formula a partir del conocimiento de la materia tratada, así como de los lugares comunes [63]. Esto significa que la singularidad de un mensaje en el área de salud debe ser consecuencia de enunciados lógicos específicos, antes que del estilo acostumbrado de éste. De donde, dicho estilo no es una instancia reguladora o accesoria, sino una clase particular de enunciado persuasivo que nutre los silogismos retóricos en salud.

Para entender lo anterior, hay que considerar que las especies comunicativas implican un contexto epistemológico perteneciente a la ciencia analítica, y que los enunciados persuasivos se obtienen primero de las especies propias de cada

materia, y después de los lugares comunes [64]. De ahí que la mayoría de los silogismos provienen antes de las especies que, de dichos lugares comunes, lo cual supone la formulación de una retórica particularizada, aplicada, en nuestro caso, a la comunicación en salud, que se distingue de la retórica general.

Por otro lado, las premisas que sirven de término medio entre los entimemas deben tener pertinencia respecto del tema tratado. Esto implica que tanto en el sujeto como en el predicado de un enunciado se deben buscar los atributos correspondientes y las materias a las que hay que aplicar esos atributos y, luego de esto, proceder a realizar los mensajes [64].

De lo anterior, resulta que el contenido de todo mensaje debe entenderse como probabilidad o como signo. En este sentido, el estudio de Kline centrado en las implicaciones que las elecciones retóricas tienen para el ámbito de la sensibilidad cultural, a partir de la elaboración de materiales educativos para el cáncer de mama, dirigidos a audiencias afro-americanas por organizaciones nacionales. Al tomar como referencia el modelo PEN-3¹⁷ de sensibilidad cultural, la autora subraya la necesidad de atender la matización cultural de significados, argumentos, evidencias y ambigüedades en los mensajes[65], [66].

Así, hay que interpretar el dominio persuasivo como el conjunto de probabilidades o signos que tienen por fundamento la concepción analítica de la probabilidad [62]. Dicho fundamento adopta una forma tópica que determina, además, las regiones ontológicas en que se verifican los modos de la probabilidad real: la cantidad, lo posible, lo imposible, y los hechos.

¹⁷ El PEN-3 es un modelo para la Promoción de la Salud desarrollado por Collins O. Airhihenbuwa, para situar la cultura en el centro de los determinantes del comportamiento, la promoción de la salud y las intervenciones de prevención de enfermedades. El uso de este modelo proporciona las pautas para identificar y organizar los componentes culturales de una comunidad, lo cual garantiza que la intervención sea culturalmente específica.

La formulación de la retórica es una sistematización analítica, pues este fundamento lógico-ontológico lleva su campo de aplicación a todas las probabilidades o signos, incluida la comunicación en salud.

En esto, se trata de disponer de un instrumento de control que determine los límites de la persuasión respecto de la probabilidad objetiva de las proposiciones retóricas. Así, todo enunciado persuasivo debe pertenecer al sistema estructurado de los lugares lógicos y, también, verificarse según las regiones ontológicas, pues las probabilidades o signos recibieron objetividad de éstas.

Tradición semiótica

Esta tradición concibe la comunicación como un evento lingüístico intersubjetivo en el que se transmite información a través de signos y sistemas de signos. Asimismo, enfatiza que dichos signos y sus significados carecen de valores intrínsecos e individuales, y que generan sus contenidos a partir de las relaciones multívocas dadas entre sí [60].

Con estas premisas, la semiótica ayuda a señalar algunos problemas de la comunicación en salud. Por ejemplo, al analizar los supuestos de los posters de la campaña World AIDS, Johnny y Mitchell concluyeron que, si bien algunas de las imágenes usadas volvían a definir la infección VIH/SIDA, otros aspectos de dichos posters podrían reforzar los estigmas y la discriminación [67].

Además, la semiótica también ha sido útil para criticar algunas proposiciones de sentido común (y en apariencia evidentes por sí mismas), por ejemplo, hay alguna que señala que la comprensión sólo requiere de un lenguaje compartido, pues ésta se da de modo espontáneo entre los hablantes; para la teoría semiótica, dicha afirmación obstruye la circularidad de la comunicación, lo cual impide lograr el propósito de la generación de los mensajes [60].

De igual manera, en esta tradición se critican otros lugares comunes meta discursivos, es el caso de la afirmación de que las palabras tienen significados correctos, y que representan pensamientos, así como de la neutralidad de los códigos y los medios. Austin S. Babrow y Marifran Mattson, señalan la condena de las autoridades médicas de los sitios web que, además de compartir información exacta, ofrecen también el visto bueno de algunas clínicas en el auto-diagnóstico, el auto-tratamiento, y el estudio auto-dirigido del padecimiento de los pacientes. Pues, a pesar de que estos sitios autorizados exhorten a los visitantes a consultar a un médico, tales apuntes preventivos no pueden evitar la inclinación del internauta a diagnosticar su estado de salud, y medicarse. De esta manera los medios y códigos, juegan un papel importante en la comunicación [61].

Tradición fenomenológica

Este enfoque comunicativo está a medio camino entre la crítica al dualismo mente-cuerpo y la crítica a la tradición retórica. Acerca de lo primero, Zook ha señalado que tanto los paradigmas biomédicos como los biopsicosociales se basan en concepciones dualistas del cuerpo y la mente, lo cual impide una comprensión correcta de la enfermedad y la comunicación [68].

De manera general, puede entenderse por cuerpo el objeto físico capaz de procesos fisiológicos. Y por mente, aquellos procesos psíquicos que pueden ser sensaciones, sentimientos, deseos, actos de voluntad, pensamientos, y otros. El dualismo consiste, en sostener que cuerpo y mente son dos sustancias por completo distintas [69]. Desde el paradigma biomédico, la enfermedad se reduce a una patología biológica, y para el paradigma biopsicosocial, hay correlación entre las causas psicológicas y sociales [61].

La tradición fenomenológica, deja en suspenso la solución al problema del dualismo, y se concentra en el modo de ser de la vida de la consciencia, con esto, la formulación de la salud se hace más integral.

En cuanto a la crítica a la retórica, algunas ramas de la tradición fenomenológica se ocuparon del análisis de la comunicación, a partir de los actos de habla ocurridos en ésta, y ofrecieron una clasificación general de éstos, como se muestra enseguida:

- imperativos, en los que el hablante se refiere a un estado que desea ver realizado en el mundo objetivo
- constitutivos, a partir de los cuales el hablante hace mención de algo en el mundo objetivo, a fin de reflejar un estado de cosas
- regulativos, el hablante se refiere a algo en un mundo social común
- expresivos, el hablante se refiere a algo perteneciente a su mundo subjetivo.

La comunicación retórica privilegia un tipo de actos de habla, en particular, aquellos orientados al éxito, en contraposición a los orientados al entendimiento, con lo que se tiende a generar una distorsión sistemática de la comunicación, y crea barreras entre el médico y el paciente [51].

Tradición cibernética

La cibernética es la disciplina que estudia los sistemas de control, y, en particular, de autocontrol, no sólo en los organismos sino también en las máquinas. Sus materias principales de estudio son:

- sistemas auto-regulativos, orgánicos y mecánicos
- la transmisión de mensajes, en la medida en que sirven para llevar a cabo el control y el autocontrol
- la información, entendida como transmisión de señales en un sistema
- las diversas formas de la llamada “conducta con propósito”
- los paralelismos entre varios sistemas

Para lograr sus propósitos, la cibernética retoma propuestas de diversas disciplinas, por ejemplo, estudios lógicos, matemáticos, físicos, neurofisiológicos, y otros; así como los conceptos de entropía, estructura, lenguaje, aprendizaje, etc.

En esta tradición, la comunicación se define como el procesamiento de la información mediante el cual los sistemas consiguen la autorregulación [70].

Los problemas de comunicación se entienden como rupturas en el flujo de ésta, producto del ruido, la sobrecarga informativa, y el desajuste entre función y estructura. Los modos de resolver dichos problemas se dan a través de la incorporación de tecnologías de procesamiento de información, métodos vinculados de diseño y análisis de sistemas, gestión, e intervención terapéutica [60].

El empleo de esta tradición en los temas de la comunicación en salud ha permitido generar planteamientos de los problemas del área. Se han formulado teorías de sistemas familiares, en las que, entre otros temas, se aborda la tensión entre individualidad y comunidad [71]-[73]. Donde, si bien es cierto que la interdependencia familiar crea una experiencia común entre los miembros de un grupo, los individuos son en sí mismos sistemas abiertos, y además elementos dentro de otros sistemas. La participación multi-sistémica de los individuos da lugar a experiencias y significados particulares de la misma enfermedad que molesta a toda la familia [61].

De igual manera, un grupo multidisciplinario de expertos en comunicación familiar recomendó, al atender un problema de cáncer, realizar investigaciones subsecuentes con un enfoque dirigido al sistema familiar más amplio, en vez de concentrarse sólo en las parejas y cuidadores familiares, esto en consonancia con la tradición cibernética. Esta propuesta comunicativa aborda a su manera la problemática típica de las otras tradiciones, es el caso de la distinción mente-cuerpo que se plantea como distinción funcional entre hardware y software. Lo

mismo ocurre con la noción de causa y efecto, a la que se le contrapone la idea de que el proceso de comunicación puede ser enorme y sutil [74].

El aporte principal de esta tradición consiste, en considerar el fenómeno comunicativo en salud como una totalidad mayor a cada una de sus partes, de donde se sugiere mirar el proceso de comunicación desde un punto de vista más amplio y sistémico, y no asumir responsabilidad individual por resultados sistémicos que un individuo no puede controlar [60].

Tradición socio-psicológica

En este modelo, la comunicación se define como un proceso interactivo dado a través de comportamientos, expresiones, e influencia [60]. De donde, la expresión se ejecuta a través de tres instrumentos:

- rasgos
- estados
- mecanismos psicológicos

La efectividad comunicativa se mide por la generación de efectos conductuales, emocionales y cognitivos en los otros individuos, ante las expresiones realizadas.

La comunicación es, la puesta en juego de un conjunto de expresiones, a través de la cual los individuos interactúan y se influyen entre sí. Este proceso puede darse en persona, o por mediación de la tecnología, lo cual presupone la correspondencia multívoca entre las distintas personas u organismos interactuantes. Asimismo, al generar un modelo esquemático de comunicación, y detectar en éste sus factores de eficacia más importantes, esta tradición busca ejercer control sobre las causas y efectos conductuales, de manera que la

manipulación de estos elementos permita generar resultados medibles y definidos [60].

Lo anterior hace que esta teoría sea atractiva en el ámbito de la práctica de la comunicación en salud, debido a que asume la tensión generada por la confrontación entre valores e incertidumbres propia del tratamiento de una enfermedad. Mattson subraya, que explicar una enfermedad es desarrollar creencias e incertidumbres de salud en el contexto de creencias y valores relacionados que constituyen nuestro sentido de identidad, roles, y relaciones, a través de la interacción con los encargados del cuidado de los enfermos, nuestros familiares, y otros [75].

Debido a su consistencia teórica, un conjunto de temas ha sido abordado ya desde esta tradición comunicativa:

- teoría de creencias de salud [75]
- percepciones de riesgo [76]
- apelaciones de miedo [77] [78] [79]
- conformidad [80]
- apoyo social [81]
- gestión de la incertidumbre [82]

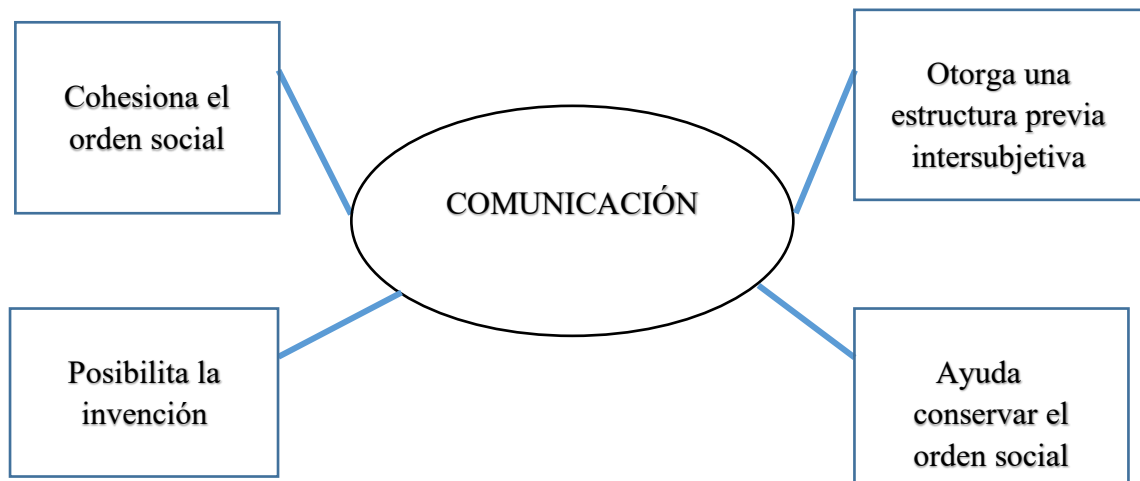
Tradición socio-cultural

Esta tradición es la consecuencia directa del desarrollo de la sociología y la antropología en el siglo XIX, y presenta además influencia de la semiótica. Ha sido definida como el proceso simbólico que produce y reproduce patrones socioculturales compartidos [60]. Para esta tradición, por la comunicación, el orden social se realiza, y se sostiene, en un proceso de interacción entre sus micro- y macro-niveles. Y, a continuación, infiere que el orden social es posible porque existen códigos simbólicos compartidos y medios de comunicación.

En esta corriente se sostiene que se interactúa en un medio social dotado ya de carga cultural transmitida y conservada por los códigos simbólicos, se tiene la facultad de reproducir y conservar ésta, o incluso de modificarla, a través de las interacciones. Pues, sin duda, la interacción social es un proceso creativo que permite e incluso exige una buena cantidad de improvisación, que, a largo plazo, reproduce y modifica el orden social pre-establecido.

En la figura siguiente se muestra cómo la comunicación subyace a las formas de interacción social:

Figura 2. Tabla 4. Comunicación e interacción social



Por consiguiente, la teoría sociocultural tiene como tarea principal conseguir el balance en las interacciones sociales entre las dicotomías:

- Producción-reproducción (del orden social)
- Micro- y macro-niveles sociales
- Individualidad-estructura
- Cultura local-ley natural universal.

Y cuando por alguna razón el choque cultural genera una ruptura de este balance, los conflictos, malentendidos y dificultades para la coordinación incrementan. En efecto, lo anterior sucede porque las condiciones sociales producen una escasez de rituales, reglas y expectativas compartidas entre sus miembros [60].

En el área de la comunicación en salud, esta tradición permite un acercamiento a los problemas de interculturalidad, en particular, a aquellos que tienen que ver con el choque entre la manera occidental de entender la medicina y otras formas más tradicionales. Un ejemplo de choque cultural es como narra Fadiman de una madre Hmong, durante un tratamiento de emergencia, quien estaba aterrada porque el personal había retirado una cuerda sucia alrededor de la muñeca de un bebé, ya que para ella un espíritu maligno podría robar el alma del niño una vez que se retirara la cuerda de seguridad [83].

Por lo demás, no sólo se trata de afirmar que la práctica médica occidental es más confiable, con la presunción de su científicidad, sino de comprender el modo como algunas culturas han generado su saber médico a través de los siglos, sin el afán de descalificarlo *a priori* por su falta de rigor al modo occidental, pues, como bien sostienen S. Babrow y Marifran Mattson [61], la suposición más básica de la medicina occidental, que la ciencia médica bien establecida supera a todas las otras formas de conocimiento, puede ser anulada cuando las culturas interactúan [84], [85].

Por otro lado, la tradición sociocultural en comunicación en salud, también puede ser útil para apelar a nociones de sentido común, como la idea de que el individuo es un producto de la sociedad, que cada sociedad tiene una cultura distinta, y que las acciones sociales tienen efectos no deseados [60].

Tradición crítica

En esta tradición, se pretende cuidar la generación discursiva de las prácticas sociales, materiales e ideológicas, que puedan distorsionar e impedir tanto la reflexión discursiva como la comunicación auténtica [58]. Un ejemplo de su aplicación, lo proporciona el trabajo de equipos interdisciplinarios realizado en una unidad de oncología geriátrica, el cual, a partir de la etnografía feminista de Ellingson, problematiza la comunicación de género, poder y privilegio en las relaciones generadas entre el paciente, el proveedor de atención médica y los familiares [86].

La importancia de esta tradición radica no tanto en su efectividad comunicativa como en su preocupación por cuidar la consistencia de los supuestos y valores científicos y humanísticos en el discurso, ante la costumbre y los usos comunes de éste [60], [87]. Al respecto, existen diversos estudios en los que se tratan estas tensiones, por ejemplo:

- El trabajo de Babrow y Kline, en donde se aplica la teoría de la integración problemática para criticar la ideología de la reducción de incertidumbre que deslegitima la experiencia de las mujeres en los auto-exámenes de senos [88].
De igual manera, los trabajos de Mattson, Clair, Chapman, y Kunkel, que señalan la tensión entre la costumbre y la comunidad en un estudio de caso sobre la búsqueda de apoyo social de una mujer [89].
- King, que ha criticado la búsqueda de promoción de las grandes corporaciones a expensas de las campañas contra el cáncer de mama [90].
- Mattson y Basnyat sugieren el replanteamiento de la práctica de consejería en el test de VIH, en favor de una teoría de reducción de daños [91].

Estos planteamientos ofrecen, una visión crítica de las prácticas convencionales de comunicación en salud, y proponen alternativas para mejorar su comprensión y sus resultados.

Este panorama amplio de las tradiciones en la investigación de comunicación en salud permite advertir una diversidad de enfoques y construcciones de objetos de estudio, este recorrido es importante para entender justamente las aproximaciones dominantes sobre el problema de comunicación desde una perspectiva de las teorías de la comunicación.

La evolución más importante de los enfoques más recientes es la crítica al modelo simplificado del emisión-receptor-emisión, el cual los problemas de comunicación en el cual suponen de un desajuste de la estructura del mensaje en relación a su medio, el mensaje perfectamente equilibrado supone la recepción inmediata y sin problemas del receptor.

Las distintas tradiciones descritas páginas atrás, muestran otro tipo de elementos que intervienen en los procesos de comunicación, tales como los contextos culturales, los procesos subjetivos y psicológicos, el capital cultural y las relaciones de poder implicadas.

La perspectiva del interpensamiento como una aproximación sociocultural

En esta investigación se ha optado por un enfoque sociocultural, la perspectiva de la psicología cultural, permite centrar el análisis en procesos más específicos de la comunicación médico y paciente, y problematizar este proceso como un acto didáctico cuya finalidad es el entendimiento de médico y paciente sobre los significados que se comparten durante la consulta, en particular, al momento de la prescripción del tratamiento.

La perspectiva de Littleton y Mercer (2013, 2001) ofrecen conceptos y elementos metodológicos para el estudio de las conversaciones entre los sujetos [92], [93]. Algunos de estos elementos serán abordados a mayor detalle en la metodología, por el momento se abordan los aspectos más generales de este enfoque y se describe cómo inciden en el objeto de estudio.

Mercer y Littleton proponen un cambio en la manera de abordar *la comunicación*, desde una mirada de la psicología, con la finalidad de re conceptualizar el intercambio de mensajes o lingüístico como un intercambio de ideas:

(...) La noción de “comunicación” no expresa la cualidad especial de la actividad intelectual conjunta que aquí me interesa. La palabra “comunicación” fomenta la noción de un proceso lineal por el que las personas intercambian ideas, piensan sobre ellas por separado y luego vuelven a intercambiar los productos de su esfuerzo intelectual aislado. Esto no hace justicia a la interacción dinámica de las mentes que el lenguaje hace posible” (p.36)

Para observar un proceso no lineal de intercambio de ideas conjunto, los autores proponen los conceptos *interpensar e interpensamiento*, para analizar las características de las conversaciones entre las personas, visto como un proceso conjunto de interpensamiento. El diálogo es una forma de la conversación, y el desarrollo del diálogo es una forma de comunicación que implica en su lógica la participación de los hablantes, con la finalidad de compartir significados y de incidir y comprender las ideas del otro. La comunicación en este contexto debe ser dinámica para alcanzar sus propósitos.

Para el estudio de las conversaciones, sus formas y sus alcances en contextos de la enseñanza aprendizaje, en los acuerdos de negocios y conversaciones casuales, Mercer considera los siguientes aspectos que son parte del proceso de comunicación: Contexto, lenguaje compartido, las reglas o convenciones de las conversaciones, el uso de técnicas y estrategias que los sujetos utilizan, las formas de las conversaciones en función de los marcos de referencia compartidos.

La función del lenguaje en este proceso trasciende la función de transmisión de información, es parte de la herramienta para pensar, comunicar y comprender. Una dimensión del lenguaje es el hablado, pero, además de las palabras, el contexto en el que se dicen, las referencias que comparten los hablantes, el conocimiento, el respeto a las normas conversacionales, la implicación y motivación de los sujetos que hablan, conllevan al significado. Otros elementos también son parte del proceso de comunicación, como son las expresiones, movimientos, olores, o señales, sonidos, para el caso del análisis de conversaciones. En esta investigación nos centramos en comprender la dinámica del diálogo, sus contenidos y su eficacia en el mutuo entendimiento de los sujetos que participan en una conversación hablada.

Las formas conversacionales se clasifican en tres tipos (Tabla 5), con base en el nivel o manera de interrelación de los significados compartidos por los hablantes, por la eficacia y control de la conversación según los fines establecidos por su contexto o normas, por el producto alcanzado, como es la comprensión y entendimiento que pueden dar origen a decisiones, acuerdos y acciones de los sujetos participantes.

Tabla 5. Tipos de habla

Los tipos de habla en las conversaciones
Habla disputativa
Habla acumulativa
Habla exploratoria

En la Tabla 6, se presentan las principales características de cada una de estas formas en las que las conversaciones pueden desarrollarse. Debe aclararse que estas características son resultados del análisis de las conversaciones en grupo, sin embargo, varias de sus características son aplicables a las conversaciones entre dos personas.

En otro trabajo de Mercer [93], ofrece otras descripciones sobre el tipo de habla que aclaran los conceptos que se muestran en la tabla. Esta vez, en referencia a una conversación casual entre dos amigos, dice:

(...) he llamado a este tipo de conversación *conversación acumulativa* porque cada interlocutor va complementando las aportaciones del otro, añadiendo información propia y, mediante su mutuo apoyo y aceptación, los dos construyen una comprensión y un conocimiento compartido (p.53).

La diferencia entre los alcances de la conversación disputativa y la acumulativa son más fáciles de comprender en cuanto sus formas y sus logros, no son parte de un solo proceso, es decir, formas de conversación más simples que evoluciona a formas más complejas, el cambio entre un tipo de conversación y otra requiere la aceptación de reglas de conversación de orden distinto y el dominio de técnicas y herramientas de conversación que trascienden las reglas del comportamiento visible, por ejemplo, el respetar el turno de habla del otro, no implica que quien espera su turno, este implicado en comprender la visión del que habla, de forma similar, quien habla, podría simplemente afirmar un punto de vista sin interés de negociar o comprender las perspectiva del otros. En estos casos, la espera educada del turno no implica una conversación acumulativa.

Mercer, ofrece otra definición sobre el habla exploratoria que ayudará a describir sus elementos [93].

Tabla 6. Tipos de habla y sus características, elaborado y traducido a partir de Littleton y Mercer (2013) P. 15-16

Habla disputativa	Habla acumulativa	Habla exploratoria
<p>La conversación se desarrolla en desacuerdo y los participantes toman sus decisiones independientemente. Los intentos para la crítica constructiva son limitados. Varias de sus interacciones son afirmaciones o negaciones directas sobre sus puntos de vista o acciones. La atmósfera de la conversación es competitiva en vez de cooperativa.</p>	<p>Cada uno simplemente acepta y se manifiesta de acuerdo con lo que se dice en la conversación. Los niños comparten su conocimiento sin una crítica su perspectiva. Los niños repiten y elaboran las ideas propias y las de los otros, pero no existe una evaluación cuidadosa al respecto.</p>	<p>Cada uno de los participantes de involucra crítica y constructivamente en las ideas de otros. Los participantes ofrecen información relevante. Todas las ideas son consideradas como parte de la conversación. Los hablantes se hacen preguntas entre ellos, las responde y se solicitan razones para estas respuestas. En un grupo, sus miembros tratan de llegar a un acuerdo en cada etapa antes de pasar a la siguiente. Para quien observa al grupo, el razonamiento es “visibles” en el desarrollo de las conversaciones.</p>

La *conversación exploratoria* es aquella en la que los interlocutores abordan de una manera crítica pero constructiva las ideas de los demás. Se ofrece información pertinente para su consideración conjunta. Se puede rebatir y apoyar propuestas, pero dando razones y ofreciendo alternativas. Se busca el acuerdo como una base para el progreso conjunto. El conocimiento es explicable públicamente y el razonamiento es visible en la conversación (p.195).

Con el propósito de evidenciar las diferencias entre los tipos de conversaciones, se presenta ahora la definición de *conversación disputativa*:

Aunque no llegue a ser un intercambio abiertamente agresivo, la conversación disputativa se caracteriza por la negativa a adoptar los puntos de vista del otro y por la constante reafirmación de las propias opiniones. (p.129)

Estas formas de conversaciones o hablas -los términos difieren según las traducciones- que han sido descritas en las tres recientes definiciones, se construyeron en el análisis de diálogos entre pares, en ocasiones profesor-alumno, alumno-alumno, y entre otras formas de relación por ejemplo amigo-amigo, vendedor-comprador.

Para la presente investigación, la perspectiva del interpensar y el análisis de las conversaciones es una aproximación para describir y comprender los procesos de comunicación entre el médico y el paciente, para observar sus recursos, contextos, negociaciones y alcances es sus propósitos.

1.2.5 Educación para la Salud y Comunicación

Antes de abordar el tema de Educación para la Salud y comunicación, así como su interrelación, se exponen algunos conceptos fundamentales.

Salud

Con base en la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera a la salud como un sistema de condiciones multidimensional y complejo: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* [94]. Por lo que se asume que, la salud es una combinación de distintos factores, entre ellos: entorno biológico, químico, y físico, procesos psíquicos y corporales, relaciones sociales como condiciones laborales, armonía familiar, nexos sociales, métodos de tratamiento del estrés, y otros. La combinación correcta de todos estos factores lleva, a una mayor salud personal.

Educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) se ha definido de distintas maneras tanto en la literatura especializada como en la discusión científica [95]. En 1983, la OMS la definió como *“cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”*.

Otras definiciones usadas son la de Bedworth, quien define EpS como el aprendizaje continuo que permite a las personas, como individuos y como miembros de estructuras sociales, tomar decisiones, modificar el comportamiento y cambiar las condiciones sociales de manera voluntaria para mejorar la salud [95], mientras que Green y Kreuter la definen como cualquier combinación de

experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar acciones voluntarias conducentes a la salud [96].

Promoción de la salud

Este concepto se introdujo en el debate sobre salud y ciencia en 1986, en la Carta de Ottawa, y se refiere al proceso de capacitar a las personas para aumentar su control sobre las condiciones de salud. Por consiguiente, se toman en cuenta el comportamiento y las condiciones de salud; es decir, las condiciones sociales, económicas y ambientales [97].

- Cualquier acoplamiento de la educación para la salud, y la intermediación organizativa, política y económica, diseñado para facilitar adaptaciones conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud.
- Cualquier combinación de apoyos educativos y ecológicos (social sistema total) para acciones y condiciones de vida conducentes a la salud [96].
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades: El conjunto de todas las actividades diseñadas para mejorar la salud personal y pública a través de una combinación de estrategias que incluyen la implementación competente de estrategias de cambio de comportamiento, educación para la salud, medidas de protección de la salud, detección de factores de riesgo, mejora y mantenimiento de la salud.

En 2005, la OMS, a través de la Carta de Bangkok, estableció que la promoción de la salud se basa en el derecho humano fundamental al disfrute del mayor grado posible de salud, y que es un factor determinante de la calidad de vida [98]. Como puede observarse en las distintas definiciones, la EpS contempla una diversidad de contextos, actores y formas de intervención, reconoce estrategias de comunicación social y también formas específicas de intervención educativa.

Los propósitos de la EpS implican la transformación de condiciones complejas y sistemas de significado de las personas.

Un elemento central en la esfera cognitiva y que implica conectar conceptos de distintas dimensiones y orígenes disciplinarios con la realidad cotidiana, así por ejemplo comprender la enfermedad, la función del medicamento o tratamiento y las conductas que afectan negativa o positivamente un estado de salud, para que con ello se tomen decisiones y se modifiquen conductas supone un cambio y transformación personal (Pozo, 2014)

Las acciones de la EpS, no son un solo instrumento en un solo contexto, sus posibilidades no sólo dependen una campaña o programa, esta potenciado y restringido por el conjunto de acciones sociales, contextos culturales y condiciones socioeconómicas.

Algunas de las acciones de la EpS son realizadas por los profesionales de la salud en sus propios contextos y algunos otros se han especializado para intervenir en programas más específicos.

Profesional en educación para la salud

Un educador en salud se define como una persona preparada en forma profesional que se desempeña en una variedad de roles, y está entrenada sobre todo para utilizar estrategias y métodos educativos apropiados para facilitar el desarrollo de políticas, procedimientos, intervenciones y sistemas que favorezcan la salud de personas, grupos y comunidades [99].

El educador en salud es el agente encargado de acercar el proyecto de facilitar a las personas el disfrute del mayor grado posible de salud. La Planificación de un programa, es parte de las tareas de la promoción en salud. La planificación, implementación y evaluación están interrelacionados, pero se requiere capacidad estratégica para diseñar programas dignos de evaluación [100].

Supuestos de la promoción para la salud

La promoción para la salud reacciona ante los hábitos que conducen a las enfermedades, de donde, presupone que el cambio de éstos provocará un cambio que impide el desarrollo de las enfermedades. Los principales supuestos son:

- El estado de la salud puede modificarse
- La salud y la enfermedad se determinan por interacciones dinámicas entre factores biológicos, psicológicos, de comportamiento y sociales.
- Se pueden entender las teorías y principios de la enfermedad, es decir, la enfermedad puede delimitarse como un objeto de estudio, y, por tanto, alterarse.
- Se pueden desarrollar estrategias de prevención apropiadas para tratar los problemas de salud identificados.
- El comportamiento puede modificarse, y esos cambios pueden influir en la salud.
- El comportamiento individual, las interacciones familiares, las relaciones y los recursos de la comunidad y el lugar de trabajo, y las políticas públicas contribuyen a la salud e influyen en el cambio de comportamiento.
- La responsabilidad individual no debe verse como la causa de la víctima, sin embargo, se debe entender la importancia del comportamiento de salud para el estado de salud.
- Para que el cambio de comportamiento de salud sea permanente, una persona debe estar motivada y lista para cambiar.

De ahí que la promoción de la salud forme parte del esquema de la prevención de la enfermedad [101]. Al respecto, la OMS ha señalado 3 niveles de prevención como objetivo de la medicina del trabajo (Tabla 7), los cuales tienen propósitos diferentes, y presuponen estados de salud específicos:

- **Primario:** medidas preventivas que anticipan la aparición de una enfermedad o lesión.
- **Secundario:** medidas preventivas que conducen al diagnóstico temprano y al tratamiento rápido de una enfermedad, o lesión.
- **Terciario:** medidas preventivas dirigidas a la rehabilitación tras una patogénesis significativa.

Tabla 7. Niveles de prevención de enfermedades con base en la OMS

Enfermedad	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Estado de salud	Salud	Pre-clínica	Clínica inicial / Clínica avanzada
Propósito	Evitar la enfermedad	Evitar que la enfermedad progrese	Mejorar la calidad de vida y esperanza de vida

En la prevención primaria, cuando no hay registro de enfermedad, se emplean procedimientos provenientes de la promoción de la salud, y de la prevención de la enfermedad: se busca eliminar los factores de riesgo, por ejemplo, si los factores son ambientales, se persigue el mejoramiento del entorno; se protege a la persona de enfermedades, y accidentes; se educa en salud, y se busca crear hábitos saludables.

En la prevención secundaria, la enfermedad se encuentra en un estado inicial, por lo que es posible interrumpir su avance, facilitar su curación, y evitar sus secuelas.

En la prevención terciaria, la enfermedad se ha desarrollado de manera plena, en este caso, se busca disminuir las incapacidades existentes, y reinsertar al enfermo en el mejor estado posible a su vida laboral y social.

El personal de salud, principalmente el médico, tienen un papel importante en la prevención, puesto que, debería ejercer su papel de promotor de la salud, y no solo trabajar en la cura de las enfermedades (prevención secundaria y terciaria), utilizando la comunicación de manera hábil, inducir a los pacientes a la necesidad de habituarse a comportamientos saludables, que prevengan la aparición de enfermedades y accidentes (prevención primaria). Así, el médico podría buscar echar mano de recursos comunicativos eficaces, no sin antes evaluar las necesidades de los individuos que lo consultan, a la manera de un educador para la salud como se describe enseguida.

Considerando las definiciones anteriores, la intervención del médico puede pretender un alcance educativo, aunque las herramientas didácticas y comunicativas tienen una importancia relevante, implican habilidades y conocimientos de naturaleza distinta al saber médico, pero que son, sin embargo, esenciales en la práctica profesional.

Atribuciones de un educador para la salud.

Entre las responsabilidades y competencias principales de un educador para la salud se encuentran:

- Evaluar las necesidades individuales y comunitarias de educación para la salud, es decir, reconocer las características del problema de salud y sus causas, lo cual es un paso previo a la puesta en marcha de cualquier solución.

- Planificar estrategias, intervenciones y programas de educación para la salud.
- Implementar estrategias, intermediaciones y programas de educación para la salud.
- Realizar evaluaciones e investigaciones relacionadas con la educación para la salud, y promoción para la salud, lo que implica la verificación de la efectividad de los programas implementados.
- Administrar estrategias, intermediaciones y programas de educación para la salud.
- Servir como fuente de recursos, tanto para individuos como para comunidades.
- Comunicar y abogar por la salud y la educación para la salud.

Cabe acotar que los lugares principales en los que se ejerce la educación para la salud son las escuelas, desde los niveles básico a superior; instituciones de salud como clínicas, hospitales, centros de salud, consultorios, tanto privados como de gobierno; y centros de trabajo [102].

El educador en salud se enfrenta, a la tarea de informar a la población prioritaria los procedimientos que deben seguirse para obtener los beneficios de salud convenientes. Por tanto, necesita emplear de manera eficaz los métodos de comunicación existentes. Para esto, la formación multidisciplinaria debe permitirle desplegar un conjunto de herramientas obtenidas de la psicología, la sociología y la antropología, a fin de cumplir con los programas, y diseñar los esquemas educativos necesarios, para que la población tratada participe de manera más intensa [103].

Al revisar la necesidad comunicativa requerida, el educador en salud deberá abordar la educación de manera individual, grupal, comunal, y emplear los recursos comunicativos apropiados. De igual manera, al ser un vínculo entre la comunidad y los profesionales de la salud, el educador para la salud tiene la tarea de hacer comprender a éstos el sentir de la población al hacer uso de los servicios

de salud, así como sus inconformidades, y sus observaciones. Esto puede ayudar a que la población aproveche de la mejor manera los servicios de una clínica o centro de salud.

Por otro lado, en la tarea de difundir sus mensajes, el educador para la salud se ve obligado a usar distintos medios de comunicación masivos, a generar audiovisuales para internet, televisión, radio, prensa, correo, y otros, a través de los cuales lleve la información a un grupo mayor de personas. En estas tareas, puede hacerse cargo de la conducción de toda la campaña mediática, tanto a nivel nacional como local, ya que sus habilidades le permiten planear, ejecutar, conducir, y evaluar una campaña a través de los medios [103].

Un ejemplo que puede aplicarse en México, en nuestro contexto de salud actual, es el cambio en los patrones de mortalidad, en los últimos 100 años, ha puesto de relieve la necesidad de plantear nuevas estrategias para combatir aquellas enfermedades que han pasado a ocupar las principales causas de muerte. En México, por ejemplo, los cambios demográficos, sociales y económicos trajeron consigo el desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas como principales causas de muerte.

Con base en datos del INEGI en nuestro país hay tres tipos de enfermedades que concentran el 32% de las muertes: la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades isquémicas del corazón, y las enfermedades cerebro-vasculares [104] (Ver tabla). Este cambio en los patrones de mortalidad replantea los esfuerzos de la educación para la salud, al ampliar sus programas preventivos, que en el pasado estuvieron enfocados en el control de las enfermedades infecciosas, a la prevención de las enfermedades crónicas, como se muestra en la siguiente tabla:

Figura 3. Principales causas de muerte en México, 1992-2013

Tabla 1. Principales causas de muerte en México, 1922-2013						
	1922	1950	1970	1990	2000	2013
1	Neumonía, influenza	Gastroenteritis, colitis	Neumonía, influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
2	Diarreas, enteritis	Gripe y neumonía	Enteritis y otras enfermedades	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Fiebre y caquexia palúdica	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Tumores malignos
4	Tos ferina	Accidentes, envenenamientos y violencia	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
5	Viruela	Paludismo	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades del hígado

Fuentes: Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;65:238-40. / INEGI. Estadísticas de mortalidad. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Este incremento de mortandad debido a enfermedades crónicas puede interpretarse con un enfoque bidimensional:

- como un problema en el comportamiento de los individuos hacia la salud, ya que entre los factores de riesgo que exigen atención se encuentran el sobrepeso y la obesidad (que afecta a más del 70% de la población de 20 años o más); el tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial.
- como un problema de determinantes sociales de la salud (ya que, por ejemplo, la mala alimentación en muchos casos tiene como causa la pobreza).

Por consiguiente, desde el punto de vista de la promoción de salud, la generación de estrategias para contrarrestar los factores de riesgo podría ser:

- A través de un conjunto de actividades planteadas por la educación para la salud, en particular, campañas informativas a través de medios de comunicación que informen a la población sobre los riesgos del sedentarismo y la mala alimentación; de igual manera, a través de campañas dirigidas a los profesionales de la salud, en las que se comunique de manera individual o grupal la dimensión de la problemática generada por las enfermedades crónicas.
- Y, más importante, en un macro-nivel social, a través de la planeación de un programa que, en primer lugar, evalúe las necesidades de la población, y luego, establezca metas y objetivos, desarrolle intervenciones, implemente dichas intervenciones, y evalúe los resultados. Con lo cual, deberá tomar en cuenta los determinantes sociales de salud de la población, pues no basta con que los profesionales hagan recomendaciones, si el entorno social, económico y demográfico no es propicio para llevarlas a cabo.

En consecuencia, a través de la promoción de la salud se busca el acoplamiento de la educación para la salud, y la intermediación organizativa, política y económica, un acoplamiento diseñado para facilitar adaptaciones conductuales y ambientales que ayude a resolver aquellos factores de riesgo que provocan el desarrollo de enfermedades crónicas. De tal manera que, la comunicación en este contexto permite el acercamiento entre los diversos actores implicados en el tema de la salud.

La consulta que realiza el médico ofrece un espacio importante para incidir en la comprensión de la salud y la promoción del cambio de conductas, sin anular la especificidad profesional del *médico y del educador*, hay implicaciones educativas en la práctica del médico, la explicación del padecimiento, de tratamiento, de las procedimientos de cuidado, son algunas de las dimensiones que exigen al médico una aproximación didáctica para comunicar al paciente sus condición y las razones del tratamiento.

1.2.6 Comunicación y relación médico-paciente

En el presente capítulo se describen algunos conceptos éticos, jurídicos, y profesionales que determinan las características de la relación médico-paciente. Se describe cómo ha sido la relación médico-paciente a través del tiempo, y, por último; la importancia que tiene una comunicación eficaz en dicha relación, así como el impacto en la calidad de atención y en la adherencia terapéutica.

La práctica occidental médica remonta su origen a la larga tradición científica jónica alrededor del siglo V a. e. c., parte de la cual quedó consignada, en el ámbito de la medicina, en el llamado *Corpus Hippocraticum*, en el que se reúnen 58 obras en 73 libros [105], y en donde queda de manifiesto, entre otras cuestiones, la elevada ética profesional con que se abordó entonces la medicina, a más de que ahí aparece el juramento que los médicos de esta tradición tenían que hacer al entrar en su congregación.

La vinculación tradicional de la ética y la medicina se extiende hasta la actualidad, en lo que viene nos ocuparemos de exponer sus principios básicos en el horizonte contemporáneo, no sin antes señalar que dichos fundamentos surgen de la incorporación de distintas disciplinas a los temas de la práctica médica, entre ellas, la filosofía, en particular, el área de la ética aplicada, la administración en salud, y la jurisprudencia.

1. Ética y moral.

El término “moral” viene del sustantivo latino *mos*, cuyo significado principal es “uso”, o “costumbre”. Luego, se obtuvo el adjetivo *moralis* para designar a alguien que se comportaba según la costumbre, o de manera correcta; e *immoralis*, si iba en contra de las costumbres, o si se comportaba de manera incorrecta [106].

Por su parte, el término “ética” viene del vocablo griego *ēthos*, que de igual manera significa “costumbre” o “carácter” [106]. Sin embargo, ya con Cicerón se precisó que *ēthos* era la palabra griega correspondiente a *mos*, y que designaba, de manera más específica, la “ciencia moral”.

Desde entonces, a veces se considera que ambos vocablos son equivalentes, o bien, que la moral se relaciona con el conjunto de valores vigente en una sociedad determinada, mientras que la ética es la reflexión sistemática acerca de la universalidad moral [107].

En los temas médicos se han tomado en cuenta, sobre todo, dos corrientes éticas cuyos planteamientos aparecen contrapuestos. Se trata de la deontología, que desarrolla un sistema conceptual de gran alcance, y el utilitarismo, de corte más pragmático. A continuación, exponemos de manera breve sus propuestas, y vemos un caso de aplicación en un tema médico.

a. La deontología

Esta doctrina se pregunta por el origen del juicio de lo bueno [108]. Como un primer acercamiento, se puede responder que es bueno poseer talentos, verbigracia, entendimiento, juicio, ingenio, y otros, pero, estas cualidades del carácter serán contraproducentes —objetaría un deontologista— si su poseedor los usa para fines malos.

Para la ética deontológica, por tanto, la raíz de lo bueno es la buena voluntad, la cual antecede a todos los talentos del carácter, y, sobre todo, a sus resultados [108]. De donde, es irrelevante si un agente moral es incapaz de realizar un buen propósito, ya que pesa más la calidad moral de su voluntad. O, dicho de otro modo, un acto es bueno o malo desde el punto de vista moral, no según su resultado, sino según la voluntad que lo impulsa. Con esto, la valoración moral se sitúa de manera previa a la acción, antes de la experiencia.

Por esto, la buena voluntad no depende de las circunstancias, ni es a veces buena ni a veces mala, sino siempre será buena en sí misma.

b. El utilitarismo

La doctrina utilitarista clásica [109] señala que la ética se encarga de buscar la felicidad, que es el fin útil de la acción humana. La felicidad, además, consiste en reducir el dolor, e incrementar el placer, sobre todo, intelectual [110]. Por consiguiente, una acción es buena, si su resultado es capaz de proveer felicidad. Los utilitaristas postulan, de esta manera, la utilidad como el criterio último para el juicio moral.

Cabe aclarar que la propuesta del utilitarismo clásico sobre la utilidad se refiere sobre todo al ámbito social [109]. Por lo que, si una acción útil beneficia a un conjunto mayor de personas, se considerará más buena en el sentido moral.

c. Un caso

La polémica del deontologismo contrapuesto al utilitarismo puede ilustrarse con un caso médico, con relación al principio de verdad.

Según el punto de vista deontológico, siempre debe decirse la verdad, sin embargo, ¿es esto una condición para el éxito en el tratamiento de un paciente? Es decir, la aplicación de este principio, ¿conduce a lograr mejores resultados en la atención de su salud? ¿O hay casos en donde hay que ocultar la información al paciente sobre su condición para no afectar su ánimo, y, por tanto, su recuperación? Así pues, ¿habrá que aplicar el principio utilitarista, y valorar el resultado? La ética médica ha desarrollado una serie de reflexiones sobre normas éticas que sirven de guía ante casos dilemáticos¹⁸, como veremos más adelante.

2. Legalidad

Junto a los conceptos básicos de ética y moral, aparece el de legalidad. En el sistema deontológico, se distinguió entre la determinación de la voluntad según la ley moral, llamada legalidad, y la determinación de la voluntad por afecto a la ley, llamada “moralidad” [111]. Una de las implicaciones más importantes de este

¹⁸ Algunos problemas éticos se presentan en ocasiones a manera de dilema (*sylogismus cornutus*), como un argumento con la forma siguiente:

$$((p \rightarrow r) \wedge (q \rightarrow r) \wedge (p \vee q)) \rightarrow r$$

Por lo demás, en este caso, se apela al principio de confidencialidad contrapuesto al de no maleficencia. Con todo, si existe un alto riesgo de que el paciente reaccione de manera negativa a alguna información, el médico debe dar la noticia de manera gradual.

concepto es que no vincula a la moralidad ni viceversa. Es decir, puede haber legalidad sin moralidad, y moralidad sin legalidad, ya que se trata de cuestiones independientes.

En temas médicos, en ocasiones, esta distinción se presenta de manera clara, es el caso del aborto. En la CDMX, como muestra, esta práctica es legal, pero algunos ciudadanos lo consideran inmoral.

Y, en otros ámbitos, también hay casos, como muestra, el tema del esclavismo en el siglo XVIII, en EE. UU., legal, antes de su abolición, pero considerado inmoral por los abolicionistas.

3. Principios básicos en ética médica

La reflexión ética contemporánea en temas médicos ha establecido cuatro principios básicos [112], los cuales pertenecen al ámbito médico-legal, y forman parte intrínseca de la relación médico-paciente, a partir de la cual, a todo esto, surge el fenómeno comunicativo. Veamos sus características.

a. Autonomía

Por lo regular, se considera que la ley moral sólo es posible por la autonomía de la voluntad, y que ésta es el único principio de todas las leyes morales y de sus deberes correspondientes. Pues, si la voluntad fuera heterónima, no podría constituirse el sujeto moral, y no existiría, por tanto, la responsabilidad moral [108].

El concepto de la autonomía tiene su origen en la ética deontológica, y se ha incorporado al ámbito de la medicina, en el que se juzga que los miembros de la

relación médico-paciente son poseedores de dicha autonomía moral¹⁹, de donde se desprenden las siguientes obligaciones:

- Consentimiento informado:

El paciente debe dar su consentimiento informado a cualquier tratamiento.

Dicho de otro modo, el médico sólo puede suministrar su tratamiento, si el paciente ha dado de manera previa su consentimiento informado²⁰, lo cual significa que está enterado de los hechos, implicaciones y consecuencias que el tratamiento tendrá sobre su cuerpo²¹.

Es evidente que la autonomía moral presupone la capacidad de juicio, por tanto, se excluye de esta facultad, como muestra, a personas en coma, con

¹⁹ En contraposición al rol del dado al paciente en el modelo tradicional denominado “paternalismo”, y que veremos más abajo.

²⁰ En uso del principio de autonomía, un paciente puede también designar a un representante legal para que se ocupe de cumplir su voluntad en la atención médica, en caso de que él no pueda hacerlo. Si no se hubo creado esta figura legal, el juez podría designar a un sustituto, que tendrá que tomar decisiones en función de la voluntad del paciente. Si el paciente recuperara la consciencia, las instrucciones del sustituto no tendrán efecto.

²¹ Puede ocurrir que, durante una cirugía, el médico se enfrente a un problema inesperado; si no se trata de una emergencia, no puede proceder, y debe esperar a obtener el consentimiento del paciente, una vez que se recupere de la anestesia; pero, si se trata de una emergencia, puede proceder, en apelación el principio de no maleficencia que será mencionado más adelante.

padecimientos de Alzheimer, psicóticos²², menores de edad²³ (excepto en los casos en los que se consideran que están emancipados), y otros²⁴, quienes no estarían del todo capacitados, ni de manera intelectual ni emocional, para tomar la mejor decisión para sí mismos, y que por tanto están bajo el cuidado de sus familiares, padres²⁵, o representantes legales.

Asimismo, el médico debe informar al paciente con toda claridad²⁶ sobre su tratamiento, y esforzarse porque éste entienda la terminología técnica que se usa, a fin de que el paciente tome una decisión de manera informada²⁷.

- Capacidad:

²² En estos casos, el principio de autonomía se suspende. De igual manera en situaciones de emergencia psiquiátrica. Cabe acotar que en países como EE. UU. la hospitalización involuntaria no debe rebasar los 60 días, para prevenir casos de abuso médico sobre el paciente.

²³ Sólo los padres o tutores pueden permitir un tratamiento. No obstante, en emergencias, o solicitud de preservativos, no es necesario su consentimiento.

²⁴ La competencia legal significa que las personas que pueden tomar decisiones médicas sobre sí mismas son los adultos mayores de 18 años, y los menores emancipados. Por otro lado, un juez puede declarar incompetente a una persona, si es que ésta padece alguna enfermedad mental.

²⁵ Es conveniente mencionar que, si los padres rechazan un tratamiento para sus hijos por razones religiosas, el médico puede solicitar una orden judicial, en los casos de enfermedades o accidentes que ponen en peligro la vida.

²⁶ En la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (2012) se exige el uso de cartas de consentimiento informado, a partir de ciertos eventos mínimos.

²⁷ Además, el médico puede solicitar a la esposa la aprobación de conformidad, en caso de emergencia, si es que el paciente mayor de edad no está en condiciones de hacerlo.

La habilidad del paciente para entender la información que se le ha provisto.

- Voluntariedad:

Ausencia de coerción²⁸, el paciente debe someterse al tratamiento de manera voluntaria²⁹.

- Confidencialidad:

El médico debe garantizar al paciente, y a sus familiares autorizados, el carácter íntimo del tratamiento. No obstante, este asunto presenta excepciones, es el caso de algunas enfermedades infecciosas como tuberculosis, SIDA³⁰, y otras³¹. Y, de

²⁸ En este punto es útil mencionar el tema de la eutanasia. Desde el punto de vista legal, se considera que la eutanasia es un acto criminal, y, desde el punto de vista ético, se asume como un conflicto entre los principios de autonomía y de no maleficencia. De manera que, si el paciente pide morir, el médico no puede concedérselo. No obstante, el paciente puede rechazar el tratamiento, y al ser así, el médico está obligado a no aplicarlo más (eutanasia pasiva).

²⁹ Una mujer preñada puede rechazar intervenciones, tal como cesáreas, en el ejercicio de su autonomía. De igual manera, un médico no puede prohibirle fumar o beber, aunque sí exhortar a no hacerlo.

³⁰ Si el paciente padece VIH positivo, el médico no requiere informar a las autoridades correspondientes, tan pronto como dicho paciente sigue los procedimientos de control de la infección. Asimismo, el médico no puede forzar a un paciente a realizarse una prueba de VIH, incluso si se trata de una mujer preñada. Sin embargo, si el médico se da cuenta de que la conducta de un paciente con VIH pone en riesgo a otra persona, debe reportarlo.

³¹ En EE. UU., como muestra, están fuera del tema de la confidencialidad algunas enfermedades que deben reportarse por razones estadísticas: varicela, hepatitis, paperas, sarampión, rubeola, etc.

igual modo, en casos de violencia, abuso o descuido infantil (tal como falta de higiene y desnutrición), así como riesgo de suicidio, y amenaza a otras personas.

b. Beneficencia

El DRAE define este término como la ayuda prestada a quienes la requieren. En el contexto médico, las acciones benéficas pueden tomarse como los actos realizados por el médico para ayudar a prevenir o reducir daños o sólo para mejorar la situación del paciente. E implica la observación de no generar el principio del doble efecto [113].

La beneficencia se relaciona, en consecuencia, con el llamado *principio del doble efecto*, el cual sostiene que de una causa buena o indiferente se puede seguir un efecto doble, que es a la vez bueno y malo [114]. Al proceder con las causas, el agente debe, en consecuencia, ponderar también los resultados. Por ejemplo, puede suceder que se suministre un medicamento para tratar una enfermedad, pero que el efecto secundario de éste sea en mayor grado negativo para el paciente, y, luego, que su resultado negativo.

Es necesario, pues, que, dentro del propósito ético del médico, curar mediante el suministro del medicamento, o por un tratamiento, se consideren de manera seria los efectos secundarios de estos en el paciente.

Por la misma razón, se deduce que no se debe buscar un efecto bueno a través de una causa mala. No obstante, si el efecto negativo es menor al efecto bueno, puede decirse que se actúa de manera ética [114].

c. No maleficencia

Se atribuye al médico romano, Escribonio Largo [115], la frase que resume este principio de ética médica: *primum non nocere* (“en primer lugar, no dañar”), el cual es fundamental y, a veces, se antepone, por ejemplo, a los principios de autonomía, como la máxima principal que hay que observar.

Un médico puede causar daño a través de los efectos secundarios de un tratamiento que pretende ser beneficioso, como ya se explicó más arriba. De ahí que siempre debe estar atento a su observación. Por la misma razón, no cabe afirmar que puede haber operación exitosa, pero paciente muerto³² [116]. El principio de no maleficencia subraya el primer deber del médico en su encuentro con el paciente, Escribonio Largo señala que, después de observarlo, sigue tratar al paciente, y, por último, curarlo³³.

En este contexto, se inscribe el tema de la cirugía estética, la cual no está exenta de riesgos, y no tiene como causa un tema directo de salud. Si un paciente, en el ejercicio del principio de autonomía, pide a un médico que le practique una cirugía estética, la ética médica antepone el fundamento de no maleficencia aquí tratado, dado que el médico tiene el deber ético primordial de no causar daño al paciente.

Otro modo de abordar este tema, puede ser que, al anteponer el principio de no maleficencia, el médico conduzca al paciente que le ha solicitado una cirugía estética, por ejemplo, la colocación de unos implantes en el pecho, a un tratamiento de psicoterapia, dado que dichos implantes no son necesarios para

³² El daño a los pacientes como resultado de una acción o falta de acción de parte del médico, la llamada negligencia médica: El médico se descuidó, o faltó a su deber, o fue responsable directo. Los cirujanos y anesthesiólogos, por cierto, corren mayor riesgo de negligencia.

³³ *secundum cavere, tertium sanare*

la salud, y puede ser que el paciente quiera resolver una insatisfacción personal con practicarse una intervención en el cuerpo.

En este principio, es importante señalar algunos temas de conducta que el médico debe observar, a fin de no perjudicar el desarrollo del tratamiento, se trata del sexo con pacientes, y de las razones por las que el profesional de la salud se puede inhabilitar.

Las relaciones entre médicos y pacientes están prohibidas. En algunos códigos éticos [117], se admite como correcto el sexo con ex pacientes. En el caso de los psiquiatras, el sexo está prohibido, tanto con pacientes anteriores como con actuales [118]. Las razones que se dan para estas prohibiciones son que, como ya se ha dicho, se puede interferir en el desarrollo del tratamiento, y de igual manera, afectar la imparcialidad del consentimiento informado del paciente, y ponerlo en desventaja. De igual manera, debemos recordar que el médico siempre tendrá mayor poder sobre el paciente, por lo que no se considera ético obtener ventaja de esta situación (pérdida de autonomía). Algunos modos de manejar estos temas en el contexto de la comunicación en la relación médico-paciente, en particular, en la entrevista, se verán en la segunda parte de este capítulo.

Por último, los médicos pueden quedar inhabilitados, debido al abuso en el consumo de sustancias, ya que la profesión implica mucha responsabilidad, y esta actitud les impide estar en condiciones óptimas. Y, de igual manera, por enfermedad física o mental, y por edad avanzada [119].

d. Justicia

La parte más importante de este principio se refiere a la distribución de los recursos médicos, y señala que los pacientes en situaciones iguales deben tener acceso a la misma atención médica [112]. También, se ocupa de la distribución justa de recursos escasos (tiempo, dinero, camas de cuidados intensivos, y otros), al buscar que el sistema en su conjunto sea más equitativo. Algunas

propuestas para racionar el cuidado de la salud sugieren que esto se haga según el costo, o la ciudadanía, o el tiempo, o la probabilidad de recuperación.

Otro aspecto de la justicia es el respeto a la ley, ya que la consideración de la legalidad forma parte de la reflexión sobre la ética.

Por último, la justicia retributiva se ocupa de la problemática generada a partir del contexto médico, como caso típico, la pena correspondiente a una persona con trastorno mental que ha cometido un delito.

4. Comunicación y relación médico-paciente

Hemos dedicado la primera sección de este capítulo a esclarecer los presupuestos éticos y jurídicos de la medicina. En la medida en que la conducta ética auspicia la creación de una fuerte relación médico-paciente (lo que desemboca, verbigracia, en un mejor desarrollo del tratamiento), la comunicación ahí ocurrida resulta ser un complemento a los temas revisados.

En la segunda parte de este capítulo, nos ocuparemos, pues, de los conceptos básicos de la relación y comunicación médico-paciente, los cuales están impregnados de los principios éticos vistos, y concluimos con la exposición de algunas cuestiones generales de la entrevista, y sus orientaciones posibles.

Las reglas para la relación médico-paciente se registran en el juramento hipocrático, en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial [120], en distintos códigos de ética médica, tanto nacionales como internacionales, y en las normas de la ética profesional o responsabilidad profesional referidos en la primera parte de este capítulo. Lo que sigue es precisar este nexo profesional.

a. Definición de relación médico-paciente

Bajo este vínculo se entiende la interacción social entre un médico y el paciente, que acude en busca de consejo o tratamiento médico [121].

b. Modelos básicos

Por lo común, se reconocen tres tipos básicos de relación [122]:

i. El modelo paternalista

El mismo se contrapone al principio básico de autonomía revisado en el tema de la ética médica, ya que se asume al paciente como a un menor de edad, incapaz de saber lo conveniente para sí. De donde, el paciente se reduce a su condición física, sin importar su autonomía ni sus valores personales.

Vale decir que se trata del modelo tradicional, ya que hasta hace algunos años se había practicado de manera incuestionada [123].

ii. Modelo de servicio

El médico reproduce el modelo de oferta de servicios, en donde se asume que el paciente es un cliente que toma sus decisiones de manera permanente, aconsejado por el experto médico. No obstante, algunos pacientes rechazan ver a su médico como un especialista técnico, debido a que esperan cierta empatía emocional. Además de que, sin la autoridad del médico, el paciente carece del saber necesario para tomar decisiones correctas.

iii. Modelo de asociación

Se trata de un modelo de cooperación mutua, en el que se respeta la autonomía del paciente, pero, el médico asume un papel de educador, a fin de que aquel consienta un tratamiento de manera informada. En este modelo se da, por tanto, una corresponsabilidad.

Con este tipo de relación, se pretende que el médico conserve su empatía, autenticidad y apreciación positiva, a fin de desarrollar una relación terapéutica óptima, y producir un tratamiento exitoso.

Otro aspecto de este modelo es que se construye a partir de los principios básicos de la ética médica señalados arriba, de donde, pretende lograr una relación médico-paciente equilibrada, en plena observancia de los principios mencionados.

c. Conceptos predominantes de la relación médico-paciente agrupados en tres funciones básicas

La importancia de la relación médico-paciente no se agota en la recopilación mecánica de información ni en la realización del diagnóstico, a fin de curar la enfermedad, como se ha supuesto de manera tradicional [123].

Para Lazare A., Samuel M. Putnam, y Mack Lipkin Jr. [123], la significación de esta interacción se puede organizar, a partir de tres funciones básicas³⁴:

- i. Diagnosticar, o sea, determinar y monitorear la naturaleza del problema, entre cuyas tareas están:
 - Adquirir el conocimiento básico de las enfermedades y trastornos.
 - Obtener el conocimiento básico de las cuestiones psicosociales que contribuyen al comportamiento vinculado a la enfermedad del paciente.
 - Obtener información para las áreas conceptuales biomédica, psicológica y social.
 - Hacer y probar varias hipótesis durante el curso de la entrevista.

- ii. Desarrollar, mantener y concluir la relación terapéutica, y sus deberes son:
 - Definir la naturaleza de la relación (establecer si el médico tendrá el papel de un médico de atención primaria, un consultor, un especialista o un reemplazo temporal).
 - Comunicar la experiencia profesional (transmitir que se es competente).
 - Mostrar interés, respeto, apoyo y empatía (algo que es distinto a la exhibición de competencia técnica).
 - Reconocer y resolver las diversas barreras intersubjetivas para la comunicación con el paciente.

³⁴ Consúltense la tabla 1.1, en p.p. 6-7 de la obra referida, de donde hemos obtenido esta información.

- Identificar la perspectiva del paciente.
- iii. Llevar a cabo la educación del paciente y la implementación de los planes de tratamiento, con exigencias tales como:
- Establecer las áreas de conflicto entre el médico y el paciente, y negociar para resolver estas diferencias.
 - Informar sobre la importancia del diagnóstico en el problema.
 - Negociar y recomendar el tratamiento y los procedimientos apropiados para el diagnóstico.
 - Negociar y recomendar medidas preventivas apropiadas, que incluyan cambios en el estilo de vida.
 - Mejorar la facultad de afrontamiento, al comprender y trabajar con las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad y el tratamiento.

Para llevar a cabo estas funciones, el médico requiere establecer una relación sólida con el paciente. En consecuencia, precisa desarrollar confianza, a través de una conducta ética que fortalezca dicha relación (lo que desemboca, verbigracia, en un mejor desarrollo del tratamiento), y de una competencia comunicativa apropiada. De no ser así, es posible que no se obtenga buena información para hacer un diagnóstico correcto, o más aun, que el paciente no cumpla con el tratamiento.

d. Comunicación en la relación médico-paciente

En el capítulo *Comunicación en salud*, hemos revisado las características generales de la disciplina con el mismo nombre, ahí señalamos que la praxis de atención de la salud es una de sus cinco áreas básicas, y que se trata de un saber que abarca varios tipos de conocimiento, compuesto por materias

pertencientes a las ciencias sociales, ciencias de la salud, y campos profesionales de la salud. Asimismo, en dicho apartado, resumimos los trabajos de las principales teorías comunicativas en salud, como la retórica, la semiótica, la fenomenología, la cibernética, la socio-psicología, la tradición socio-cultural, y la tradición crítica.

Pues bien, en lo que resta de este capítulo enlistaremos algunas cuestiones generales que se presentan en la entrevista, y sus orientaciones posibles, a fin de ilustrar el carácter práctico de la comunicación ahí generada³⁵.

El contexto de la entrevista:

i. Factores que influyen en la confianza del paciente en el médico [124]:

- Culturales:

Existen comunidades en las que se practica otro tipo de medicina, por ejemplo, en algunas zonas rurales los usos tradicionales de curación, y, por tanto, no se admite del todo la medicina occidental. De igual manera, en las mismas sociedades urbanas, puede haber personas que desconfíen de las prácticas médicas, debido al desprestigio que algunos médicos han generado. O incluso, el hermetismo de una comunidad religiosa fue influir en la aceptación de un tratamiento.

- Experiencias previas con la atención médica:

Las experiencias negativas de los pacientes en la atención médica pueden disminuir la confianza en los médicos.

- Condición mental:

³⁵ Queda sujeta a la consideración de que cada corriente comunicativa, y cada autor, ofrece su propia elaboración temática.

Pacientes con desórdenes mentales pueden dificultar una relación confiable con el médico.

- Estilos de personalidad:
Dependiente, compulsivo-obsesivo, dramático, narcisista, paranoico, pasivo-agresivo, y esquizoide, cada tipo exige su propia consideración comunicativa [123].

 - Veracidad [125]:
Como se ha visto en los principios básicos en ética médica, los médicos deben conducirse con sinceridad, sin crear falsas expectativas.
- ii. Principios básicos de la entrevista [123]:
- Preguntas directas y cerradas: Cuestionamientos rápidos para emergencias (que exijan como respuesta un “sí” o un “no”). Estos también son útiles para aquellos pacientes comunicativos o seductores.
 - Preguntas de final abierto. (Puede ser el caso de “dime acerca de tu dolor...”)
 - Las anteriores son, además, adecuadas para obtener información abundante del paciente.
 - De igual forma, estas permiten al paciente una mejor oportunidad para construir confianza y agregar información que puede ser relevante para más tarde.
 - Dichas preguntas son utilizadas para tratamientos largos, no en emergencias.

iii. Aspectos importantes de una entrevista y sus propósitos [126].

- Apoyo y empatía: Expresar el interés del médico en el paciente.
- Validación: Dar valor y credibilidad a los sentimientos del paciente.
- Facilitación: Alentar al paciente a elaborar una respuesta.
- Reflexión: Se trata de fomentar la elaboración de la respuesta, a partir de que el médico repita parte de la respuesta del paciente.
- Silencio: Permite incrementar el interés del paciente.
- Confrontación: Llama la atención del paciente, al señalar sus inconsistencias
- Recapitulación: Resume toda la información recopilada durante la entrevista.

iv. Para estimular a cambiar hábitos nocivos, preguntar al paciente [127].

- Cuán interesado está en cambiar su estilo de vida.
- Qué sabe sobre la materia.
- Sobre su experiencia pasada.
- Sobre preocupaciones relacionadas con el cambio de estilo de vida.

v. En una entrevista como la del tipo iv, hay que evitar:

- Explicar datos o cifras sobre por qué los pacientes necesitan hacer un cambio en su estilo de vida.
- Espantar a los pacientes con las consecuencias negativas, si ellos no cambian su estilo de vida. Es mejor establecer una relación sólida con ellos, y usar métodos amables de convencimiento.

vi. Conducta hacia el enfermo (cuando se visita al enfermo en el hospital) [128]:

- La buena conducta con el enfermo suele tranquilizarlo y consolarlo, mientras se es honesto respecto al diagnóstico.
- La mala conducta hacia el enfermo lo deja insatisfecho, preocupado, asustado o solo.
- Los tonos vocales, el lenguaje corporal (sentarse es importante), la franqueza, la presencia, la honestidad, y la simulación en la actitud pueden afectar al paciente. Estos elementos deben encaminarse a empatizar con el paciente.

vii. Trastornos de personalidad, si el paciente busca cortejar [123]:

- Establecer límites, llamar al acompañante
- Establecer límites en conductas que no se tolerarán.
- No usar preguntas abiertas, ya que, de no hacerlo así, se da pie al paciente de tratar temas ajenos.
- Remitir al paciente a otro médico.
- Rechazar ver al paciente

En resumen, la *relación médico-paciente*, es un encuentro entre dos personas, que se comunican entre sí, uno de ellos, el paciente, quien necesita ayuda y el otro, el médico, quien es un profesional con habilidades y capacidad de brindarla. La dimensión de las habilidades y capacidades que supone la entrevista y comunicación durante la consulta es variada y compleja.

Las dimensiones técnicas en la elaboración de las preguntas para el diagnóstico se relacionan de manera directa con el saber médico, la recolección de información debe ser específica y deberá descartar información contradictoria. La comunicación con el paciente tendrá dos niveles y con propósito distintos del

paciente y el médico. La empatía y la confianza son importante para obtener la información que se buscan, pero también para su correcta interpretación.

Las estrategias de comunicación y de persuasión, esto último para cambiar una conducta o aceptar un tratamiento, implican un conocimiento de las motivaciones y condiciones y contexto cultural del paciente. Las formas de comunicar son importantes para facilitar el entendimiento, o para motivar al sujeto o para interesarlo. La sólo exposición lógica, por clara que esta sea, no es la condición para establecer una relación de confianza.

Este modelo de relación humana se ha practicado desde el origen mismo de la humanidad, desde el paleolítico y pasando por la Grecia clásica, la edad media, hasta la especialización de la medicina en el siglo XX. En el transcurrir de este tiempo, dicha relación se ha caracterizado por algunos puntos de referencia importantes, que se describen enseguida:

Primero, brindar ayuda es un acto espontáneo que está ligado a la condición humana y es instintivo, como una madre que aprieta en su regazo al hijo enfermo; sin embargo, dado que la enfermedad también puede generar un rechazo natural en los humanos, es necesario para mantener el sentimiento de ayuda, un acto de decisión voluntaria que contrarreste la idea de abandono.

Segundo, en el pasado cuando la curación era de tipo mágica y prevalecía en el enfermo, un conjunto de creencia en que había poderes sobrenaturales que podían modificar la condición del enfermo, entonces la relación curandero-enfermo no era personal ni amistosa, sino ambivalente, pues combinaba la veneración con la aversión.

Tercero. - En Grecia, a partir del siglo VI a. c. con el nacimiento de la medicina técnica, el tratamiento se basaba en conceptos, contruidos a partir del raciocinio y la observación rigurosa. El médico dejó de ser curandero, mago o hechicero y se le ascendió a técnico en medicina, desde las contribuciones de Hipócrates a la medicina y por varios siglos, la medicina siguió basándose, fundamentalmente,

en el respeto por la naturaleza, por lo que el concepto enfermedad (del latín *in firmus* = no firme) se concebía como la pérdida del equilibrio de lo natural y la idea de paciente (del latín *patiens* = sufriente) estaba asociado a una persona desvalida y vulnerable.

En esos tiempos, la relación médico-paciente se basaba en la idea del amor a la naturaleza y al arte, bajo los principios de no hacer daño y abstenerse de intervenir al enfermo cuando la muerte era evidente. Pese a que los griegos identificaron que existía un fuerte vínculo entre la acción de las palabras y la curación de enfermedades, mantenía una relación paternalista como consta en el mismo juramento Hipocrático³⁶, pues el paciente, dada su condición, era

³⁶ JURAMENTO HIPOCRÁTICO (500 a.C.). “Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y Panacea, juro por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso: Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más. En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia. Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura. No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas. En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos. Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable. Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario”.

tratado como alguien incapaz de comprender, por lo que no se requería comunicarle lo que ocurría, lo único importante era ofrecerle ayuda y ordenarle que obedeciera las indicaciones. En ese modelo paternalista, el médico actuaba con su paciente como el padre que protege a su hijo, indicando los cuidados terapéuticos que debía seguir e informando lo menos posible para evitarle sufrimiento. En dicho modelo, el médico toma las decisiones, mientras que el paciente no participa, porque debía confiar en la experiencia del médico y debía “ponerse en sus manos”.

Cuarto. - Con la llegada del cristianismo, la relación médico-paciente se basaba en la idea del amor, por influencia del nuevo testamento cuya doctrina es “Ama a tu prójimo como a ti mismo”, para esta doctrina todas las personas son únicas y hechas a semejanza de Dios. Sin embargo, en la relación médico-paciente seguía prevaleciendo un fuerte acento paternalista, como consta en la oración de Maimónides escrita en Córdoba en 1138³⁷.

Quinto. - En la sociedad moderna, que inicia con la ilustración francesa en el siglo XVIII hasta la segunda guerra mundial, caracterizada por estar secularizada³⁸, donde tuvo gran auge del pensamiento racional, el materialismo, el cientifismo y el progreso. En dicho contexto, el paciente ya no ve la enfermedad como algo fatal que deba aceptarse como la voluntad de Dios y tampoco acepta fácilmente

³⁷ “Haz que mis pacientes, tengan confianza en mí y en mi arte, que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja del lecho de mis pacientes a los charlatanes. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos...” (*Maimónides*).

³⁸ Secularización significa laicización. Una sociedad secularizada es aquella que rompe compromisos con la religión, es decir, una sociedad donde cada vez hay menos miembros de iglesias, lo cual indica un descenso en la creencia de doctrinas religiosas, y que en términos de Weber, es una característica de la sociedad occidental [129].

la voluntad del médico, por tanto, la relación médico-paciente se basa en la idea que el médico es un experto en técnicas y saberes, quien no involucra afectos, por lo que se origina la disociación afectiva, discursos distantes y una limitación de toda información que conlleve a la implicancia emocional.

Sexto.- La postmodernidad³⁹, caracterizada entre otras cosas por la pérdida del sentido religioso, dar mayor peso la razón, la ciencia, el dinero y el placer; además, el hecho de contar con los avances tecnológicos repercutió fuertemente en la relación médico-paciente[130]. El médico ahora no escucha al paciente, hace anotaciones y registra datos, el dialogo se fue perdiendo, dejó de ser importante el entorno psicosocial del enfermo, lo relativo al padecer y la historia del dolor en el contexto del hogar y la familia. Existe una plena disociación afectiva, el médico juega su papel como experto en mediciones y técnicas complejas, su discurso es frío, distante y está alejado de toda implicancia emocional con el paciente [131].

Comunicación y relación médico-paciente

Como se ha mencionado en la sección anterior, la relación médico-paciente tienen distintos escenarios, uno de ellos es la consulta, esta inicia con una reunión y una conversación cuyo desarrollo incluye la palabra, el silencio, la mirada, y la auscultación médica (ya sea manual o instrumental) son elementos que intervienen esa comunicación y constituye la base de la entrevista médica.

³⁹ La postmodernidad es un concepto propuesto por el filósofo francés Francois Lyotard y posteriormente por Gilles Lipovetsky para describir tiempos actuales (finales del siglo XX a la fecha) donde predomina el hedonismo individual.

En general, en el método clínico utilizado por las ciencias médicas supone un conjunto de procedimientos como la entrevista, la exploración física, la historia clínica, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento, intervienen procesos de comunicación entre el médico y el paciente [132]. La comunicación contribuye a generar información valiosa, además del diagnóstico y tratamiento, se llega a los acuerdos para el seguimiento, e incluso, cuando es eficaz, determina que el paciente tenga una experiencia favorable.

Un ejemplo de cómo opera la comunicación es, cuando el paciente se siente escuchado y recibe indicaciones claras con información útil y detallada, esto puede ayudar a que el paciente se interese e implique en la comprensión y tratamiento de su enfermedad lo que aumenta la posibilidad de adherirse a su tratamiento [133].

La comunicación es un proceso, por lo que es importante considerar que la relación entre el médico y paciente puede trascender un sólo consulta. La comunicación que establece el médico desde un principio con su paciente, será uno de los elementos decisivos cuando suceden reacciones secundarias y efectos iatrogénicos⁴⁰, la confianza que se haya establecido con el paciente para que este se sienta acompañado en la toma de decisiones ayudará al seguimiento, ajuste, corrección del y tratamiento reforzando la confianza y con ello evitar el abandono al tratamiento [134]. Otro ejemplo es, cuando el enfermo visita al médico, con angustia e incertidumbre por el origen de su sufrimiento, el médico puede ocuparse de mostrarse perceptivo a lo que expresa verbal o no verbalmente, demostrar interés por lo que siente, contribuye a aminorar la angustia e incertidumbre, además, al ser prudente en lo que dice y reservado con sus expresiones no verbales, no escandalizarse por alguna confidencia hecha

⁴⁰ iatrogénico se refiere al daño o cualquier efecto adverso causado por el tratamiento, ya sea por fármacos o recomendaciones médicas que el paciente tiene que realizar como parte del tratamiento

por el paciente o por algún hallazgo grave que pueda encontrar cuando hace la exploración física, facilita la confianza.

Si consideramos que la comunicación es la base de la relación médico-paciente, entonces el médico deberá tener la habilidad de escuchar con profesionalismo, para lograr la comprensión, el entendimiento y la interpretación; es decir, escuchar de manera efectiva, conlleva a ser un receptor activo y hablar de manera efectiva, ayuda a construir la historia y dar sentido a lo dicho por el paciente. El nuevo reto para la comunicación, es la relación clínica, una nueva manera de interacción, pues el paciente ya no se relaciona con uno solo, sino con distintos médicos y otros profesionales de la salud que forman parte del largo proceso de diagnóstico y/o tratamiento. Por ejemplo, una persona con diabetes se puede relacionar con su médico internista, con el nefrólogo, cardiólogo, enfermera y el laboratorista a la vez, en este escenario, la relación y el diálogo que se establece con cada uno puede entorpecer la comunicación [135].

En síntesis, una comunicación eficaz, puede funcionar a su vez, como un indicador de calidad de la relación médico-paciente, porque influye en la experiencia y satisfacción percibida del paciente e impacta en la eficacia del tratamiento, que constituye la piedra angular de la calidad de atención e impacta en la adherencia terapéutica [136]-[138] [139].

1.2.7 Adherencia terapéutica

Antes de entrar en tema, es importante poner en contexto la situación nacional en material de salud, con lo cual se pretende, a su vez, que, en dicho contexto, el tema de la adherencia y los procesos comunicativos que se dan en la relación médico paciente, cobren importancia y den sentido al presente estudio.

La obesidad

La obesidad se convirtió en poco tiempo en una pandemia y un problema de salud pública a nivel mundial. El porcentaje de la población con sobrepeso y obesidad (prevalencia⁴¹) se duplicó desde 1980 a la fecha, en casi la mitad de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, por sus siglas en inglés), 1 de cada 2 personas tiene sobrepeso u obesidad. Las proyecciones indican, que de continuar esta tendencia, 2 de cada 3 personas tendrán esta condición en algunos países de la Organización en los próximos 10 años [140].

El sobrepeso y obesidad es un problema complejo y multifactorial que abarca dimensiones biológicas, sociales y ambientales, por lo que es un tema que ha incentivado múltiples investigaciones desde distintas disciplinas académicas como epidemiología, genética, ciencia de los alimentos, psicología, sociología, antropología y educación.

⁴¹ La prevalencia es un término empleado en la epidemiología para indicar la proporción de un grupo o población que tienen alguna característica o enfermedad estudiada y comúnmente se expresa en porcentajes

La evidencia actual señala que hábitos alimentarios poco saludables y el sedentarismo, constituyen estilos de vida asociados al desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía que provocan el sobrepeso y aumentan el riesgo de diabetes [141]. Diversos factores pueden estar relacionadas con los hábitos alimentarios, como el crecimiento de la población, urbanización, industrialización, formas de producción y modos de venta de alimentos, revolución tecnológica, patrones y condiciones laborales, modos de transporte, políticas públicas, entre otras [142].

La diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente insulina y/o las células corporales no pueden reconocerla, provocando hiperglicemia (niveles de glucosa elevados en sangre), lo que provoca síntomas como sed, micción frecuente, hambre, cansancio y visión borrosa.

A nivel mundial, la diabetes afecta a número importante de adultos, desde 1995 a la fecha se triplicó el número de personas que la padecen, esta enfermedad se convirtió en una de las principales causas de muerte y se le atribuyen altos costos para los sistemas de salud de los distintos países [143], [144]. En 1980, 108 millones de adultos la padecían, en 2014 aumentó a 422 millones, se estima que en el 2035 habrá 592 millones de adultos con esa enfermedad y se calcula que hay otros 175 millones de personas con diabetes sin ser diagnosticadas [145]. Los países con mayores prevalencias son, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México [146].

En México, con base en datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012, 6.4 millones de adultos tienen diabetes, la prevalencia en adultos fue del 9.17%,

aunque se piensa que puede ser mayor, pues existe un número importante de adultos que no ha sido diagnosticado [147]. Entidades como Ciudad de México, Nuevo León, Estados de México, Veracruz y Tamaulipas concentran las mayores prevalencias de diabetes a nivel nacional y tienen mayor demanda de servicios de salud, debido a las complicaciones derivadas de la propia enfermedad, por lo que se han señalado como entidades que requieren mayor atención [148] [149].

Importancia de la comunicación en la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es un concepto definido por la OMS como, “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” [4].

Con base en datos aportadas por éste organismo, se ha estimado que, en países desarrollados el 50% de las personas con alguna Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT), no logra la adherencia terapéutica y se estima que en países en vías de desarrollo como México, el problema es aún mayor [4]. La baja adherencia a los tratamientos de ECNT como es la diabetes, enfermedad renal, enfermedades cardiovasculares y otras, compromete seriamente la eficacia del tratamiento e impacta negativamente la calidad de vida de los pacientes. La OMS declaró que, la falta de adherencia terapéutica es un problema mundial de “magnitud alarmante”, cuyas consecuencias y altos costos en salud se intensificarán a medida que más gente padezca alguna ECNT [150].

Por ejemplo, en Europa se estima que 72% de las personas con diabetes tiene descontrol glucémico [151], [152] y en Estados Unidos, el 98% de los adultos con diabetes no cumple con todas las recomendaciones propuestas por la Asociación Americana de Diabetes [153].

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la comunicación efectiva entre médico y paciente tiene múltiples beneficios ante el problema de falta de adherencia. Inicialmente, con una comunicación eficaz, el médico puede indagar en los distintos aspectos biológicos, psicológicas y sociales del paciente, por ejemplo, qué significa la enfermedad y cómo la vive el paciente con su familia, también ayuda a que el paciente, perciba al médico con una postura de apertura a sus necesidades médicas, con disposición a trabajar en equipo, que está interesado en escucharlo, lo que conlleva a obtener datos de calidad que pueden impactar a mejorar la adherencia [154] [155].

Distintos estudios que se han realizado para estudiar la comunicación entre el médico y su paciente lo muestran. Uno de ellos fue un meta análisis realizado en 2016 que incluyó 220 publicaciones publicados desde 1948 hasta el 2012. En ese meta análisis se concluyó que las estrategias de comunicación enfocadas en mejorar los conocimientos en salud se asocia positivamente con la adherencia terapéutica, principalmente en poblaciones de bajos ingresos [156]. Otros estudios concluyeron que la comunicación empática que deje notar respeto a las creencia del paciente, afecta positivamente la adherencia terapéutica en distintos niveles, porque favorece que el paciente esté mejor informado, sea más activo en la toma de decisiones, mejore la motivación del paciente porque aumenta las expectativas del tratamiento, favorece el diagnóstico, las estrategias de tratamiento y asesoramiento, mejora el cumplimiento a las dosis de medicamentos, hace que el paciente esté más dispuesto a revelar información acerca de los avances de su tratamiento, incentiva el reporte de eventos adversos o complicaciones, logra un mayor control de medicamentos y se reducen los costos en pruebas diagnósticas [137] [157], [158].

Si consideramos que la consulta médica es la principal fuente de información fiable para el paciente, éste hecho es una oportunidad para que el paciente acceda a los avances de las ciencias médicas. En la consulta, a través de la comunicación, el médico enseña conceptos, instrucciones y procedimientos del

tratamiento. Además, puede influir en la percepción de satisfacción del paciente, misma que tendrá repercusiones en la adherencia terapéutica [159].

La comunicación eficaz tiene un papel central en la percepción de satisfacción, la cual está dada por las expectativas que hace el paciente, comparadas con lo que recibe en la consulta, pues favorece la empatía, aumenta las posibilidades de que el paciente tenga mayor comprensión de su enfermedad, permite al médico establecer metas y acuerdos para lograrlos, favoreciendo la adherencia, y por consecuencia mayores beneficios y bienestar al paciente [160], [161] [162]. De manera inversa, cuando la comunicación es deficiente, los pacientes tienden a investigar en fuentes alternas, aumenta la confusión y desmotivación, aumenta el riesgo de no adherirse al tratamiento, mayores riesgos de complicaciones [163].

En México, un campo de salud fértil, donde pueden emplearse diversas estrategias que mejoren la comunicación, son las enfermedades crónicas, pero no se limita a éstas. En el presente trabajo utilizaremos como ejemplo el caso de la diabetes, no como nuestro objeto de estudio, sino como ejemplo para plantear la utilidad de una comunicación eficaz, y porque es una enfermedad que ha venido en aumento rápidamente y representa un reto para el sistema de salud mexicano.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) establecen que además del control y el tratamiento de enfermedades, se debe enfocar en la prevención, tal es el caso de la NOM-015 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, que dice: "...el objetivo principal del tratamiento de la diabetes es aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones" (p. 13) [164].

Así, en el caso de las enfermedades crónicas, se dice que un buen control metabólico es cuando se logra mantener indicadores normales en sangre de glucosa, triglicéridos y colesterol, así como la tensión arterial. Para lograr dicho

control, el médico deberá implementar en su tratamiento estrategias de comunicación eficaces que le permitan llegar a acuerdos con el paciente, y dependiendo del estado en que se encuentre o severidad de la enfermedad, establecerá las recomendaciones que ayuden a mejorar los estilos de vida, haciendo modificaciones en la alimentación e incorporación de hábitos de actividad física, además, utilizará fármacos solo cuando sea necesario. Sin embargo, independientemente de la estrategia farmacológica, en todo momento debe haber diálogo que motive al cambio.

Cuando el paciente con diabetes logra la adherencia terapéutica aumenta las probabilidades de controlar su enfermedad, evitando grandes daños. Por ejemplo, las complicaciones por una baja adherencia terapéutica a mediano y largo plazo, en el caso de enfermedades crónicas son: el infarto, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones, baja calidad de vida y muerte. En México, un número cada vez mayor de enfermos con diabetes padece estas complicaciones por la baja adherencia terapéutica. La cantidad de recursos que se tienen que destinar para atender las complicaciones es tan alta que, una de las metas que se ha propuesto la Secretaría de Salud de México es que, el tratamiento de la diabetes se enfoque principalmente en la modificación de los estilos de vida, lo que implica mejorar la relación médico-paciente, mejorando la comunicación [165].

En México no se sabe con precisión la magnitud del problema, pero se estima que menos del 50% de los pacientes con diabetes se apegan a las recomendaciones farmacológicas y que un número menor siguen las recomendaciones de estilos de vida [166] [167]. En 2012, el gasto que implicó la atención de las complicaciones derivadas de la diabetes fue de 4,524 millones de dólares, monto superior al presupuesto anual otorgado al Seguro Popular en el 2010. La diabetes en México se reconoce como un problema de salud pública, por lo que su tratamiento es un objetivo de alta prioridad para los servicios de salud, los cuales tienen una alta expectativa de aumentar la adherencia

terapéutica, para disminuir las complicaciones, aumentar el bienestar del paciente y reducir de manera importante los costos [147] [165].

La falta de adherencia al tratamiento de diabetes es un problema multifactorial en el que confluyen factores relacionadas con el paciente, el personal médico, los sistemas de salud y otros relacionados al mismo tratamiento, como se describe en la sección siguiente [168]. La adherencia al tratamiento de ECNT es un verdadero reto debido a la complejidad del tratamiento, pues implica un seguimiento médico estricto por largos periodos de tiempo, restricciones en la dieta, hacer cotidianamente actividad física, entre otros cuidados. Además, es común que éstos paciente tengan co-morbilidades asociadas como hipertensión, sobrepeso y dislipidemias que hace aún más complejo el tratamiento [153].

Distintos factores intervienen en la adherencia del paciente al tratamiento, aunque estos se enuncian para fines analíticos por separado debe entenderse que todos ellos intervienen como facilitadores o impedimentos.

El paciente

Los factores relacionados con el paciente que representa una barrera a la adherencia terapéutica son la edad, la memoria, el nivel educativo, aspectos de la culturales que influyen en la alimentación y principalmente su sistema de creencias acerca de la enfermedad [169]. Por ejemplo, las personas de mayor edad tienen más problemas de memoria y pueden olvidar detalles de la prescripción o cuando el paciente tiene creencias que el medicamento no es efectivo o que la dosis prescrita es muy elevada, se siente en riesgo por el mismo tratamiento y tiende a omitir o disminuir de manera deliberada la dosis de medicamento prescrito. Cuando el paciente tiene poca escolaridad, es más común que se tenga un sentimiento de negación a la enfermedad, frecuentemente por la inexistencia de síntomas, minimizando la seriedad,

además es susceptible a la influencia de los medios de comunicación, amigos o familiares, con quienes comparte creencias, que más tarde representan barreras para la adherencia al tratamiento [170] [171] [172] [173]. Otros factores relacionados al paciente como los trastornos psicológicos, la depresión, Alzheimer, baja autoeficacia, falta de estrategias concretas para alcanzar las metas, falta de apoyo social, ansiedad, estrés y procesos decisionales sobre cambios en el estilo de vida, también pueden contribuir a la baja adherencia terapéutica [174], [175].

Los servicios de salud

Los servicios de salud se asocian a la adherencia, porque en su responsabilidad está, otorgar los recursos para servicios preventivos, promover la continuidad, accesibilidad y flexibilidad en el tratamiento, de lo contrario, impacta de manera negativa [173]. La complejidad del tratamiento, hace que los sistemas de salud, tengan mayor influencia en la adherencia, debido a que, como se dijo anteriormente, administran los centros donde el enfermo recibe la atención, con base en sus políticas, influye en gran medida la relación médico paciente, pues controla los horarios del personal médico, determina la duración de la consulta, la asignación de los recursos, los sistemas de comunicación e información, así como las prioridades [176] [136].

El médico

Los factores asociados al médico son, la inercia clínica⁴², la falta de capacitación, falta de habilidades comunicativas para construir acuerdos y decisiones conjuntas con el paciente, acceso limitado y escasa cooperación multidisciplinario, escasos recursos, pocas herramientas para dar información detallada y realista, y falta de tiempo o poca disposición para establecer una comunicación eficaz con el paciente, que asegure la comprensión a indicaciones de manera correcta [177].

El tratamiento

En distintos estudios se ha demostrado que la adherencia disminuye cuando la prescripción para el tratamiento es complejo y cuando aparecen efectos adversos; se ha observado que cuando la comunicación no es eficaz y no se establece una adecuada relación médico-paciente, un porcentaje importante de los pacientes abandona el tratamiento, pues la prescripción médica para tratamientos complejos como es el caso de las ECNT, interfieren con los hábitos del paciente, ya sea en horarios de trabajo o en momentos de su vida social, razón por la cual, es común que los enfermos cometan errores, dejen de tomar o tomen erróneamente sus medicamentos, provocando reacciones secundarias que los puede motivar al abandono de tratamiento [178] [179] [180] [181] [182].

42 La inercia clínica es un error médico, se define cuando el médico mantiene el viejo tratamiento sin modificaciones, aún cuando no se observen los resultados esperados. (Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001 Nov 6;135(9):825–34)

Como se puede reconocer, el paciente y el médico, tienen consigo características que puede potenciar o restringir la efectividad de la comunicación, a esto debe considerarse el contexto de las interacciones que suponen los servicios de salud y el tratamiento mismo de la enfermedad. Considerado esto debe entenderse que el proceso de comunicación entre médico y paciente es complejo, por tanto, no existe un solo elemento que sea determinante. En estas condiciones, y reconociendo el espacio de la consulta médica, un momento del proceso de comunicación que concentra los distintos factores mencionados es el de la prescripción del tratamiento.

1.2.8 La prescripción médica

Dado que la medicina es un arte que ha acompañado desde siempre a la humanidad, hemos decidido apoyarnos en el esquema ofrecido por Bynum [183], a fin de seguir sus directrices temáticas, las cuales comprenden los diferentes tipos de medicina, con énfasis en las unidades de análisis, los lugares de trabajo, y los propósitos buscados por los médicos. Nuestro propósito es ubicar el tema de la prescripción médica en el contexto de la práctica médica en general [183].

Tabla 8. tipos de medicina con énfasis en las unidades de análisis

CARACTERÍSTICAS					
		OBJETO de INVESTIGACIÓN	FORMA y SITIO de EDUCACIÓN	PROPÓSITO	EJEMPLO
T I P O S	JUNTO AL ENFERMO	Paciente completo	Como aprendiz	Terapia	Hipócrates (c. 460-370 AEC)
	BIBLIOTECA	Texto	Escolástica, verbal, universidad	Preservación, recuperación, comentario	Constantino el Africano (c. 1020-1087 DEC)
	HOSPITAL	Paciente, órgano	Hospital	Diagnosticar	R. T. H. Laennec (1781-1826)
	SOCIAL	Población, estadística	Comunidad	Prevención	John Simon (1816-1904)
	LABORATORIO	Modelo animal	Laboratorio	Comprender	Claude Bernard (1813-1878)

Se trata, por supuesto, de una clasificación que pretende no ser cronológica, sino temática, y que evidencia un enfoque histórico-acumulativo, al abordar la historia de la medicina como una materia no-evolutiva. Esto significa que, según el punto de vista de Bynum, cada uno de los encuadres existe en la praxis médica de cualquier época, y que, por consiguiente, éstos satisfacen incluso todos los requerimientos para las políticas actuales de salud. Los cinco tipos de medicina propuestos son los siguientes:

1. El tipo personal, por ejemplo, hace referencia a la atención provista por el médico de cabecera (junto al enfermo), y encuentra eco en la atención primaria moderna.
2. La medicina de biblioteca, de igual forma, tiene alusión en la acumulación de información que caracteriza a la medicina contemporánea.
3. Mientras que, la medicina de hospital, que tuvo su gran momento en el siglo XIX, aparece, en opinión de Bynum, como una práctica médica personal de gran tamaño, con nuevas herramientas terapéuticas y de diagnóstico, así como la experiencia que forma parte de un hospital moderno.
4. La medicina social se involucra en la infraestructura comunitaria, vigila el tema ambiental, por ejemplo, que el agua se conserve limpia, que haya eliminación de residuos, programas de vacunación, salud y seguridad en los lugares de trabajo, de igual manera, abarca el análisis de los patrones de enfermedad, y sus relaciones con la dieta, los hábitos, o la exposición a los agentes ambientales.
5. Por último, la medicina de laboratorio se hace notar en el mejoramiento de los medicamentos, y el análisis de los mecanismos corporales que ayuden a mejorar el diagnóstico o el tratamiento.

Como puede verse, esta clasificación presenta una visión general de la práctica médica en su contexto histórico, y deja de lado las particularidades correspondientes a cada época. Al respecto, Pérez Tamayo, que parece admitirla

de manera implícita, hace algunas observaciones acerca del tema contemporáneo. Este autor considera que en la actualidad habría un sexto tipo de medicina contrapuesto a la estructura del servicio médico social (Tipo 4), el cual se caracteriza por transformar la medicina social, de un servicio a un negocio [184].

Para esto, los empresarios, comienzan a generar tecnología de punta, y a alterar la práctica médica. Luego, los hospitales privados, los laboratorios clínicos, y otros servicios, se van haciendo más complejos, y cada vez más caros. A este fenómeno, se le suma la participación de las compañías aseguradoras para dar lugar a la relación médico-paciente-compañía de seguros. De esta manera las compañías aseguradoras comienzan a ejercer la medicina, imponiendo al paciente los médicos que lo pueden ver, decidiendo qué exámenes le pueden hacer, a qué tipo de hospitales puede ir, y un conjunto de restricciones.

El esquema anterior también es válido para el caso del desarrollo de la medicina mexicana. Por ejemplo, en los tipos de medicina de hospital y social (Tipos 3 y 4), México ha tenido desafíos desde finales del virreinato, cuando las instituciones de caridad eran administradas por el clero, y, en aquellos años, el incipiente sistema de salud hizo frente a la epidemia de viruela que atacó a la Ciudad de México entre 1778 y 1780. Luego, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, México, como un país independiente, inspirado en Francia y Alemania, tuvo avances importantes en el ámbito de la medicina clínica, y en el tema de la higiene, y, por consiguiente, se logró un avance importante en salud pública (Tipo 4). En ambos casos, tienen lugar las diferentes unidades de análisis señaladas arriba.

A partir de la segunda guerra mundial, la medicina avanzó con rapidez y sin interrupciones hasta la actualidad. El modelo social (Tipo 3) tuvo un fuerte desarrollo en nuestro país. Por ejemplo, en 1945, el Seguro Social se incorporó al sistema de salud. Pérez Tamayo cuenta cómo algunos de sus colegas estaban renuentes a incorporarse a ese modelo de medicina, ya que sentían perder sus

privilegios, al renunciar al modelo de médico personal (Tipo 1). Sin embargo, en poco tiempo, con el crecimiento de la población, algunos de los médicos más importantes comenzaron a aceptar plazas en el seguro.

La medicina social en México alcanzó en pocos años un gran nivel, y su servicio logró la condición de países como E.E. U.U. y Alemania. Se obtuvieron distintas herramientas diagnósticas, técnicas quirúrgicas sofisticadas, estrategias terapéuticas múltiples y variadas, además de que se aprendieron metodologías para seguir muy de cerca los distintos indicadores de salud (Tipo 5) [185].

No obstante, con el tiempo, las instituciones comenzaron a sucumbir a la burocratización. Al crecer la demanda de servicios, y mantener la oferta intacta, los estándares bajaron. Esto provocó situaciones como pacientes que debían esperar meses para ocupar un quirófano [184].

Ante esta circunstancia, médicos, sindicatos y empleados emprendieron la tarea de buscar soluciones. Sin embargo, en el periodo que va del 2000 al 2006, se creó el llamado Seguro Popular, como una manera de cubrir la exigencia sanitaria de la población, lo cual incrementó la demanda aún más, sin que pasara lo mismo con la oferta; es decir, no se construyeron nuevos hospitales ni se ampliaron instituciones de investigación. Pérez Tamayo resume el resultado: “Hay que ver el Instituto Nacional de Cancerología. A las tres de la mañana no cabe la gente en la acera, enfermos acostados en el suelo, y los médicos trabajando como desesperados sin lograr atención a todos”.

En la actualidad, la insuficiencia de los servicios de salud siguen sin resolverse, y entre otras cosas ha provocado que se agudicen las dificultades propias del ejercicio médico, por lo que es necesario revisar los modos como éste se lleva a cabo, a fin de contrarrestar en lo posible la situación.

Más allá de la receta del médico

Uno de estos problemas se observa en la prescripción con el “error de medicación”, que es un asunto grave, pues se estima que en países como Estados Unidos hasta la mitad de los pacientes que mueren en el hospital lo hacen debido a este fallo (Institute of Medicine (U.S.), 2000). El error de medicación vinculado a la prescripción médica, se vive a nivel mundial, y ha llamado la atención de los distintos sectores de la salud, porque, además de ser un problema de seguridad para el paciente, se relaciona con la calidad de atención.

Una mirada inicial a la historia de la prescripción médica en occidente, entendida ésta, a partir de su significado fundamental: la orden, nos remite en primer lugar al conjunto de instrucciones que el médico da al paciente, por ejemplo, la recomendación de ejercicios, la toma de remedios herbolarios, o la elaboración de dietas de acuerdo al movimiento de los cuerpos celestes⁴³, y otros. La prescripción médica practicada en la antigüedad fue de carácter oral, y los libros de medicina de la época, en los que se anotaron los remedios contra las enfermedades, antes que ser prescripciones, consideradas en un sentido amplio, tuvieron un carácter pedagógico, o bien recopilatorio, no obstante, nos ofrecen una idea sobre la naturaleza de las órdenes extendidas de manera individual en el contexto de la consulta médica de la época.

⁴³ El médico romano Crinas, quien propuso un sistema médico que conjuntaba la medicina con la astrología.

En Europa⁴⁴, la prescripción médica ejercida de manera personal, se encuentra documentada hasta el siglo XIII ⁴⁵. Es en el vínculo médico-farmacéutico que se da la necesidad de elaborar de modo escrito recetas médicas, a fin de ofrecer las instrucciones, casi siempre en latín, de un médico a un farmacéutico para la fabricación, y suministro, de medicamentos (en algunos casos incluso la prescripción completa queda registrada).

La receta⁴⁶ es, por tanto, en el sentido más estricto, la hoja que contiene la prescripción expedida por el médico de modo individual para un paciente determinado, que a su vez se la entrega al farmacéutico⁴⁷.

Ahora bien, junto a las prescripciones mencionadas, se elaboraron libros de copias de recetas que en el siglo XIV recibieron el nombre de “registros”, y que

⁴⁴ Peter Dilg: *Rezept, Rezeptliteratur*, en: [Werner E. Gerabek](#), Bernhard D. Haage, [Gundolf Keil](#), Wolfgang Wegner (eds.): *Enzyklopädie Medizingeschichte*. De Gruyter, Berlin/ New York 2005, p. 1246, y ss.

Para la sección actual, seguimos este documento. De igual forma, James Uden: *Pharmacological Literature in Late Antiquity: Local Prescriptions, Global Poetics*.

CONSULTADO EN

https://www.academia.edu/19672116/Pharmacological_Literature_in_Late_Antiquity_Local_Prescriptions_Global_Poetics.

⁴⁵ Eagleton, Catherine. 2010. *Monks, manuscripts and sundials the navicula in medieval England*. Leiden [Netherlands]: Brill. <http://site.ebrary.com/id/10439240>.

⁴⁶ El vocablo proviene de la forma nominal *receptum*; también antaño se usó “fórmula” como sinónimo.

⁴⁷ Skinner, H. A. (1949). *The origin of medical terms*. Baltimore, Williams & Wilkins Co.

CONSULTADO EN <https://catalog.hathitrust.org/Record/001556871>

se guardaban en las farmacias de la época, con el propósito de que el médico se evitase la labor de escribir de nuevo una receta elaborada con anterioridad⁴⁸.

El tema de la elaboración de recetas llegó a adquirir tanta importancia que a finales del siglo XVII se hicieron diversos intentos de formular modelos para su escritura⁴⁹. Dichas normas se mantuvieron vigentes hasta principios de la modernidad, y proporcionaron a estos documentos una estructura fuerte, símbolos especiales, y, en particular, abreviaturas características, algunas de las cuales se usan aun hoy en las formas ya impresas, como el caso de la inicial *Rp.*, que algunos remontan al ojo del Horus egipcio⁵⁰, pero que otros⁵¹ consideran que es la abreviatura de *Recipe*, cuyo significado es “toma”, lo cual es una indicación dirigida al farmacéutico, anotada en la parte superior de la hoja, que introduce los elementos a usar en la mezcla de la sustancia.

Vale acotar que la receta médica, considerada como el escrito que aconseja qué hacer en caso de tener un síntoma específico, y, según sea el caso, la forma de preparación de su remedio, tuvo sus antecedentes ya en la cultura asiria-babilónica⁵², en algunos textos de escritura cuneiforme hacia el 2000 a. E. C., y

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Revisese, por ejemplo, la obra de Johann Philipp Eysel: *Enchiridion de formulis medicis praescribendis*, 1698.

⁵⁰ Andersen, S. “The eye and its diseases in Ancient Egypt”, en *Acta ophthalmologica Scandinavica*. CONSULTADO EN <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9253993>

⁵¹ Krause, A. (1933). “Ancient Egyptian Ophthalmology. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, 1(7), 258-276. CONSULTADO EN <http://www.jstor.org/stable/44437763>

⁵² COMRIE, J. D., & JASTROW, M. (1909). *Medicine among the Assyrians and Egyptians in 1500 B.C.: Introductory lecture upon the history of medicine*. CONSULTADO EN

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234663/pdf/edinbmedj73863-0005.pdf>

en Egipto, cuya constancia ofrece el papiro Ebers⁵³. También pueden encontrarse obras de recetas en autores griegos y romanos, que al parecer recibieron la influencia de los pueblos mencionados arriba, y más tarde, además, en la Edad Media. Es probable incluso que esta influencia haya llegado a México, en tiempos de La Colonia, y que haya impulsado la recopilación de remedios medicinales de los pueblos indígenas en el conocido *Códice De la Cruz-Badiano*, ya que este documento presenta una configuración similar a los anteriores.

Hay que señalar también que las obras recién referidas comparten una estructura de tres partes: en primer lugar, se anota la indicación o el síntoma, después se da la instrucción para la preparación del remedio correspondiente, y, por último, se ofrecen las instrucciones de uso. Esto puede verse, por ejemplo, en la siguiente receta de Escribonio Largo:

Para los dolores de cabeza que se han alojado desde hace varios días, la siguiente receta funciona bien:

1 cuarta⁵⁴ de mirra, 2 cuartas de azafrán, 2 cuartas de almendras amargas, 3 cuartas de rombo verde, 1 cuarta de garra de oso, 1 cuarta de hierba de alergia, 3 cuartas de bayas del árbol de laurel. Todos estos ingredientes se trituran con vinagre para que se hagan las píldoras. Si es necesario, se disuelven con vinagre y aceite de rosa hasta obtener la fuerza de la miel.

Y se frotan la frente y las sienas.

⁵³ *Ibíd.*

⁵⁴ Antigua unidad de medida romana, usada para el peso, y equivalente a 82.2 g.

Con el tiempo, en algunos de estos escritos se perdieron o se modificaron las indicaciones (primera parte) o las instrucciones de uso (tercera parte), pero la sección intermedia se conservó intacta.

Debemos advertir, de igual modo, que este tipo de obras llegó a ser abundante, y que en la Edad Media, por ejemplo, se crearon recopilaciones amplias de recetas de autores anónimos que incorporaron el material recetario proveniente de escritores y épocas distintos⁵⁵, con lo que su intención fue tener a la mano la mayor cantidad de recetas, a fin de preservar el conocimiento existente sobre las enfermedades.

Así pues, la prescripción médica ha seguido en occidente un modelo específico, como lo muestran las recopilaciones de recetas: el establecimiento del síntoma, la instrucción sobre la preparación del medicamento, y el señalamiento del modo de uso. En la antigüedad, en la consulta personal, la prescripción se ofreció al paciente de manera oral, y más tarde, con la aparición del farmacéutico, se empleó la escritura para ordenar a éste el modo de elaboración de los medicamentos. Por consiguiente, en la consulta médica actual se sigue el modelo de prescripción heredado a través del tiempo, y se conserva en gran medida la forma de la receta.

El proceso de la prescripción médica

En la actualidad, la prescripción médica es el resultado de cuatro pasos previos en el encuentro del médico con el paciente. Una vez que éste se presenta en el

⁵⁵ Recetario Florentino de 1499.

consultorio aquejado por algún padecimiento, el médico inicia un procedimiento antes de llegar a la prescripción.

Se puede incluso equiparar este proceso con el método científico:

1. malestar del paciente (problema)
2. diagnóstico (hipótesis)
3. establecer el objetivo terapéutico (aliviar el padecimiento, dolor, causa de las quejas)
 - hacer un inventario los tratamientos posibles / elegir el tratamiento personal Tp (basado en eficacia, seguridad, disponibilidad, y costo⁵⁶)
4. elegir un tratamiento (experimento)
5. iniciar un tratamiento (prescripción)
 - la recomendación debe iniciarse, primero, con una explicación de por qué es importante. Se debe ser breve, y usar palabras comprensibles para el paciente. Enseguida, hay que escribir con claridad. Cabe aclarar que no siempre el tratamiento elegido se centra en el uso de un fármaco, en ocasiones, es posible llevarlo sin recurrir a éstos.
6. verificación de resultados (supervisión de resultados)

Ahora bien, considerada en sí misma, la prescripción es una instrucción dada de un prescriptor (puede ser un médico, un trabajador paramédico, un asistente médico, una partera, o una enfermera) a un dispensador (un farmacéutico, una enfermera, un asistente, y otros).

Conviene precisar que, en ocasiones, el tratamiento no se centra en el uso de fármacos, puesto que puede tratarse de un problema que se resuelva con

⁵⁶ Revisese, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip23e/whozip23e.pdf>

algunas recomendaciones sobre la dieta o los hábitos de conducta. Por ejemplo, en el caso del estreñimiento ligero⁵⁷. Aun así, el médico deberá comunicar de manera oral los consejos al paciente, y, en caso de ser necesario, enlistar en una receta, la información.

Sobre la prescripción escrita, referimos arriba su historia, y hemos visto que los documentos antiguos conservaron casi siempre una estructura en tres partes, y que, de ésta, la segunda sufrió pocas modificaciones. Así pues, en las recetas actuales, se conserva un modelo parecido, aunque presenta algunas acotaciones:

- Nombre y dirección del prescriptor, con número de Teléfono (si es posible)
- Fecha de la prescripción
- Nombre y fuerza del fármaco
- Forma farmacéutica y cantidad total
- Información para la etiqueta del envase
- Iniciales del prescriptor o firma
- Nombre y dirección del paciente; edad (para niños y ancianos)

⁵⁷ Por lo general, el estreñimiento se define como una incapacidad para evacuar heces durante al menos una semana.

Problemas acerca de la prescripción

En el documento *Guide to Good Prescribing*⁵⁸ publicado por la OMS, se llama la atención sobre los resultados de un estudio acerca de la prescripción en un grupo de graduados en medicina, y, sin dar más detalles, se advierte que en casi la mitad de los casos participantes se escogió un medicamento inapropiado o dudoso; en un tercio, las recetas se escribieron de manera incorrecta; y en dos tercios de los casos no se dio información importante al paciente.

Más adelante, en el mismo documento, se señala que el 50 % de los pacientes no toma los fármacos recetados de manera correcta, o no completan la dosis indicada, debido a que

- los síntomas desaparecieron,
- ocurrieron efectos secundarios importantes,
- no vieron resultados sobre su padecimiento,
- los horarios prescritos eran complicados.

Todo lo cual, se concluye en el documento, es resultado de una mala prescripción.

⁵⁸ <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip23e/whozip23e.pdf>

En consecuencia, una indicación médica deficiente genera mala adherencia al tratamiento, conduce a un tratamiento ineficaz e inseguro, y también a la exacerbación o prolongación de la enfermedad, a la angustia y daño al paciente, y a mayores costos. Y más aún, los “errores de medicación” contribuyen a que en países como Estados Unidos un alto porcentaje de pacientes mueran en el hospital debido a este fallo (Institute of Medicine (U.S.), 2000).

Figura 4. En la siguiente figura representamos el efecto de la prescripción en los resultados del tratamiento.



La prescripción médica en México

Vivimos ahora una transición epidemiológica y nutricional, en pocos años la población cambió de padecer enfermedades infecciosas y desnutrición, a enfermedades crónicas como sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, cardiovasculares, cirrosis, renales, entre otras, que son la principal causa de muerte. La atención y prevención de las enfermedades crónicas constituyen el principal reto del sector salud a nivel nacional.

Como ya se ha visto, la prescripción es el resultado del proceso de la consulta médica, implica un diálogo, la auscultación pertinente para identificar los síntomas y el análisis del médico para decidir, junto con el paciente, las acciones a seguir. Se expresa de manera oral y escrita a través de una receta, y exige contar con conocimientos técnicos, de alto nivel de reflexión sobre valores implícitos del paciente, así como distintas habilidades de comunicación (Moya, 2011).

Con el advenimiento de nuevas tecnologías, técnicas quirúrgicas y tratamientos farmacológicos, se ayuda a que la prescripción médica sea más variada y asertiva, lo que supone una mayor efectividad en los tratamientos. Para que se cumpla esta condición, es necesario que el personal de salud tenga la habilidad de emitir, exponer y acordar con el paciente dicha prescripción de manera adecuada, y, de igual manera, que el paciente logre, a través del acuerdo y convicción apegarse a dicha prescripción [185] (M. Ortiz P & Ortiz P, 2007).

La prescripción constituye un acto científico, pero también un acto ético y legal al mismo tiempo. Intervienen en ésta distintos actores quienes pueden tener conflicto de intereses, pues, por un lado, el médico con su saber, tiende a tomar las decisiones que considera más eficaces para el tratamiento; y también están el paciente y su familia, quienes tienen una opinión acerca de la enfermedad y una expectativa acerca del tratamiento; y, por otro lado, la sociedad participa a través de las regulaciones sanitarias vigentes, y al final aparece también la industria farmacéutica con sus intereses económicos (Martín Moreno, 2001). Esta última ha jugado un papel activo en la prescripción médica, por lo que ha sido motivo de vigilancia, dado que la utilización de sustancias (medicamentos) químicas o naturales, con las que el médico pretende alcanzar el efecto terapéutico deseado, implican cierto nivel de riesgo para el paciente.

Desde el punto de vista ético, como se ha mencionado en capítulos anteriores, las máximas que deben regir la prescripción son mayor efectividad, menor riesgo posible, menor costo y el respeto a la elección del paciente. Esto significa que, al

utilizar ciertas sustancias o procedimientos que impliquen riesgos, el médico está obligado a comunicar al paciente, y mediante el diálogo, aclarar y buscar la aceptación informada.

Desde el punto de vista legal, debido a que el médico tiene una acreditación, que es la facultad social para someter al paciente a dicho riesgo (por utilizar sustancias y someterlo a procedimientos), se le exige responsabilidad a través de las regulaciones vigentes. Al respecto, el Diario Oficial de la Federación (DOF) declaró el 8 de septiembre de 2017, la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes de Sistema Nacional de Salud, del documento Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente (AESP) publicado el 2017 por el Consejo de Salubridad General (CSG) del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) el cual dice: “Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente”. Para lo cual, es necesaria la comunicación efectiva, entre otros elementos (“Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente CSG,” 2017) [186].

En consecuencia, se precisa buscar alternativas que ayuden a reducir los riesgos ocasionados por una mala prescripción.

PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

La prescripción supone diversos procesos con base a tres formas de conocimiento distintos. Por una parte, durante la consulta médica, el proceso de diagnóstico supone la unificación del saber del médico sobre el cuerpo y la enfermedad, y también sobre los procesos mediante los cuales se obtiene información -la práctica clínica- que incluye; la entrevista, la observación y la auscultación, que como se ha visto depende del desarrollo de la confianza y de empatía con el paciente, no sólo como una conducta ética en la atención, sino también como un elemento para obtener información de calidad que le permita llegar a un diagnóstico. El conocimiento sobre los medicamentos, sus costos y disponibilidad. Otro elemento de conocimiento será las maneras de comunicar al paciente el padecimiento y el tratamiento, sin el entendimiento del paciente no existe posibilidad alguna de extender la prescripción y el acuerdo del paciente para atender estas instrucciones.

La intención de la prescripción es: informativo, indicativo y educativo, si bien la receta no puede contener todos y cada uno de estos elementos, y mayormente se centra en la explicitación de indicaciones, procedimientos, medicamentos y su dosificación, esto es resultado de un proceso más amplio que se ha explicado como parte de la comunicación entre médico y paciente.

Un espacio relevante para observar este proceso de comunicación es la durante la consulta, el momento de la prescripción es una síntesis de los distintos procesos clínicos que culminan en un acto de comunicación al paciente. Este momento, poder resultar fugaz y cargado de información, esta última aunque dosificada y organizada puede desbordar las posibilidades de comprensión del paciente, no sólo por las restricciones que puede suponer su desconocimiento del vocabulario médico, sino otros elementos como el volumen de información de orden distinto; procedimiento, sustancias, alternativas, síntomas, tiempos, medidas, formas de suministro, horarios, control, indicaciones, además de

comprender la función del medicamento en relación al padecimiento y la naturaleza de este implica procesos de aprendizaje que pueden requiere tiempo y otros momentos de reflexión o consulta de información.

Como se ha visto, el origen de la receta médica desde sus inicios, tuvo la función de acompañar al paciente y guiarle para el tratamiento, estas instrucciones, consejos y procedimientos son necesarios para el éxito de la cura, esto exigió del desarrollo de formatos y convenciones escritas.

Dadas los contextos de atención y el desarrollo de las prácticas de atención médica, la receta se ha sintetizado, y gran parte de la información sobre el tratamiento es comunicada oralmente durante la consulta y la elaboración de la receta. La prescripción en ese sentido es incompleta en la receta.

El acto de la prescripción, resultado del diagnóstico y la comprensión del médico sobre la condición de salud y humana del paciente, supone un acto comunicativo de intención didáctica, no se trata solo de presentar los resultados o conclusiones del diagnóstico del padecimiento y su tratamiento, sino también de provocar interés e implicación del paciente, para ello el médico debe facilitar la comprensión y entendimiento del paciente, el cual no puede ser inmediato, sino es un proceso de transformación personal que podrá tener distintos momentos, sin embargo, durante la consulta, es la posibilidad de interacción más directa, de mayor posibilidad de diálogo.

Esta investigación pretende describir el momento de la prescripción médica, con esta finalidad se introduce una estrategia de observación mediante la grabación de audio y escritura del proceso de elaboración de la recete médica. Esto permite observar estrategias de comunicación y la dinámica de comunicación en el diálogo. Para hacer esta grabación se utiliza una pluma digital y un cuaderno especial que permiten grabar de manera sincronizada el audio y la escritura del médico al momento de extender la receta.

Esta herramienta tecnológica ofrece dos posibilidades de observación, por una parte, como se ha mencionado, puede ayudar a observar el diálogo, vocabulario y formas de interacción entre los sujetos, al mismo tiempo, implica al médico una toma de conciencia de su acto comunicativo y su intención didáctica, así por este medio podemos observar las estrategias que el médico utiliza para comunicar los conceptos médicos, indicaciones e instrucciones del tratamiento. Las notas que escribe el médico, llamadas notas hipermedia, son escritas en papel y son entregadas como receta a los pacientes, por lo que también recuperan otras estrategias de comunicación escritas y gráficas que serán motivo del análisis como parte de la didáctica de la comunicación del médico con el paciente.

1.2.9 Tecnologías de información y comunicación

En la actualidad, en una sociedad globalizada, los sistemas de información enfocadas en el área de salud, han abierto nuevas posibilidades de comunicación, por lo que, los médicos deben contar con habilidades técnicas y mayores habilidades comunicativas que les permita responder a las nuevas demandas. La utilización de las historias clínicas y los registros electrónicos son ejemplo de éstas demandas, cuando se implementaron llevaban consigo la expectativa de que los médicos mejoraran en distintos aspectos, tanto en el registro, como en el seguimiento, en la comunicación con sus pacientes, y en la calidad de atención [187].

Las TIC han impactado de manera positiva en la sociedad en general, intervienen en procesos de la vida cotidiana tan importantes como la comunicación interpersonal. En el ámbito de la salud, contribuyen a que sea más rápido y eficiente en el proceso de atención, mejoran la comunicación médico-paciente-familia, mejoran el seguimiento, a la administración de los sistemas de salud. Con el uso de las TIC, se podría ayudar a que los pacientes estén más y mejor informados, a que tengan mayor educación en salud, se podría implementar el uso de consultas virtuales, acceder a diagnósticos en tiempo real, entre otros beneficios.

Algunos organismos como la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. ubicada en la Ciudad de México, ha hecho público el perfil por Competencias del Médico, que indica: “el médico debe tener la capacidad para establecer, mediante la comunicación verbal y no verbal, un clima de respeto, compromiso, confianza y empatía para construir una alianza proactiva con las personas (individuos, familias y comunidades) que favorezca el autocuidado y logre que participen aportando información, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad que les corresponde para el cuidado de la salud”, además, deberá tener la “Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y

comunicación para solucionar los problemas en la práctica profesional” para lo cual deberá, a) Utilizar correctamente el equipo de cómputo y acceso a Internet, b) Cumpliendo con los procesos de seguridad informática, c) Procesando datos, audio, imágenes y video, así como realizando su envío y recepción, d) Operando procesadores de texto, hojas de cálculo, programas de presentación, manejadores de bases de datos, paquetes estadísticos, e) Accediendo y recuperando información de bases de datos especializadas, f) Realizando el registro de variables clínicas utilizando recursos informáticos, g) Realizando el manejo del expediente clínico electrónico, h) Utilizando la telemedicina y la robótica, uso de simuladores y de paquetes auxiliares para la toma de decisiones clínicas, y i) Aprovechando los procesos de educación asistidos por computadora [162].

De igual manera, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recomendado el uso de las TIC, argumentando que dichas tecnologías pueden jugar un papel central para, garantizar un tratamiento centrado en el paciente, crear sistemas de información clínica (o mejorar las existentes) de monitoreo, evaluación y estrategias para mejorar la calidad de atención, la reorganización del personal médico en equipos multidisciplinarios, garantizando con esto, la capacitación continua en el manejo de enfermedades de alta prioridad como las enfermedades crónicas [188]. Estos organismos internacionales han propuesto intervenciones en el contexto de la atención primaria de la salud, pues la gran mayoría de enfermos con ECNT no reciben atención, o la reciben de manera deficiente. Uno de ellos es el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) propuesto por la OMS, el cual se enfoca en el paciente activado y en un equipo de atención médica proactivo y preparado. El paciente activado es aquel que logra tener suficiente información, educación, motivación y un alto sentido de autoeficacia para participar activamente en su cuidado. El equipo de atención médica proactivo se refiere al personal médico entrenado para reducir factores de riesgos, planificando las consultas de manera anticipada para evitar que se conviertan en eventos agudos y prevenir complicaciones. El

entrenamiento del personal de salud consiste en contar con la destreza, la información y los recursos que sean necesarios para asegurar la gestión clínica efectiva, además, tener acceso oportuno a equipos, suministros y medicamentos requeridos para dar una atención médica basada en evidencia. Otros modelos relacionados, son las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS, que se enfocan en optimizar el estado de salud y los resultados clínicos de una población definida. Su objetivo es prestar servicios continuos y proactivos, que al igual que el MCC de la OMS, hacen énfasis en los equipos multidisciplinarios, centrados en el paciente usando la red de datos y tecnologías de información y comunicación [188].

Algunos estudios que se enfocaron en mejorar la comunicación entre el personal de salud, mejorar la calidad de atención y reducir costos, han puesto en marcha estrategias como, historias clínicas electrónicas, registros médicos computarizados y sistemas de soporte para la toma de decisiones médicas [189]. Algunos concluyeron que dichas estrategias han dado frutos [190] [191] [192], y otros reportan que, algunas estrategias no han prosperado, pues demandan grandes cantidades de recursos financieros y humanos, lo que provoca que no funcionen eficazmente [193] [194]. Tal es el caso de algunos países desarrollados, que han implementado sistemas complejos y reportan diversos problemas con los sistemas de información, financieros y humanos, tanto de tipo técnico, como sociológicos y culturales [195] [196] [197] [198]. Sin embargo, hay consenso general en reconocer que, cuando se emplearon TIC en adultos enfermos de diabetes, los participantes muestran interés por recibir mensajes de texto con información relacionada a su tratamiento, así como recordatorios acerca del uso de medicamentos a través del uso de teléfonos celulares [189]. Dicha evidencia, propone que el uso de las TIC, podría mejorar comunicación médico-paciente, lo que constituye una solución activa para alcanzar la adherencia terapéutica, pues motiva al paciente a que se involucre activamente en el manejo y cuidado de su enfermedad, motiva al médico a tomar en cuenta el conocimiento de sus pacientes para individualizar el tratamiento, lo cual ayuda

a ambos a establecer metas realistas y alcanzables [170]-[173], [177], [181], [199].

La sociedad actual, que se caracteriza por tener al alcance distintas herramientas de comunicación y almacenamiento de la información, la mayoría de las personas a nivel mundial (4,000 de las 7,600 millones) que lo habitan, están conectados por un número telefónico móvil que utiliza internet, y donde se estima, que el internet pronto será universal [200]. También la nombrada sociedad del conocimiento, desde 1960, cuando se analizaban la noción de sociedad postindustrial, que resume hasta cierto punto, el advenimiento de las TIC, y su efecto en la sociedad actual. El sociólogo Peter F. Drucker fue el primero en advertir la llegada de una sociedad de conocimiento, caracterizada por reconocer en su estructura económica y social, que el conocimiento es el recurso más valioso y más importante para, la productividad, el crecimiento y la desigualdad social; por encima del trabajo, las materias primas y el capital [201]. La sociedad del conocimiento se relaciona estrechamente con las TIC, en cuanto a planificación de la educación, formación y gestión del conocimiento, debido a que hace referencia a cambios en sectores tecnológicos y económicos. Un ejemplo de su implementación es que, a nivel mundial se buscan mejores formas de prestar los servicios de salud, utilizando como posibilidad es la gestión del conocimiento en las organizaciones.

La gestión de conocimiento implica procesos y técnicas de administración, que consisten en capturar, organizar y almacenar el conocimiento acumulado por las organizaciones, con miras a transformarlo en capital intelectual para luego compartirlo y hacerlo útil entre los integrantes. En el caso particular del sector salud, se vincula estrechamente a la gestión de tecnologías en salud, las cuales son de gran utilidad para enriquecer las estrategias, la cultura organizacional, promover y difundir la innovación a fin de alcanzar mayor efectividad, calidad de la atención y equidad [202].

Las tecnologías de información y comunicación (TIC) son utilizadas actualmente, como un medio de comunicación en la educación de distintas áreas y sectores. En el sector salud se ha descrito que hay un impacto positivo en la atención clínica y en la relación médico-paciente [203] [204]. Su uso tiene el potencial de mejorar la calidad de la atención médica porque facilita los procesos de acceso, almacenamiento y distribución de información de prácticas y protocolos médicos, facilita los procesos de comunicación y transmisión de información al paciente a bajo costo, lo que puede impactar en un mayor acceso a la atención médica [203]. En la educación médica, las TIC, junto con aplicaciones que utilizan internet, representan un nuevo mundo comunicativo, que permiten una amplia gama de posibilidades, como acceder a bancos de datos, publicaciones, congresos, bibliotecas, libros virtuales, entre otros [205]. La información médica se encuentra en constante actualización por lo que el médico contemporáneo demanda el uso de las TIC e internet para utilizar y disponer de fuentes de información que le permitan ejercer de manera adecuada la medicina basada en evidencia [206]. Se ha descrito que los médicos de 25 a 34 años de edad son los que usan frecuentemente las TIC, pues la integran a su vida cotidiana como herramienta de conocimiento, interacción, comunicación y acceso a la información [203]; también se ha descrito que cada vez más los médicos mayor edad están usando estas tecnologías [207] [208].

1.2.10 Tecnologías de Información y Comunicación y Conocimiento

Al revisar las definiciones de las Tecnologías de Información y Comunicación ofrecidas por diversos autores [209] [210], encontramos que éstas tienen en común el hacer referencia a un conjunto de herramientas tecnológicas organizadas para almacenar y transmitir información. Dichas definiciones se elaboran según el propósito concreto de las TIC, y pasan por alto que las aplicaciones, los conceptos, y los métodos involucrados en éstas evolucionan casi a diario. lo cual da como resultado una delimitación engañosa.

Sobre esto, Gilbert Simondon [211] ha afirmado que, dada la continua evolución de los objetos técnicos, es preferible definir a éstos sobre la base de los criterios de su origen: el objeto técnico, por tanto, no sería esa o esta cosa, puesta ahora, sino aquello de lo cual existe un principio. Esta afirmación se muestra apropiada, cuando queremos tratar de especificar las Tecnologías de Información y Comunicación, ya que, si quisiéramos hacerlo de acuerdo a su fin práctico, como parece ser común hacerlo, resultaría una especificidad falsa, porque ninguna estructura fija⁵⁹ corresponde a un uso definido. En lo que sigue, ofreceremos nuestra definición de las TIC, orientados por esta precisión.

En las TIC hay una convergencia de funciones de distintas herramientas en una unidad estructural. En efecto, a partir de su composición nominal, distinguimos tres elementos con sus correspondientes modalidades:

1. tecnológicas
2. comunicativas.

⁵⁹ Aquello a lo que uno da un solo nombre, por ejemplo, el *gadget*, puede ser múltiple en una instancia y puede variar en el tiempo al cambiar su individualidad.

3. informáticas

Respecto a las primeras, encontramos su referente previo en el diseño del artefacto, un objeto cuyo propósito es potenciar las facultades humanas o, en su defecto, contrarrestar sus limitaciones. Sobre las herramientas comunicativas, hemos visto en otro lugar que se trata de recursos de igual modo tecnológicos empleados para optimizar la comunicación, y ampliar su alcance. El tercer tipo de modalidad resulta más relevante, puesto que rige el conjunto estructural.

Para entender la especificidad de este tercer elemento, consideramos necesario revisar la palabra “informática”, que tiene su origen en el término francés *informatique*, propuesto por Dreyfus [212] en 1962 para traducir la expresión inglesa *computer science*, la cual pasa por alto un grupo de ideas básicas para la comprensión de la modalidad específica de las TIC.

El neologismo “informática” remite a una composición hecha a partir de los nombres “información” y “automatización”. El primer término se entiende como el acto de dar forma a algo, desde el propio interior de éste; y el segundo, como la acción de automatizar el proceso. La conjunción de ambas acciones da como resultado un autómeta [212]. Y el desarrollo llega su conclusión, al interactuar humano y autómeta. Esta correlación, además, permite que un dato llegue a ser información o, visto más de cerca, hace posible la comunicación. Pues el autómeta sin la interrelación humana carece de sentido.

La atracción por los autómetas ha dado lugar a diversos artefactos, entre éstos, “la máquina de pensar”, considerada precursora de la informática, y creada por G. Wilhelm Leibniz [213]. En el siglo XVII, Leibniz construyó una máquina calculadora de cuatro vías que realizaba las cuatro operaciones aritméticas elementales. El diseño del aparato incluyó un mecanismo para mantener en memoria el multiplicando de la operación: un dispositivo de accionamiento ajustable, basado en un engranaje móvil, llamado “cilindro de Leibniz”. Además, la máquina en cuestión tenía ocho cilindros de este tipo, lo que permitía un multiplicando decimal de ocho dígitos.

Muchos de estos principios de la “máquina de pensar” se conservan en la actualidad en los dispositivos informáticos [213]. Por ejemplo, la programación basada en objetos se apoya en la idea de elementos que pueden contener (encapsular) datos, en forma de campos, llamados atributos, y programas, en forma de procedimientos, nombrados métodos [212]. Asimismo, las herramientas informáticas se componen, además, de algoritmos, programación, sistemas operativos, redes informáticas, bases de datos, y otros más.

La búsqueda de automatización para el manejo de información, a través de “máquinas de pensar”, tiene su origen en Leibniz. Las TIC son, por tanto, una convergencia de funciones informáticas orientadas a la comunicación en una unidad tecnológica estructural, la cual tiene su referencia en la Monadología [214], parte de la “máquina de pensar” de Leibniz, y conserva el carácter de su evolución en forma de su tecnicidad informática.

La epistemología y el racionalismo crítico

Ante un objeto con las características mencionadas arriba, se imponen las siguientes preguntas, ¿cuál es la metodología de investigación más apropiada para su estudio? ¿De qué calidad es la naturaleza de su conocimiento? ¿Cuál es su carácter como objeto de conocimiento? En los siguientes párrafos buscaremos responder estos cuestionamientos.

Dobson [215] ha señalado que, debido a la creación en cierto modo nueva del campo de investigación en sistemas informáticos, es razonable que se exija una definición más clara de la filosofía subyacente y de sus supuestos de investigación, en especial, porque, como refieren Garcia y Quek [216], esta misma inmadurez ha llevado a una serie de enfoques y métodos teóricos tomados de otros campos temáticos, a menudo con poca consideración por el bagaje asociado a dichos supuestos. No obstante, el interés por los problemas

epistemológicos vinculados a los diseños informáticos ha comenzado poco a poco a generar propuestas filosóficas heterogéneas propias.

Desde finales del siglo pasado, distintos investigadores se han planteado las cuestiones que hemos señalado arriba. Destacan los trabajos de Roy Bhaskar [217]-[221], quien ha adoptado el término “realismo crítico” en el área de la filosofía de la ciencia, y cuya fecundidad se ha extendido en el ámbito social e informático debido a autores como Archer [222], Mingers y Sayer [223], entre otros.

A continuación, expondremos de manera resumida las ideas principales del realismo crítico (RC), y su examen sobre las doctrinas axiales de la filosofía de la ciencia, y también señalaremos su relación con temas de metodología, epistemología e investigación asociados a las Tecnologías de Información y Comunicación.

El realismo crítico es una posición filosófica disidente del empirismo (visión positivista de la ciencia), y del idealismo, propio de la ciencia social (encarnado por el constructivismo o el interpretacionismo). Acerca del primero, el RC rechaza su exigencia de considerar sólo eventos observables para la formación del conocimiento científico, y, en cuanto al segundo, le contrapone el carácter nouménico de la realidad, al sostener que ésta existe, haya o no investigación.

En este sentido, Mingers [224] subraya que ambas posturas filosóficas equiparan la epistemología a la ontología,

- el ser es el conocimiento humano (sostiene el idealismo)
- el ser es la experiencia humana (presupone el empirismo)

El realista crítico afirma que la ontología es independiente de la epistemología: el mundo existe, pese a que los humanos no existan. Las consecuencias de esta distinción, por lo demás, descubren un espectro amplio de posibilidades para el estudio de las TIC y otras disciplinas, según se verá más abajo.

A continuación, presentamos una tabla elaborada por Mingers que resume el punto de vista del realismo crítico acerca de las principales filosofías de tema científico [224].

El cuadro anterior lleva implícita la crítica de Mingers (partidario del realismo crítico) a las filosofías de la ciencia dominantes. Por ejemplo, se subraya el método inductivo propio del empirismo, sobre el cual, los defensores del realismo crítico aportan sus herramientas lógicas propias. Asimismo, se hace patente el supuesto del convencionalismo acerca de la negación del mundo nouménico. Vale decir que Bhaskar ha denominado “realidad intransitiva” a la existencia del mundo sin humanos, la cual aparece estratificada en en sus partes real (mecanismos, eventos, experiencias), actual, y empírica.

También, el realista crítico pone en duda la eficacia de los resultados obtenidos a partir de un experimento de laboratorio, y sostiene que esa manera de abordar el objeto de estudio es artificial, debido a que la realidad externa presenta un carácter indeterminado; la misma crítica se extiende a los métodos estadísticos, sobre todo empleados en ciencia social, ya que suponen un grado de cierre que rara vez está presente [225], aunque admiten su valor [226], [227].

Tabla 9. Realismo crítico y las principales filosofías de tema científico

	Empirismo		Convencionalismo		
	<i>Empirismo lógico</i>	<i>Hipotético-Deductivo</i>	<i>Pragmatismo</i>	<i>Paradigma Kuhniano</i>	<i>Sociología de la ciencia</i>
<i>Propósito</i>	Explicar hechos que pueden ser observados de manera empírica en términos de leyes universales	Explicar hechos que pueden ser observados de manera empírica en términos de leyes universales	Una actividad práctica que no pretende producir la verdad, sino conocimiento útil	La ciencia se dirige al conocimiento dentro de un marco determinado de supuestos	La ciencia es ante todo una actividad social como cualquiera otra. No tiene influencia especial sobre la verdad.
<i>Método</i>	Observaciones y medidas que pueden representarse de manera matemática. La derivación de leyes universales por la inducción.	Propuesta de hipótesis o suposiciones que pueden llegar a ser verificadas o falseadas, pero no comprobadas	Las teorías se juzgan según su utilidad en la solución de problemas, o según su aceptación.	La ciencia trabaja siempre dentro de un conjunto de teorías y supuestos (paradigmas), bien enraizados, que modelan el tipo de la actividad científica.	En la práctica, la ciencia funciona como una actividad social en cuanto al poder e influencia y no como el acceso puro a la verdad.

Tabla 9. Realismo crítico y las principales filosofías de tema científico (continúa)

<i>Supuestos</i>		No podemos ni debemos ambicionar la verdad última, sino la utilidad; las teorías son instrumentos;	El paradigma teórico dominante determina la actividad científica: Mediciones, teorías, aceptación. En el transcurso del tiempo, los paradigmas se intercambian de manera recíproca, pero éstos pueden ser inconmensurables.	El conocimiento es antes el resultado del poder dentro de las actividades sociales que el reflejo de un mundo real externo.
Causalidad humeana: Sólo conexiones constantes de eventos.	Causalidad humeana;			
Inducción.	Observación directa del criterio de existencia;			
Observación objetiva y medición.	Las observaciones dependen de la teoría y del tema;	Teoría del consenso de la verdad;		
Teoría de la correspondencia de la verdad.	Las hipótesis no son en principio demostrables; deducción en vez de inducción.	El significado de un concepto proviene de su uso	La verdad es relativa al paradigma.	

Para el realismo crítico, la causalidad está por encima de las percepciones, consideradas a la manera humeana. Dicha causalidad remite, además, al llamado método lógico retroductivo o abductivo, el cual, dicho de manera concisa, se basa en la suposición de que una causa, pese a que a veces no llega a ser percibida, genera efectos en la realidad. Este procedimiento se denomina DREI, cuyo nombre se forma a partir de las iniciales de sus elementos [224]:

- Describe los eventos de interés,
- Retroduce mecanismos explicatorios,
- Elimina falsas hipótesis,
- Identifica el mecanismo correcto.

Por lo demás, el método lógico retroductivo (o abductivo) es medular en el esquema del realismo crítico. En efecto, esta propuesta permite trabajar con sistemas informáticos [215], asimismo, con diseños en los que convergen funciones informáticas orientadas a la comunicación como las TIC.

Otro aspecto, el RC subraya la falibilidad [224] del conocimiento, lo cual lo acerca a las teorías falsacionistas de tipo popperiano, y, sobretodo, se asume como una metodología de investigación mixta, denominada “método mixto” o “multi-metodología”. Esta última característica permite investigar sistemas que, por un lado, se componen de diversos dispositivos tecnológicos, y, por el otro, cambian los modos de manejar la información. Además, este enfoque facilita la intersección distintos dominios disciplinarios.

Puesto que en las Tecnologías de Información y Comunicación convergen funciones de distintas herramientas en una unidad estructural (hemos distinguido elementos tecnológicos, comunicativos, e informáticos), se precisa para su estudio de una metodología ecléctica que conjunte una variedad de procedimientos epistemológicos. Esto mismo se extiende a la estructura subyacente de la comunicación, que, según hemos visto, presenta una variedad amplia de formas (materiales, sociales y cognitivas).

Un ejemplo de aplicación de lo descrito en los párrafos anteriores puede revisarse en el trabajo [228] de Njihia y Merali, *The Broader Context for ICT4D Projects: A Morphogenetic Analysis*, en el que se buscó la aplicación del método *CR-informed*, perteneciente al realismo crítico, y del análisis morfo-genético⁶⁰, en el desarrollo de ideas sobre el proceso y la dinámica social de los proyectos de TIC

⁶⁰ Los autores mencionan que Archer propuso el enfoque morfo-genético (MA, por sus siglas en inglés) como un complemento práctico del *racionalismo crítico*, y proporcionó una metodología explicativa basada en una ontología social adecuada y de uso práctico para los analistas.

en contextos complejos. Njiha y Merali buscaron la aplicación de este estudio al sector público de Kenia, en un periodo de 40 años.

Con la metodología referida, los autores mencionados pretendieron exponer cómo la trayectoria de las TIC para el desarrollo surgió de la interacción entre diversos sectores sociales, locales y extranjeros.

De esta manera, se realizó la separación de las partes del conjunto, el análisis del tiempo, y la temporalidad en los procesos de transformación, y el papel de las estructuras y dinámicas de la red para explicar el cambio relacionado con las TIC. Los autores concluyeron que la adopción de la metodología usada, y su ética de emancipación, representaba un cambio potencial en la forma en que se llevan a cabo los estudios de ICT4D, incluso bajo los supuestos aplicados.

En suma, dada la característica propia de las TIC, el ser la evolución de “la máquina [automática] de pensar” de Leibniz, orientada a la comunicación, su estudio debe tomar en cuenta que sus contenidos (datos, información) son distintos a los exigidos por los empiristas para abordar la tarea de investigación científica. Es decir, la cualidad de su conocimiento no es, en principio, empírica. Y, por lo mismo, debido a que su objeto de estudio es la realidad intransitiva (la existencia del noúmeno, independiente se los humanos), su investigación se aleja también de la metodología del idealismo.

Debido a lo anterior, se precisa de una metodología cuya amplitud rebase los paradigmas epistemológicos tradicionales.

Las TIC como una herramienta pedagógica

Porque la investigación sobre las TIC es una tarea multi-metodológica, es necesario considerar también el papel de la pedagogía en su diseño. A continuación, revisaremos sus aportes.

Desde una perspectiva constructivista ⁶¹ en pedagogía, la promoción de herramientas cognitivas, así como de los entornos de aprendizaje interactivos [229] son el modo óptimo para realizar el proceso de enseñanza. En este sentido, el uso de las TIC como mediación del aprendizaje sirve de apoyo, sobre todo, si se enfoca en la construcción del conocimiento, y pueden personalizarse.

Existen diversos tipos de herramientas cognitivas, entre otros, Jonassen, Carr y Yueh⁶² proponen una clasificación, según el tipo de actividad promovida:

- Herramientas de interpretación de información, de tipo visual que ayudan a representar ideas de manera gráfica.
- Herramientas de modelado dinámico, por ejemplo, las hojas de cálculo, que ayudan a establecer relaciones, visualizaciones, y manipulación de información
- Herramientas de construcción de conocimiento, pueden ser multi-media, ayudan a administrar proyectos, y a organizar, exponer ideas, y más. Entre este tipo, están las plataformas *YouTube*, *Picasa*, *Flickr*, y otros.
- Herramientas de comunicación y colaboración, referido de manera básica a redes sociales, permiten el aprendizaje colaborativo y la comunicación,

⁶¹ Por ejemplo, Jonassen, Vygotsky, y Ausbel.

⁶² Jonassen, D., Carr, C. and Yueh, H. (1998). Computers as Mindtools for engaging learners in critical thinking. *TechTrends*, 43(2), 24-32.

- Herramientas de organización semántica, ayudan a organizar y analizar la información, pueden ser programas de mapas conceptuales, tipo CMapTools, Xmind, y otros.

De esta manera, las Tecnologías de la Información y Comunicación pueden diseñarse para la promoción del conocimiento. Esto mismo es válido para la comunicación de conocimiento experto en la relación médico-paciente. El diseño de un proyecto basado en las TIC para estos fines debe hacerse desde un enfoque multi-dimensional: pedagógico, informático, técnico, médico, y otros. El producto final debe ser capaz de incorporar los distintos elementos que lo conforman, y, de igual manera, presentarse de manera amigable ante el paciente, además de estar proyectado para su personalización.

Debido a lo anterior, es necesario conformar un equipo de trabajo, a partir diversas disciplinas, a fin de ampliar la óptica y lograr un mejor resultado en el proyecto.

Enseguida, presentamos una lista de características⁶³ que deben tener las herramientas cognitivas.

- Permiten el procesamiento cognitivo. Se centran en el usuario, y se diseñan para promover el desarrollo de procesos mentales significativos. Pueden auxiliar en tareas menores, pero están diseñadas para apoyar el pensamiento significativo.
- No son inteligentes. No deciden por el usuario, por tanto, su capacidad de automatización es limitada, ya que el usuario modulará su uso.

⁶³ Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books.

- Promueven la colaboración cognitiva. Pueden ser auxiliares en procesos cognitivos llevados a cabo por el usuario, pero deben favorecer los procesos mentales con el propósito de ampliar el pensamiento del usuario.

En conclusión, las Tecnologías de Información y Comunicación representan la evolución de proyectos apoyados en la informática (“información” y “automatización”), los cuales convergen en una unidad tecnológica estructural, y están orientadas a la comunicación. Estas tecnologías comprenden un conocimiento multi-disciplinario, que requiere de una metodología con características semejantes, por lo que se requiere ir más allá de los paradigmas metodológicos tradicionales. Y para el caso de la comunicación médico-paciente, o en cualquier caso en donde se pretende el aprendizaje, debe apoyarse en los preceptos pedagógicos correspondientes.

MÉTODOS

Una característica natural del hombre es construir el sentido del mundo, de los otros y de el mismo, estos procesos cognitivos conducen a la construcción del de conocimientos de su entorno, ya sea a partir de la experiencia y el sentido común, o formas más organizadas y sistemáticas como el caso de la filosofía, el arte, religión y la ciencia.

La ciencia a través de la investigación, genera el conocimiento científico, el cual es muy valorado en la actualidad, porque ayuda a la adaptación del humano a su realidad social, cultural y natural, ayuda a intervenirla y transformarla de manera favorable [230].

En toda investigación científica debe elegirse una metodología a seguir, y es ésta la que determinará como se desarrollará el trabajo, para la recolección correcta de los datos que dará validez a las conclusiones de la investigación. Una perspectiva histórica puede reconocer de manera general dos grandes paradigmas de las Ciencias Sociales, el positivismo y la fenomenología. El positivismo intenta comprender la causa de los fenómenos independientemente de la subjetividad de los actores, mientras que la fenomenología intenta comprender el mismo fenómeno desde el punto de vista de los actores. Estas diferencias en el abordaje para comprender el fenómeno, exigen metodologías distintas, para el caso del positivismo, los instrumentos utilizados comúnmente son el cuestionario o encuesta que son susceptibles al análisis cuantitativo mediante la estadística, y para el caso de la fenomenología, la observación y entrevista que son susceptibles al análisis descriptivo [231]. Sin embargo, actualmente, esta división epistemológica no se presenta de manera tan estricta en la práctica, pues cada vez más, se recurre al diseño de estudios con metodologías mixtas. Es pertinente mencionar también que las metodologías cuantitativas y cualitativas no responde de manera exclusiva estos paradigmas. La investigación con hipótesis estadística puede originarse o ser parte de un proceso cuantitativo, y a su vez, investigaciones cuantitativas pueden asumir

modelos objetivos al momento de analizar los datos o para formular sus conclusiones.

Debe también advertirse que la fenomenología es una de las tradiciones en investigación social, pero que los autores reconocen otras más, como la teoría fundamentada, etnografía, estudios de caso, estudios narrativos, entre otras (Creswell, 1998) [232].

Uwe Flick [233] propone entender los procesos de investigación de manera dinámica, considera que los procedimientos de recolección son orientados por el método de análisis que exige la pregunta de investigación en el contexto de un marco teórico asumido por el investigador. De esta manera, no existen técnicas de investigación independientes del método de la investigación, sino es la construcción de un proceso de análisis y recolección de datos.

Las preguntas de investigación podrán exigir distintas estrategias de análisis, sean estas cualitativas o cuantitativas y los instrumentos deberán ser consistentes y coherentes para obtener los datos que serán sometidos a dicho análisis.

Para cumplir los objetivos del presente estudio se utilizarán metodologías mixtas, pues se incorporan componentes cualitativos y cuantitativos. Este tipo de estudios ha venido tomando auge en los últimos 20 años entre investigadores, principalmente de las ciencias sociales, porque permite un abordaje integral del fenómeno a estudiar [234].

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo principal

Describir la comunicación entre médico y paciente en el momento de la prescripción de tratamiento y la elaboración de la receta médica.

1.3.2 Objetivos secundarios

Identificar las herramientas de mediación que emplea el médico en la comunicación con el paciente

Describir las características gráficas como elementos didácticos de la comunicación del médico en la elaboración de la receta médica.

Analizar y describir las características del diálogo entre médico y paciente durante la prescripción del tratamiento y la elaboración de la receta médica.

Describir y comprender las funciones de la nota hipermedia en la organización del discurso didáctico del médico al paciente.

Explorar y reportar el interés del paciente sobre la nota hipermedia y la utilidad que él encuentra en este medio como ayuda y acompañamiento de su tratamiento.

1.4 DISEÑO

Los objetivos del presente estudio se alcanzarán utilizando técnicas y métodos cualitativos. Se utilizará la elaboración de la nota hipermedia por parte de los participantes para conocer el proceso de comunicación médico-paciente durante la prescripción y receta médica, en un ambiente natural de la consulta. El estudio se llevó a cabo en el segundo semestre del 2018. Se visitó a médicos en sus consultorios, ubicados en Cuautitlán, Estado de México.

1.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron médicos generales o especialistas que atienden pacientes adultos. Participaron médicos internistas del Hospital General de Zona, Vicente Villada, médicos generales y médicos internistas de clínicas privadas ubicadas en Cuautitlán, Estado de México. El tamaño de la muestra fue por conveniencia, buscando obtener la mayor y mejor cantidad de información con base en el tiempo y recursos disponibles. El presente estudio, no tuvo representatividad poblacional, por lo que los resultados no representan a otros grupos.

En la tabla 10 se muestran los médicos participantes y el número de notas y de pacientes participantes.

1.6 LA NOTA HIPERMEDIA, MÉTODO E INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO DE LA COMUNICACIÓN DEL MÉDICO Y EL PACIENTE

1.6.1 La nota hipermedia

La nota hipermedia es producto de la escritura del médico durante la elaboración de la receta médica. Es un documento en formato PDF que contiene la grabación en audio de lo dicho por los participantes y los trazos de escritura realizados por el médico, de manera sincronizada.

La nota hipermedia, es un concepto que permitió introducir la pluma digital, una TIC que funciona conjuntamente con el cuaderno de hojas de papel con patrones de micro puntas, para realizar el registro de la escritura y el audio. La nota hipermedia es el concepto mediante el cual se presentó a los médicos el procedimiento de registro del momento de la prescripción médica, de esta manera se introdujeron algunas nociones de operación y de técnicas muy generales para el uso de la pluma y el cuaderno.

La *nota hipermedia* es entonces, un recurso para producir los datos, y una manera que introduce un cambio en el proceso de comunicación, sin embargo, este cambio no transforma las concepciones o prácticas, sino hace más visibles conceptos, prácticas y estrategias ya existentes. Así, la elaboración de una nota hipermedia, supone tal vez, que el médico cuidará la claridad de la letra y disminuya la velocidad de escritura, pero no implica un cambio de las estrategias de organización y los recursos gráficos que ya utilizaba. Otros estudios que la han utilizado han observado, que se requiere de aprendizaje técnicos específicos para poder incorporar nuevos recursos gráficos y cambiar las prácticas de escritura ya existentes.

Considerado lo anterior, la pluma digital⁶⁴ permitió analizar la información sobre el proceso de comunicación entre el médico y el paciente de manera natural en el momento de la prescripción, cuando sucedió el diálogo.

1.6.2 El diálogo como objeto de análisis

El dialogo, es el intercambio comunicativo entre médico y paciente. Según Vygotsky, el habla humana es un sistema de significados que funciona como mediador en la comunicación, y al igual que otros sistemas como la escritura, los gráficos, la pintura, la notación matemática, entre otros, es útil para preservar y construir, y comunicar significados [235].

El diálogo no sólo se expresa mediante palabras, como parte de la comunicación, sino otros elementos que puede ser utilizados intencionalmente, y de manera eficaz para compartir significados o bien pueden impedirlo; como gestos, olor, miradas, referentes compartidos, cultura de los participantes en el diálogo son elementos que intervienen en la comunicación.

El diálogo supone la participación de al menos dos participantes que desarrollan una conversación entre ellos. Como se ha mencionado en el marco teórico, la teoría de Mercer ofrece un enfoque para en análisis de las conversaciones para poder determinar el tipo de conversación y las posibilidades que esta ofrece como vehículo para construir conjuntamente significados.

Un elemento que forma parte del diálogo es el uso de recursos gráficos, que se plasman en la elaboración de la receta médica. La escritura puede ser

⁶⁴ La pluma digital es marca Livescribe Echo (www.livescribe.com)

complementaria, auxiliar, específica o enfática, y también puede disminuir y dificultar o entrar en conflicto con el habla.

El propósito de la dimensión de análisis del diálogo, es entender la relación entre los significados compartidos, las variedades conversacionales en los que se desarrolla, las posibilidades didácticas y de ayuda que se utilizan para facilitar la comprensión mutua de conceptos médicos, el desarrollo de la empatía entre médico y paciente, así como reconocer las relaciones que el habla mantiene durante la nota escrita. Otro aspecto de análisis será las características gráficas de la receta (conceptualizada para fines de análisis como nota hipermedia), que será una dimensión de análisis complementaria para entender estas relaciones con el discurso oral.

El diálogo entre el médico y el paciente es dinámico, supone un intercambio de intervenciones entre los hablantes, Dado el contexto de la interacción, que es en la consulta médica, es posible suponer que el diálogo es conducido por el médico, en términos del proceso de diagnóstico ya mencionado, sin embargo, no debe olvidarse que todo este proceso está motivado en solicitud del paciente y en dar respuesta a sus necesidades. De manera similar ocurre con los diálogos entre profesores y estudiantes, estos pueden ser conducidos por los profesores, incorporando ayudas, explicaciones y actividades, y aunque el origen del diálogo esté en el objetivo curricular a cumplir, el desarrollo de éste y su pertinencia, estarán en función del contexto y necesidades del estudiante al que se dirige. Considerado así, el diálogo es un proceso didáctico, un ajuste que el médico hace para ayudar al paciente a la comprensión de su padecimiento, del tratamiento y provocarlo a desarrollar interés e implicación personal en el proceso.

En este proceso de diálogo, cuando el médico utiliza la pluma digital para escribir la prescripción, al mismo tiempo se genera un material hipermedia, que consiste en concentrar de manera sincronizada, lo escrito con lo hablado, es decir, se recupera como un video. La pluma digital se conecta a una computadora para transferir las grabaciones y con el software propio de la pluma, se convierte en

nota hipermedia, el cual se puede compartir y reproducir en otras computadoras y/o teléfonos móviles [236].

La presente investigación buscará conocer la práctica comunicativa del médico en el momento de la prescripción y en el contexto de la consulta.

En la tabla # se muestra las notas recabadas, y el tiempo de grabación y páginas totales.

1.7 PROCEDIMIENTO EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

A cada médico que participó se le dio capacitación acerca del funcionamiento de la pluma y posteriormente, se le pidió que realizara una o más grabaciones de prueba.

El momento que se recuperó, es justo cuando el médico explica su prescripción y la escribe en la receta. Antes de prescribir, avisó al paciente que sería grabado y pidió su consentimiento.

Dado que se contó únicamente con 2 plumas, cada día o cada dos días se recogió la pluma para entregarla al siguiente médico.

1.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento y transformación de los datos se realizó utilizando el software especializado Atlas Ti [237].

Este software es utilizado como una herramienta para el análisis e interpretación de datos cualitativos, facilita el análisis de textos y la interpretación a través de la selección, indexación, y codificación de los datos. Funciona a través de dos niveles de trabajo diferenciados: a) el nivel textual que incluye actividades como segmentación de pasajes o citas, codificación y escritura de notas y comentarios que facilitarán la recuperación de la información, y b) el nivel conceptual el cual se centra en actividades de elaboración de modelos mediante la representación gráfica y conexión de todos los elementos (citas, códigos, notas).

Análisis e interpretación de resultados cualitativos

El análisis de la información consistió en examinar, codificar, seleccionar las notas hipermedia recolectadas en campo y recombinar la evidencia para identificar en los diálogos, los conceptos, ejemplos de ayuda, si existe una explicación verbal o escrita, claridad de las explicaciones y otros elementos que ayuden al paciente a mejorar la comprensión de la prescripción.

Dimensiones para el análisis

Características del diálogo del médico y paciente

Análisis de la composición gráfica de la nota

Reacciones del paciente ante la prescripción hipermedia

Dificultades en la incorporación de la tecnología durante el proceso de la incorporación.

1.9 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Todos los médicos fueron informados del estudio y se les pidió su consentimiento oral para participar. En la capacitación que recibieron, se les pidió de manera explícita que antes de comenzar la grabación pidieran el consentimiento de manera oral a sus pacientes y que les notificaran que recibirán la grabación de la consulta vía correo electrónico (quienes tengan esta posibilidad).

Todos los datos personales se manejaron bajo estricta confidencialidad. Para realizar los análisis, la presentación del presente trabajo y futuras publicaciones, los nombres de médicos y pacientes se cambiaron por seudónimos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron en el estudio, 5 médicos y 30 pacientes (Tabla 10).

Tabla 10. Características de la población

Médicos participantes						
N	Seudónimo	Edad (años)	Especialidad	Tipo de servicio	Tiempo de servicio	de Grabaciones (n)
1	Galileo	42	Médico general	Centro de salud	17	15
2	René Descartes	50	Médico general	Consultorio privado	20	6
3	Sor Juana	38	Internista	Hospital regional	5	4
4	María Curie	52	Médico general	Cuautitlán	27	2
5	Nicolás Maquiavelo	64	Internista	Consultorio privado	36	3

Notas sobre el análisis de notas hipermedia que se originaron durante la prescripción del médico y paciente.

Las notas hipermedia analizadas reproducen algunos elementos de las recetas convencionales, sin embargo, no pueden considerarse como éstas, debido a que en el contexto médico se exige entregar una receta de acuerdo a las políticas y reglamentos de las instituciones en las que se realizó la consulta. Por esta razón, las notas omiten algunos elementos como pueden ser el nombre del médico, los logotipos, la cédula, y la firma (Ilustración 1). Con todo, los médicos aceptaron utilizar en su participación la nota para presentar y explicar el tratamiento, por consiguiente, ésta representa los elementos centrales de la receta.

Ilustración 1. Nota del Dr. Galileo

Download this PDF to your computer and go to
www.livescribe.com/player
On iOS or Android 4.4.2 or later, open the PDF in Livescribe+.

Josefina Paramo Cervantes
50 años 29-11-18

- 1.- Telmisartan Tab 40mg.
Una Cada 12 Hrs.
- 2.- Amlodipino Tab 5mg.
Una Cada 12 Hrs.
- 3.- Aspirino Protec 100mg
Una Cada 24 Hrs.
- 4.- Rapix Caps. 10mg
Una Cada 8 hrs solo
en caso de dolor.

- Dieta sin sal y
sin grasas de tipo animal
- Reposo.

11/28/18, 2:34:50 PM 11/28/18, 8:34 AM, 4m 28s

1.- Organización de la nota hipermedia y uso de recursos gráficos.

En el formato de la nota, que en este caso es complementaria a la receta, el nombre del paciente se ubica en el encabezado, y como información adicional se registra su edad, y la fecha de consulta, Después de ello, se continúa con una lista.

La receta, por su parte, se organiza a manera de lista, y lleva una numeración secuencial. En cada entrada, se describe el medicamento, y se indica en algunos casos su fórmula, y en otros su denominación. Asimismo, se incluye la dosis, y a veces la descripción de síntomas. En una segunda parte, la lista se señala mediante guiones o viñetas, da indicaciones generales de cuidado, las cuales son parte del tratamiento, y se relacionan con la toma del medicamento o con procedimientos iniciales.

La letra es legible y clara, no hay tachones ni correcciones. Además de los números y viñetas, el texto se separa en párrafos, y se intercala doble espacio entre ellos, lo que permite una lectura secuencial y separada por cada una de las indicaciones de los puntos escritos.

Se utilizan las abreviaciones *Tab*, para tableta; *Hrs.* para horas; *mg*, para miligramos; y *Caps*, para cápsulas.

Análisis

La receta excluye información sobre el padecimiento del paciente.

Carece, también, de elementos gráficos para enfatizar contenidos, como pueden ser los subrayados, círculos, flechas y otros símbolos.

Falta anotación sobre próxima cita.

No se señalan los horarios de toma, sin embargo, en este caso, el padecimiento es crónico, por lo que puede suponerse que los medicamentos son permanentes.

Carece de señalamientos respecto a posibles efectos adversos de la medicación.

La nota presenta indicaciones similares a la receta, y está dirigida al paciente.

La nota comienza con un encabezado en el que se incorporan el nombre del paciente y su edad.

La nota se organiza mediante bloques de texto, por lo que su lectura es lineal. La letra es ilegible, sus trazos son incompletos, irregulares, y sobre simplificados. La separación entre las líneas del texto escrito es irregular, en algunas ocasiones, se deja un espacio correspondiente a renglón, y en otras, se escribe a renglón seguido. En el párrafo final se utiliza sangría, lo cual permite mejor definición visual. No hay símbolos de puntuación.

La nota carece de características buscadas, es decir, falta la incorporación de elementos informativos sobre el padecimiento y el tratamiento. En el registro de audio sí cuenta con esa información, éste será analizado en el siguiente apartado.

2.- Forma del diálogo entre médico y paciente.

La receta médica.

A primera vista, la Dra. Curie tenía dos preocupaciones, al momento de realizar el registro: la nota, y su intervención con el paciente. Respecto a la primera, la doctora registra para el investigador algunos antecedentes, para esto utiliza herramientas del caso clínico, por ejemplo, señala el proceso de atención y tratamiento, el costo, repasa el nombre de los medicamentos ordenados, su dosis, las fechas, los síntomas y los resultados esperados. Además, según se infiere de la grabación, existe algún estudio complementario. La segunda parte de la nota tiene un carácter más prescriptivo sobre el tratamiento, y se dirige al paciente.

Lo anterior sugiere que el propósito del registro fue confuso para la Dr. Curie. Esto se corroboró en la entrevista llevada a cabo con ella, al momento de recoger la pluma y el cuaderno.

3.- El desarrollo de la prescripción médica y la elaboración de la nota.

Este proceso se centra en describir el proceso de elaboración de la nota, y en la manera en que ésta ayuda o impide al médico a desarrollar el diálogo con el paciente para explicar su enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento.

Ilustración 2. Nota de Dra. Sor Juana

Download this PDF to your computer and go to
www.livescribe.com/player
On iOS or Android 4.4.2 or later, open the PDF in Livescribe+.

Hernandez Luna Jose Circecio.

1. Nifedipino 30mg 1 tabo c/12 hrs.
sin suspender
2. Sulfato ferroso 200 ug 1 tabo c/24 hrs
3. Acido Fólico 5mg c/24 hrs
4. EPO 4000 ul cada 72 hrs. subcutaneo.
5. Calcitriol 0.25 ug 1 c/24 hrs.

1. Dieta baja en sodio y 800 ml. de liquido.
2. Proxima semana acudir con bolso de diálisis para sostén.

G

11/16/18, 9:36:44 AM

11/16/18, 3:36 AM, 4m 22s

La Organización de la nota hipermedia y uso de recursos gráficos en el caso de la siguiente nota (Ilustración 2)

La nota asienta en el encabezado el nombre del paciente, y excluye su edad, su molestia, así como la fecha de consulta.

En la nota se distinguen dos listas. La primera incluye de manera numerada y secuencial información sobre los medicamentos, potencia, y dosis, en algunos casos; y enfatiza las indicaciones sobre el uso de éstos con la leyenda “sin suspender”.

La segunda lista se distingue por la falta de sangría, la cual está presente en la primera, y se ocupa de los cuidados generales que el paciente debe tener, así como de la próxima consulta médica, y de las recomendaciones para acudir con el médico.

En la parte final de la nota se registra la firma de la doctora

Ilustración 3. Nota de Dr. Galileo

Download this PDF to your computer and go to
www.livescribe.com/player
On iOS or Android 4.4.2 or later, open the PDF in Livescribe+.

1:-
2:-
3:- Alimentos exóticos y Frutas de
temperatura Agua
No rebusco bebida azucarada

1:-
2:- No lactos ni derivados
No alimentos chatarra
Frutas y verduras de temporada
huevo y de mono antes y después
y antes de comer
en caso de estar estresado.
Abundante líquidos

1:-
2:- Cuidar a los alimentos grasos:
- tener líquido Agua Natural
- hacer ejercicio 15-30 minutos de cor.
Ude Sucre

1:-
2:- Consumir pastas Apuro y Pollo
Abundantes líquidos Agua
No comida chatarra,
Hacer alimentos.

11/5/18, 12:38:50 PM

11/5/18, 6:38 AM, 2m 21s



Ilustración 4. Nota de Dr. René Descartes

Download this PDF to your computer and go to
www.livescribe.com/player
On iOS or Android 4.4.2 or later, open the PDF in Livescribe+.

Irany Bautista
Pasual. 35 años.
- Artitis de mano izquierda.
- Medidas generales
- No exponerse a cambios bruscos de temperatura
- No realizar movimientos bruscos
- Ni levantar objetos pesados.
- Necrosis tumoral:
- de fémur - sur. ext. int.
- Fe. Atenuación Tab. 20 mg
Tomar 1 tableta
24 horas por tiempo
indefinido.
- Metformina (Prodi-sone)
Tab. 5 mg.
Tomar 1 tableta
por tiempo indefinido
- Celecoxib 0/12 horas.

11/12/18, 10:56:24 AM 11/12/18, 4:56 AM, 5m 18s

1.- Organización de la nota hipermedia y uso de recursos gráficos.

La nota escrita se acerca más a las convenciones y requerimientos de la receta médica, y presenta en el encabezado el nombre del paciente, su edad, y su padecimiento.

También, se organiza mediante listas, viñetas, y subtexto; asimismo, presenta un apartado de “medidas generales”, en cual se indican los cuidados generales.

La escritura presenta algunas palabras ilegibles, lo que dificulta una lectura fluida. Las indicaciones son puntuales, y centradas en aquellos comportamientos que deben evitarse.

Se utilizan abreviaturas convencionales, por ejemplo, *Tab.* para tabletas, *c/12 horas*, para *cada doce horas*; pero, en otros casos, se presentan abreviaturas arbitrarias, palabras incompletas o signos, es el caso de “artic”, para *articulaciones*, y guiones entre palabras.

El encabezado es confuso porque pasa de las recomendaciones sobre el tratamiento y el cuidado, a la función específica del medicamento en la bioquímica corporal. Esto mismo deja ver cómo el médico explica el uso del medicamento, por ejemplo: “medicamentos de inhibidores de necrosis tumorales” y “antiinflamatorios”, lo cual tiene sentido en un campo de conocimiento especializado.

También, se utiliza simbología para destacar contenidos, y para recuperar elementos o conceptos ya descritos, y mediante el uso de línea corta recupera los puntos mencionados antes.

La nota presenta una estructura clara, en algunos casos presenta el nombre del medicamento y la sustancia activa.

2.- Forma del diálogo entre médico y paciente.

La entrevista se desarrolla de manera pausada, en parte porque el médico transcribe en las notas aquello que dice oralmente. Sólo en dos ocasiones, se incorpora al paciente a la conversación, en la primera, a través de una pregunta retórica “¿si me entiende?”, y, aunque la respuesta es imperceptible, podemos inferir que existe confirmación, por la breve pausa que hace el médico. La segunda ocasión es al final de la prescripción, y se hace a través de la expresión “¿okey?”, y enseguida se detiene la grabación. Al considerar lo anterior, no puede afirmarse que se configura un diálogo, ya que no hay espacios para la intervención del paciente. Sin embargo, existen otras formas de comunicación, como la gestual, las miradas, o las reacciones, que están fuera de nuestro registro.

El lenguaje que se utiliza es especializado, la organización del discurso se hace según la perspectiva de las funciones bioquímicas de los medicamentos, no se dan ejemplos claros para relacionar las funciones del medicamento, descritas en el nivel bioquímico, con los síntomas que podrían ser percibidos por el paciente. La explicación es, por tanto, compleja, técnica y especializada, y por ello es inaccesible a quienes no comparten el cuerpo de conocimiento del médico u otros elementos conceptuales de orden disciplinar.

El médico ofrece al final de la sesión un resumen, pero vuelve a emplear un lenguaje especializado, por lo que no ofrece representaciones alternativas a su explicación previa.

El desarrollo y la forma del discurso oral y escrito son muy similares, puesto que la mayoría de lo escrito reproduce lo dicho, con algunas excepciones. Sobre estas últimas, se puede mencionar el uso de símbolos, o las reiteraciones sobre lo que ya se hubo dicho y escrito.

La lógica del discurso es por tanto la lógica del médico, y no la del paciente, y, aunque en ésta se ofrecen algunos recursos didácticos, como la confirmación o la pregunta al paciente, dichos medios resultan insuficientes, pues no logran incorporar la opinión explícita de éste. Por consiguiente, al no haber una reestructuración real de la exposición, predomina la lógica del saber médico.

Este es un ejemplo de cómo un procedimiento puede cumplirse sólo en apariencia, pues, aunque las formas sugeridas en los protocolos de atención parecen verificarse, por ejemplo, la explicación de la enfermedad, la descripción y toma de los medicamentos, las indicaciones de cuidado, y la pregunta y el cierre al paciente, en realidad, el vocabulario, y la organización de los conceptos no cumplen con la finalidad didáctica de la prescripción, la cual es dejar claro al paciente su estado de salud, ofrecer elementos para decidir sobre su tratamiento, y ayudarle a conocer mejor su enfermedad y cómo sobrellevarla.

Por otra parte, los elementos o muestras de empatía del médico son fugaces, y su modo de expresión resulta convencional, falta, además, un momento de reflexión, o de procesamiento de información, y, en esta sesión, en particular, la descripción de la enfermedad es abrumadora, y demasiado racional, sin reparar en la lógica de vida del paciente.

Limitaciones de la tecnología y de la observación

La dependencia de la manuscrita y la pluma, que es en estas condiciones incompatible con otros medios de impresión

En resumen

La explicación oral se acompaña de una repetición escrita, y ésta sirve para dar énfasis a los conceptos. Este procedimiento provoca un discurso oral pausado, el cual se acompaña de lo que al momento se escribe, como un en auto dictado.

En las explicaciones de los medicamentos, la descripción se organiza según la función bioquímica de éstos. El vocabulario es una combinación del tipo clínico y especializado, y en algunos casos explica la acción en función del síntoma (dolor, inflamación).

Se llega a utilizar la pregunta retórica para verificar la atención del paciente, y existe referencia a experiencias previas de la historia del paciente, quien ya toma algunos de los medicamentos indicados.

Algunos médicos organizan la nota mediante el uso de listas, las cuales resultan pertinentes para separar los medicamentos y sus indicaciones, y también para presentar recomendaciones generales. Estas formas de recomendación podrían ser más claras, si añadieran encabezados al inicio de cada enumeración, y algunos símbolos gráficos a manera de llamadas de atención o de énfasis sobre algún punto específico de la información.

CONCLUSIONES

En algunos casos, las formas de organización del saber, así como la práctica médica en la elaboración de las notas, se muestran de manera clara, verbigracia, cuando se establecen jerarquías mediante encabezados que organizan los tipos de medicamentos, o cuando se separan las clases de indicaciones, de manera que aquellos quedan en una lista, y los cuidados generales en otra. En otros casos, la historia clínica conduce la organización de la escritura, cuando el doctor decide recuperar la historia del padecimiento y su tratamiento como parte de su nota. A veces, también utilizan la nota de la clínica realizada como herramienta. Si bien algunos de estos usos parecen ser resultado de la incomprensión del médico a la tarea solicitada, todos ellos revelan que las formas de escritura están relacionadas con su conocimiento y su saber profesional. Algunas de estas formas resultan relevantes para organizar el discurso, y para desarrollar el análisis, pero en ocasiones no son las más apropiadas para los fines didácticos, ya que deberían incorporar una forma de organización centrada en las necesidades específicas del paciente.

Es necesario incorporar elementos técnicos y metodológicos para dotar al médico de otras herramientas que hagan su discurso más inteligible, de tal manera que conserve el propósito establecido en las normas que regulan jurídica y éticamente sus interacciones con el paciente.

Así, por ejemplo, incorporar encabezados a las listas que ya utilizan es una oportunidad de ofrecer ayudas al paciente para entender, recordar o relacionar el tratamiento con su enfermedad.

Asimismo, es importante que el médico se haga consciente de que la terminología técnica usada para describir de manera fisiológica los efectos de una enfermedad o un medicamento no pertenece la cultura general del paciente. Conceptos como “inflamación” pueden tener significados muy distintas en las representaciones del médico y del paciente.

Y técnicas de diálogo, y hacer notar al paciente que se espera una respuesta, pueden estimular la participación de éste. Además, una pregunta, o la expresión de una idea, pueden suponer un tiempo mayor para el paciente que la espera breve que por lo regular hace el médico. Posibilitar la participación del paciente sería por sí mismo modificar la lógica en la que se desarrolla el discurso del médico.

La obesidad y la diabetes son padecimientos que tienen en común, el cambio en los hábitos de alimentación y de actividad física. El cambio de estos hábitos están relacionados en parte con el conocimiento y comprensión de los sujetos sobre el origen de su padecimiento. El tratamiento de estas enfermedades implica una parte fundamentalmente educativa que tenga implicaciones de cambio personal. Por supuesto que, una parte de ello recae como obligación gubernamental que pueda lograrse como parte del proceso de educación de la población, sin embargo, otra parte recaerá en la capacidad del médico para persuadir al paciente a que se interese en el tratamiento y en la comprensión, sin estos elementos no existe posibilidad de que el paciente cambie su conducta o que mantenga un tratamiento dado.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] D. L. Roter, J. A. Hall, D. E. Kern, L. R. Barker, K. A. Cole, and R. P. Roca, "Improving Physicians' Interviewing Skills and Reducing Patients' Emotional Distress: A Randomized Clinical Trial," *Arch Intern Med*, vol. 155, no. 17, pp. 1877–1884, Sep. 1995.
- [2] P. MOORE, G. GÓMEZ, S. KURTZ, and A. VARGAS, "La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?," *Rev Med Chil*, vol. 138, no. 8, pp. 1047–1054, 2010.
- [3] I. Hernández-Torres, M. A. Fernández-Ortega, A. Irigoyen-Coria, and M. A. Hernández-Hernández, "Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar ," *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 8, no. 2, 2006.
- [4] WHO, *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* who, 2003.
- [5] J. R. Jiménez, "Elementos de la comunicación y el aprendizaje en la educación virtual," *ContactoS*, vol. 79, pp. 23–30, Nov. 2011.
- [6] J. Warren, J. Kennelly, D. Warren, C. R. Elley, K. C. Wai, M. Manukia, J. Davy, T. Mabotuwana, and E. Robinson, "Using the general practice EMR for improving blood pressure medication adherence.," *Stud Health Technol Inform*, vol. 178, pp. 228–234, 2012.
- [7] S. M. Alelwani and Y. A. Ahmed, "Medical training for communication of bad news: A literature review.," *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 3, p. 51, 2014.
- [8] N. K. Janz, Y. Li, B. J. Zikmund-Fisher, R. Jagsi, A. W. Kurian, L. C. An, M. C. McLeod, K. L. Lee, S. J. Katz, and S. T. Hawley, "The impact of doctor-patient communication on patients' perceptions of their risk of breast cancer recurrence.," *Breast Cancer Res Treat*, vol. 161, no. 3, pp. 525–535, Feb. 2017.
- [9] G. Makoul, "The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills," *Patient Education and Counseling*, vol. 45, no. 1, pp. 23–34, 2001.
- [10] J. L. Skillings, J. H. Porcerelli, and T. Markova, "Contextualizing SEGUE: Evaluating Residents' Communication Skills Within the Framework of a Structured Medical Interview.," *J Grad Med Educ*, vol. 2, no. 1, pp. 102–107, Mar. 2010.
- [11] M. LeFevre, "From Authority- to Evidence-Based Medicine: Are Clinical Practice Guidelines Moving us Forward or Backward?," *Ann Fam Med*, vol. 15, no. 5, pp. 410–412, Sep. 2017.
- [12] M. J. Lipp, C. Riolo, M. Riolo, J. Farkas, T. Liu, and G. J. Cisneros, "Showing you care: An empathetic approach to doctor-patient

- communication,” *Seminars in Orthodontics*, vol. 22, no. 2, pp. 88–94, Jun. 2016.
- [13] M. Ortiz Fonseca, D. Laverde Robayo, J. Vergel, and G. Quintero, “El nuevo trívium en la formación médica más allá de la comunicación médico-paciente,” *Educación Médica Superior*, vol. 31, no. 4, pp. 1–11, 2017.
- [14] J. W. Y. Kee, H. S. Khoo, I. Lim, and M. Y. H. Koh, “Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints,” *Health Professions Education*, vol. 4, no. 2, pp. 97–106, Apr. 2017.
- [15] P. Ballo, M. Milli, C. Slater, F. Bandini, F. Trentanove, G. Comper, A. Zuppiroli, and S. Polvani, “Prospective Validation of the Decalogue, a Set of Doctor-Patient Communication Recommendations to Improve Patient Illness Experience and Mood States within a Hospital Cardiologic Ambulatory Setting,” *BioMed Research International*, vol. 2017, no. 1, pp. 1–10, 2017.
- [16] A. M. Pisco Almeida, H. S. Almeida, and M. Figueiredo-Braga, “Mobile solutions in depression: enhancing communication with patients using an SMS-based intervention,” *Procedia Computer Science*, vol. 138, pp. 89–96, Jan. 2018.
- [17] R. Peleg and E. Nazarenko, “Providing cell phone numbers and e-mail addresses to patients: the patient’s perspective, a cross sectional study,” *Isr J Health Policy Res*, vol. 1, no. 1, p. e209, Aug. 2012.
- [18] D. Blumenthal, “Expecting the Unexpected: Health Information Technology and Medical Professionalism,” in *Medical Professionalism in the New Information Age*, scholar.google.com, 2010, p. 236.
- [19] M. R. Olsen, C. Casado-Lumbreras, and R. Colomo-Palacios, “ADHD in eHealth - A Systematic Literature Review,” presented at the *Procedia Computer Science*, 2016, vol. 100, pp. 207–214.
- [20] W. H. Curioso, E. Gozzer, and J. R. Abad, “Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación y percepciones hacia un sistema informático para mejorar la adherencia al tratamiento, en médicos endocrinólogos de un hospital público de Perú.,” *Revista Medica Herediana*, vol. 22, no. 1, Sep. 2011.
- [21] L. López, A. Tan-McGrory, G. Horner, and J. R. Betancourt, “Eliminating disparities among Latinos with type 2 diabetes: Effective eHealth strategies,” *Journal of Diabetes and its Complications*, vol. 30, no. 3, pp. 554–560, Apr. 2016.
- [22] R. Jeminiwa, L. Hohmann, J. Qian, K. Garza, R. Hansen, and B. I. Fox, “Impact of eHealth on medication adherence among patients with asthma: A systematic review and meta-analysis,” *Respiratory Medicine*, vol. 149, pp. 59–68, Mar. 2019.
- [23] Weerasinghe, Ed., *Electronic Healthcare - First International*

Conference, eHealth 2008, London, September 8-9, 2008, Revised Selected Papers / Dasun Weerasinghe / Springer. Berlin: Dasun, 2009.

- [24] A. L. Phillips, D. Kumar, S. Patel, and M. Arya, "Using text messages to improve patient-doctor communication among racial and ethnic minority adults: An innovative solution to increase influenza vaccinations," *Preventive Medicine*, vol. 69, no. 2014, pp. 117–119, 2014.
- [25] J. Halabe-Cherem and L. Hamui-Sutton, "La consulta médica por WhatsApp : un deterioro en la relación médico-paciente The medical consultation for WhatsApp : A deterioration in the doctor-patient relationship .," *Agosto*, vol. 34, no. 4, pp. 619–621, 2018.
- [26] Q. Zhang, X. Yang, D. Liu, and W. H. Zhao, "Measurement and Assessment of Physical Activity by Information and Communication Technology," *Biomed Environ Sci*, vol. 30, no. 6, pp. 465–472, 2017.
- [27] D. Flynn, P. Gregory, H. Makki, and M. Gabbay, "Expectations and experiences of eHealth in primary care: A qualitative practice-based investigation," *Int J Med Inform*, vol. 78, no. 9, pp. 588–604, 2009.
- [28] L. Neuhauser, G. L. Kreps, K. Morrison, M. Athanasoulis, N. Kirienko, and D. Van Brunt, "Using design science and artificial intelligence to improve health communication: ChronologyMD case example," *Patient Education and Counseling*, vol. 92, no. 2, pp. 211–217, 2013.
- [29] S. Giveon, J. Yaphe, I. Hekselman, S. Mahamid, and D. Hermoni, "The e-patient: a survey of israeli primary care physicians' responses to patients' use of online information during the consultation.," *Isr. Med. Assoc. J.*, vol. 11, no. 9, pp. 537–541, Sep. 2009.
- [30] L. M. Ong, J. C. de Haes, A. M. Hoos, and F. B. Lammes, "Doctor-patient communication: a review of the literature.," *Social Science & Medicine*, vol. 40, no. 7, pp. 903–918, Apr. 1995.
- [31] F. Saussure, *Curso de lingüística general*, 1st ed. Benos Aires: LOSADA, 2007.
- [32] W. F. Eadie and R. Goret, "Theories and Models of Communication: foundation and heritage," in *Theories and Models of Communication*, P. Copley and P. J. Schulz, Eds. Boston: DE GRUYTER MOUTON, 2013, p. 452.
- [33] R. Park, *The Immigrant Press and Its Control*. Scholar's Choice, 2015.
- [34] W. Lippmann, *Public Opinion*. New York: DOVER PUBLICATION, INC., 1922.
- [35] H. D. Lasswell, *Propaganda Technique in the World War*. Trubner & Company, 1927.
- [36] P. Lazarsfeld, "An Episode in the History of Social Research: A memoir," in *Intellectual migration Europe and American*, O. Fleming and B. Bailyn, Eds. 1968, p. 70.

- [37] C. S. Peirce, *How to make our ideas clear*, 3rd ed. Klostermann, 1985.
- [38] R. Barthes, *Mitologías*, 3rd ed. México, D.F.: Siglo xxi, 2002.
- [39] J. Dewey, *How We Think*, vol. 1. Lexington, Massachusetts: Library of Alexandria, 1960.
- [40] G. H. Mead, *Mind, Self, and Society: The Definitive Edition*. University of Chicago Press, 2015.
- [41] R. P. Hart and D. M. Burks, "Rhetorical sensitivity and social interaction," *Communications Monographs*, vol. 39, no. 2, pp. 75–91, Jun. 2009.
- [42] P. Berger and T. Luckmann, *The Social Construction of Reality*. London: Open Road Media, 2011.
- [43] K. Burke, *A Grammar of Motives*. Berkeley, Los Angeles, London: University California Press, 1969.
- [44] J. I. Pozo, *Humana mente*, 1st ed. Ediciones Morata, 2001.
- [45] C. E. Shannon, "A Mathematical Theory of Communication," *Bell System Technical Journal*, vol. 27, no. 3, pp. 379–423, Jul. 1948.
- [46] N. Wiener, *Cybernetics Or Control and Communication in the Animal and the Machine*, 2nd ed. Cambridge, Massachusetts: THE MIT PRESS, 1965.
- [47] W. J. McGuire, "The Yale communication and attitude-change program in the 1950s," *American communication research - The remembered history*. Hillsdale, NJ, US:.
- [48] D. K. Berlo, *The process of communication; an introduction to theory and practice*. New York, 1960.
- [49] K. E. Weick, *The Social Psychology of Organizing*. McGraw-Hill, 1979.
- [50] P. Watzlawick, *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. Palo Alto, California : W.W. NORTON & COMPANY. INC, 1967.
- [51] J. Habermas, *Teoría de la acción comunicativa. Tomo I*, 1st ed. TROTTA, 2010.
- [52] E. Hall, *Edward T. Hall. The silent language. New York: Premier Books, 1961. 192 pp.*, vol. 7, no. 4. John Wiley & Sons, Ltd, 1962, pp. 477–478.
- [53] H. People, "Healthy People 2010 Final Review," Washington, D.C., 2012.
- [54] G. L. Kreps, J. L. Query, and E. W. Bonaguro, "The interdisciplinary study of health communication and its relationship to communication science," in *The Interdisciplinary Study of Health Communication*, no. 1, Health Communication, 2008, pp. 3–24.
- [55] L. Gary and G. L. Kreps, *Encyclopedia of Health Communication*, vol. 1. Los Angeles, Cal: SAGE, 2014.
- [56] I. K. Zola, "Missing Pieces: A Chronicle of Living With a Disability," 1, vol. 1, no. 4, 2005.

- [57] A. Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, 1980.
- [58] B. M. Korsch, B. Korch, and F. Negrete, "DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION on JSTOR," *Scientific American*, vol. 227, no. 2, pp. 66–75, 1972.
- [59] R. Alcalay, "La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses," *Rev. panam. salud pública*, vol. 5, no. 3, pp. 192–196, Mar. 1999.
- [60] R. T. Craig, "Communication Theory as a Field," *Communication Theory*, vol. 9, no. 2, pp. 119–161, May 2006.
- [61] B. T. Ribeiro, D. Pinto, and C. G. Mann, "The Routledge Handbook of Language and Health Communication - 'Mental healthcare professionals' role performance Challenges in the institutional order of a psychiatric hospital'," *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. pp. 389–406, 01-Feb-2014.
- [62] Aristóteles, *Tratados de lógica*, Primera Ed. México, D.F.: Porrúa, 1995.
- [63] "The Art of Rhetoric."
- [64] Aristóteles, *The Art of Rhetoric*. penguin.co.uk, 2004.
- [65] C. O. Airhihenbuwa, "Health Education for African Americans: A Neglected Task," *Health Education*, vol. 20, no. 5, pp. 9–14, Mar. 2013.
- [66] K. N. Kline, "Cultural Sensitivity and Health Promotion: Assessing Breast Cancer Education Pamphlets Designed for African American Women," *Health Commun*, vol. 21, no. 1, pp. 85–96, Dec. 2007.
- [67] L. Johnny and C. Mitchell, "'Live and Let Live': an analysis of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in international campaign posters.," *J Health Commun*, vol. 11, no. 8, pp. 755–767, Dec. 2006.
- [68] E. G. Zook, "Embodied Health and Constitutive Communication: Toward an Authentic Conceptualization of Health Communication," *Annals of the International Communication Association*, vol. 17, no. 1, pp. 344–377, May 2016.
- [69] G. Ryle and D. C. Dennett, *The Concept of Mind*. University of Chicago Press, 2003.
- [70] "Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes," 1985.
- [71] S. Minuchin, "Families and Family Therapy. London (Tavistock) 1974.," 1974.
- [72] *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. 2011.
- [73] *Health communication: Strategies for health professionals*. 1992.
- [74] J. Harris, D. J. Bowen, H. Badr, P. Hannon, J. Hay, and K. Regan Sterba, "Family communication during the cancer experience.," *J Health Commun*, vol. 14, no. 1, pp. 76–84, 2009.
- [75] M. Mattson, "Toward a reconceptualization of communication cues to

- action in the Health Belief Model: HIV test counseling.," *Commun Monogr*, vol. 66, no. 3, pp. 240–265, Sep. 1999.
- [76] R. N. Rimal, K. Böse, J. Brown, G. Mkandawire, and L. Folda, "Extending the Purview of the Risk Perception Attitude Framework: Findings from HIV/AIDS Prevention Research in Malawi," *Health Commun*, vol. 24, no. 3, pp. 210–218, May 2009.
- [77] K. Morrison, "Motivating Women and Men to Take Protective Action Against Rape: Examining Direct and Indirect Persuasive Fear Appeals," *Health Commun*, vol. 18, no. 3, pp. 237–256, Dec. 2009.
- [78] R. L. Nabi, D. Roskos-Ewoldsen, and F. D. Carpentier, "Subjective knowledge and fear appeal effectiveness: implications for message design.," *Health Commun*, vol. 23, no. 2, pp. 191–201, Mar. 2008.
- [79] K. Witte, "Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model," *Commun Monogr*, vol. 59, no. 4, pp. 329–349, Dec. 1992.
- [80] R. S. KLINGLE and M. BURGOON, "Patient Compliance and Satisfaction With Physician Influence Attempts," *Communication Research*, vol. 22, no. 2, pp. 148–187, Jun. 2016.
- [81] M. R. Dennis, A. Kunkel, and J. Keyton, "Problematic Integration Theory, Appraisal Theory, and the Bosom Buddies Breast Cancer Support Group," *Journal of Applied Communication Research*, vol. 36, no. 4, pp. 415–436, Nov. 2008.
- [82] D. E. Brashers, "A Theory of Communication and Uncertainty Management," in *Explaining communication Contemporary theories and exemplars*, Mahwah, NJ, US: psycnet.apa.org, pp. 201–218.
- [83] A. Fadiman, "The Spirit Catches You and You Fall Down," *Academic Medicine*, vol. 76, no. 6, p. 621, Jun. 2001.
- [84] C. O. Airhihenbuwa, *Health and Culture*. Oaks, California: SAGE Publications, 1995.
- [85] P. Geist, "Negotiating cultural understanding in health care communication," in *Intercultural communication: A reader*, 7 ed., L. A. Samovar and R. E. Porter, Eds. Belmont, CA, 1994.
- [86] L. L. Ellingson, *Communicating in the clinic: Negotiating frontstage and backstage teamwork*. Creskill, NJ: Hampton Press, 2004.
- [87] H. M. Zoller and K. N. Kline, "Theoretical Contributions of Interpretive and Critical Research in Health Communication," *Annals of the International Communication Association*, vol. 32, no. 1, pp. 89–135, May 2016.
- [88] A. S. Babrow and K. N. Kline, "From "reducing" to "coping with" uncertainty: reconceptualizing the central challenge in breast self-exams," *Social Science & Medicine*, vol. 51, no. 12, pp. 1805–1816, Dec. 2000.
- [89] M. Mattson, C. Clair, and A. W. Kunkel, "A feminist reframing of stress: Rose's story," in *Rethinking organizational communication from feminist*

- perspectives*, Thousand Oaks, CA, 2010, pp. 157–174.
- [90] S. King, *Pink Ribbons, Inc.* London: University of Minnesota Press, 2006.
- [91] M. Mattson and I. Basnyat, “Infusing HIV test counseling practice with harm reduction theory,” in *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century*, E. Timothy and S. M. Noar, Eds. New York, p. 512.
- [92] K. Littleton and N. Mercer, *Interthinking: Putting talk to work*. New York: Routledge, 2013.
- [93] N. Mercer, *Palabras y mentes: cómo usamos el lenguaje para pensar juntos*, 1st ed. Buenos Aires: Paidós, 2001.
- [94] World Health Organization, “Constitution of the World Health Organization.,” *American Journal of Public Health*, vol. 36, no. 11, pp. 1315–1323, Nov. 1946.
- [95] A. E. Bedworth and D. A. Bedworth, *Dictionary of Health Education*. Oxford University Press, 2010, pp. 235–236.
- [96] L. Greene and M. Kreuter, *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd ed. McGraw-Hill Higher Education, 1999.
- [97] WHO, *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canada: OMS, 1986.
- [98] WHO, “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado,” *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, 2005. [Online]. Available: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf. [Accessed: 05-Mar-2019].
- [99] R. Gold and K. R. Miner, “Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology,” *Journal of Health Education*, vol. 32, no. 2, pp. 89–94, Feb. 2013.
- [100] D. J. Breckon, J. R. Harvey, and R. B. Lancaster, *Community Health Education*, 4 ed. Gaithersburg, Maryland: AN ASPEN PUBLICATION, 1998.
- [101] WHO, “Protección de la salud de los trabajadores,” 2017. [Online]. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>. [Accessed: 04-Mar-2019].
- [102] T. Shilton, “Competencias para la promoción de la salud: proporcionar una hoja de ruta para la promoción de la salud para que asuma un papel destacado en la salud mundial. - PubMed - NCBI,” *Glob Health Promot*, vol. 16, no. 2, pp. 42–46, May 2009.
- [103] W. A. Green and B. G. Simone-Norton, *EDUCACION PARA LA SALUD*. D.F. México: Interamericana, 1988.
- [104] G. Soto-Estrada, L. Moreno-Altamirano, and D. Pahuja, “Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad,” *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 59, no. 6, 2016.

- [105] J. Jacques, "BIU Santé," 1526.
- [106] C. A. IrigoyenMorales L. H., "Aspectos éticos de la investigación biomédica: Conceptos frecuentes en las normas escritas," *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 15, no. 6, pp. 31–35, 2013.
- [107] G. F. Hegel, *Filosofía del derecho*. México: Juan Pablos Editor, 1986.
- [108] I. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Puerto Rico, 2006.
- [109] A. Sen and B. Williams, *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- [110] J. Bentham, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Ontario, Canada: Batoche Books, 2000.
- [111] I. Kant, *Principios metafísicos de la doctrina del derecho*. México: UNAM, 1968.
- [112] F. R. Phalen, *Core ethics for health professionals: Principles, Issues, and Compliance*. California: Springer International, 2018.
- [113] Real Academia Española, "Diccionario de la lengua española (23a. ed)," 2014.
- [114] J. P. Gury, *Compendium theologiae moralis*. Romae: S.C. de propaganda fide, 1884.
- [115] M. Barton, "Primum Non Nocere," *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, vol. 39, no. 2, pp. 117–120, Feb. 2019.
- [116] R. Brown, "The Operation Was a Success but the Patient Died: Aider Priorities Influence Decision Aid Usefulness," *Interfaces*, vol. 35, no. 6, pp. 511–521, Dec. 2005.
- [117] ACOG, "Sexual Misconduct," 2007.
- [118] S. G. Finder, "The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry," *J Clin Psychiatry*, vol. 63, no. 11, p. 1053, Mar. 2011.
- [119] J. O. Ruiz, "El retiro del cirujano: ¿Por qué, cuándo y cómo debe retirarse un cirujano?," *Anales médicos*, vol. 63, pp. 73–79, 2018.
- [120] J. R. Williams, "Manual de Ética Médica," Asociación Médica Mundial, Ferney-Voltaire, Francia, 2015.
- [121] J. A. Fernández and A. I. C. De Opinión, "Relación médico-paciente: estructura del concepto," 2005.
- [122] P. Lain Entralgo, *La relación médico-enfermo*. Madrid: GUadarrama, 1983.
- [123] M. Lipkin, S. M. Putnam, and A. Lazare, *The Medical interview: Clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag, 1995.
- [124] V. Gopichandran and S. Kumar Chetlapalli, "Factors influencing trust in doctors: a community segmentation strategy for quality improvement in healthcare," *BMJ Open*, vol. 3, p. 4115, 2013.
- [125] S. C. B, S. N. L, and S. I. C. B, "Do we always need to tell patients the truth?," *The Lancet*, vol. 352, no. 9142, 1998.

- [126] C. D. Lauster and S. B. Srivastava, "The Patient Interview," in *Fundamental skills for patient care in pharmacy practice*, Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2014.
- [127] E. E. Stewart and C. Fox, "ENCOURAGING PATIENTS TO CHANGE UNHEALTHY BEHAVIORS WITH MOTIVATIONAL INTERVIEWING," 2011.
- [128] M. Grissinger, "Disrespectful Behavior in Health Care: Its Impact, Why It Arises and Persists, And How to Address It-Part 2.," *P&T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, vol. 42, no. 2, pp. 74–75, 2017.
- [129] K. Dobbelaere, *Secularización: Un concepto multi-dimensional*, 1st ed. D.F. México: Universidad Iberoamericana, 1994.
- [130] O. D. ouml and R. Zegers, "La postmodernidad y la pregunta por el sentido," *Atenea (Chile)*, no. 484, pp. 29–43, Sep. 2001.
- [131] A. Dörr A, "Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica," *Rev Med Chil*, vol. 132, no. 11, pp. 1431–1436, 2004.
- [132] D. Ilizástigui and L. Rodríguez, "El método clínico," *World Health Organization*, vol. 8, no. 5, pp. 2–11, 2010.
- [133] M. E. Coyle, K. Francis, and Y. Chapman, "Self-management activities in diabetes care: a systematic review.," *Aust Health Rev*, vol. 37, no. 4, pp. 513–522, Sep. 2013.
- [134] R. Ruiz Moral, J. J. Rodríguez Salvador, L. Pérula de Torres, and J. A. Prados Castillejo, "Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia," *Aten Primaria*, vol. 29, no. 3, pp. 132–141, 2002.
- [135] J. P. Beca, "Relación clínica," presented at the QUINTO SEMINARIO DE BIOÉTICA CLÍNICA, 2017, pp. 1–6.
- [136] T. Dilla, A. Valladares, L. Lizán, and J. A. Sacristán, "Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora," *Aten Primaria*, vol. 41, no. 6, pp. 342–348, Jun. 2009.
- [137] G. M. Garrison, M. E. Bernard, and N. H. Rasmussen, "21st-century health care: the effect of computer use by physicians on patient satisfaction at a family medicine clinic.," *Fam Med*, vol. 34, no. 5, pp. 362–368, May 2002.
- [138] F. R. Woolley, R. L. Kane, C. C. Hughes, and D. D. Wright, "The effects of doctor--patient communication on satisfaction and outcome of care.," *Social Science & Medicine*, vol. 12, no. 2, pp. 123–128, Mar. 1978.
- [139] A. A. Dörr, "Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica," *Rev Med Chile*, vol. 132, pp. 1431–1436, Feb. 2004.
- [140] F. Sassi, *Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat*. OECD, 2010, pp. 1–270.
- [141] OMS, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física*

- y salud. Ginebra: WHO, 2004.
- [142] OMS, *Usos e interpretación de la antropometría. (extracto del informe de un comité de expertos de la OMS, 1995)*. Ginebra: OMS, 1995.
- [143] M. Hernández-Ávila, J. Gutiérrez, and N. Reynoso-Noverón, "Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic," *Salud Pública de México*, vol. 55, no. 2, pp. s129–s136, 2013.
- [144] OMS, "Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación," 2016.
- [145] WHO, *Global report on diabetes*. Geneva: WHO, 2016.
- [146] International Diabetes Federation, *El Atlas de la diabetes*, Seventh. 2015.
- [147] J. P. Gutierrez, J. Rivera-Dommarco, and T. Shamah-Levy, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. ...*, 2012.
- [148] M. G. López-Alarcón and M. Rodríguez-Cruz, "Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial," *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, vol. 65, no. 6, pp. 421–430, 2008.
- [149] C. A. Aguilar-Salinas, O. V. Monroy, F. J. Gómez-Pérez, A. G. Chávez, A. L. Esqueda, V. M. Cuevas, J. A. Rull-Rodrigo, and R. T. Conyer, "Characteristics of Patients With Type 2 Diabetes in México," *Diabetes Care*, vol. 26, no. 7, pp. 2021–2026, Jul. 2003.
- [150] World Health Organization (WHO), *Adherence to long term therapies: evidence for Action.[online] Available at: [http://www. WHO. Com](http://www.WHO.Com)*. WHO Library Cataloguing in-Publication Data. (..., 2003.
- [151] A. Liebl, A. Neiss, A. Spannheimer, U. Reitberger, T. Wagner, and A. Görtz, "[Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study].," *Dtsch. Med. Wochenschr.*, vol. 126, no. 20, pp. 585–589, May 2001.
- [152] A. Liebl, A. Neiss, A. Spannheimer, U. Reitberger, B. Wieseler, H. Stammer, and A. Goertz, "Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany-- results from the CODE-2 study.," *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes*, vol. 110, no. 1, pp. 10–16, Jan. 2002.
- [153] G. L. Beckles, M. M. Engelgau, K. M. Narayan, W. H. Herman, R. E. Aubert, and D. F. Williamson, "Population-based assessment of the level of care among adults with diabetes in the U.S.," *Diabetes Care*, vol. 21, no. 9, pp. 1432–1438, Sep. 1998.
- [154] S. Collins, "Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients," *Medical Education*, vol. 39, no. 8, pp. 785–796, Aug. 2005.
- [155] T. A. Miller, "Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis," *Patient Education and Counseling*, vol. 99, no. 7, pp. 1079–1086, Jul. 2016.
- [156] K. B. Haskard and M. R. DiMatteo, "Physician Communication and

- Patient Adherence to Treatment,” *Med Care*, vol. 47, no. 8, pp. 826–834, Aug. 2009.
- [157] D. H. Thom, M. A. Hall, and L. G. Pawlson, “Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care.,” *Health Aff (Millwood)*, vol. 23, no. 4, pp. 124–132, Jul. 2004.
- [158] C. A. Vincent and A. Coulter, “Patient safety: what about the patient?,” *Qual Saf Health Care*, vol. 11, no. 1, pp. 76–80, Mar. 2002.
- [159] C. Rathert, N. Huddleston, and Y. Pak, “Acute care patients discuss the patient role in patient safety.,” *Health Care Manage Rev*, vol. 36, no. 2, pp. 134–144, Apr. 2011.
- [160] G. C. Pascoe, “Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis,” *Evaluation and Program Planning*, vol. 6, no. 3, pp. 185–210, Jan. 1983.
- [161] M. N. Norhayati, A. A. Masseni, and I. Azlina, “Patient satisfaction with doctor-patient interaction and its association with modifiable cardiovascular risk factors among moderately-high risk patients in primary healthcare,” *PeerJ*, vol. 5, p. e2983, 2017.
- [162] L. F. Abreu, A. N. Cid, G. Herrera, J. Lara, R. Laviada, C. Rodríguez, and J. A. Sánchez, *Perfil por Competencias del Médico General Mexicano*. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C, 2008, pp. 1–44.
- [163] P. Ham, “Evidence for global CHD risk calculation: risk assessment alone does not change outcomes.,” *Am Fam Physician*, vol. 82, no. 3, p. 236, Aug. 2010.
- [164] SSA, *NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*, CDMX, 2010.
- [165] CENAPRECE, *Programa de Acción Específico. Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018*, México, 2013.
- [166] B. R. Duran, B. Rivera-Chavira, and E. Franco-Gallegos, “Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2,” *Salud Pública de México*, vol. 43, no. 3, pp. 233–236, 2001.
- [167] C. Molina, T. Rosales, P. Pavez, and P. Vera-Villaroel, “La felicidad como factor de riesgo para la adherencia hacia los tratamientos en pacientes diabetes mellitus II ,” *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 18, no. 2, 2015.
- [168] D. Meichenbaum and D. C. Turk, “Treatment Adherence: Terminology, Incidence, and Conceptualization,” in *Facilitating Treatment Adherence*, no. 2, Boston, MA: Springer US, 1987, pp. 19–40.
- [169] M. A. Cardoso, “La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes,” *Cuicuilco*, vol. 13, no. 37, pp. 1–20, 2006.
- [170] G. Ogedegbe, C. A. Mancuso, J. P. Allegrante, and M. E. Charlson,

- “Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients.,” *J Clin Epidemiol*, vol. 56, no. 6, pp. 520–529, Jun. 2003.
- [171] A. R. Williamson, A. E. Hunt, J. F. Pope, and N. M. Tolman, “Recommendations of Dietitians for Overcoming Barriers to Dietary Adherence in Individuals With Diabetes,” *The Diabetes Educator*, vol. 26, no. 2, pp. 272–279, Mar. 2000.
- [172] J. Wens, E. Vermeire, P. Van Royen, B. Sabbe, and J. Denekens, “GPs’ perspectives of type 2 diabetes patients’ adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions,” *BMC Family Practice*, vol. 6, no. 1, p. 743, May 2005.
- [173] S. Cook, M. L. Drum, A. C. Kirchhoff, L. Jin, J. Levie, J. F. Harrison, S. A. Lippold, C. T. Schaefer, and M. H. Chin, “Providers’ Assessment of Barriers to Effective Management of Hypertension and Hyperlipidemia in Community Health Centers,” *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 17, no. 1, pp. 70–85, 2006.
- [174] C. M. Dezil, “Medication Noncompliance: What *Is* the Problem?,” *Managed Care*, vol. 9, no. 9, 2000.
- [175] M. Peyrot, R. R. Rubin, T. Lauritzen, F. J. Snoek, D. R. Matthews, and S. E. Skovlund, “Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study,” *Diabetic Medicine*, vol. 22, no. 10, pp. 1379–1385, Oct. 2005.
- [176] W. Geneva Grupo de Estudio de la OMS, *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003.
- [177] A. M. Borzecki, S. A. Oliveria, and D. R. Berlowitz, “Barriers to hypertension control.,” *American Heart Journal*, vol. 149, no. 5, pp. 785–794, May 2005.
- [178] S. Griffith, “A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines.,” *Br J Gen Pract*, vol. 40, no. 332, pp. 114–116, Mar. 1990.
- [179] A. A. Obasan and S. J. Showande, “Assessment of compliance to treatment among ambulatory asthmatic patients in a secondary health care facility in Nigeria,” *International Journal of ...*, 2012.
- [180] M. P. Trotta, A. Ammassari, S. Melzi, M. Zaccarelli, N. Ladisa, L. Sighinolfi, M. S. Mura, A. d’Arminio Monforte, A. Antinori, AdICoNA Study Group, “Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence.,” *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, vol. 31, pp. S128–31, Dec. 2002.
- [181] R. R. Rubin, “Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus.,” *Am. J. Med.*, vol. 118, no. 5, pp. 27S–34S, May 2005.
- [182] D. A. D. R. Marcilio, “Polifarmacia y adherencia a la medicacion en pacientes diabeticos tipo 2 del Hospital Victor Lazarte Echeagaray,” *Universidad Privada Antenor Orrego*, Nov. 2016.

- [183] W. Bynum, *The History of Medicine: A Very Short Introduction*. London, England: Oxford University Press, 2013.
- [184] R. Pérez-Tamayo, "Médicos y medicina: el caso mexicano," *Letras libres*, no. 134, CDMX, México, Feb-2010.
- [185] M. Ortiz, *Para entender la salud*, Primera. México, D.F.: NOSTRA, 2010.
- [186] *Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente CSG*, CDMX: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 2017.
- [187] I. Meijerman, J. H. Beijnen, and J. H. M. Schellens, "Herb-drug interactions in oncology: focus on mechanisms of induction.," *Oncologist*, vol. 11, no. 7, pp. 742–752, Jul. 2006.
- [188] OPSOMS, *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y presentación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Americas*, Primera Ed. Washington, D.C., 2013, pp. 1–105.
- [189] W. H. Curioso, E. Gozzer, and J. Rodriguez-Abad, "Understanding the potential role of cell phones and the Internet to support care for diabetic patients and caregivers in Peru.," *Rev Med Hered*, vol. 22, no. 1, 2011.
- [190] D. W. Bates and A. A. Gawande, "Improving safety with information technology.," *N Engl J Med*, vol. 348, no. 25, pp. 2526–2534, Jun. 2003.
- [191] B. Chaudhry, J. Wang, S. Wu, M. Maglione, W. Mojica, E. Roth, S. C. Morton, and P. G. Shekelle, "Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care.," *Ann. Intern. Med.*, vol. 144, no. 10, pp. 742–752, May 2006.
- [192] R. Amarasingham, L. Plantinga, M. Diener-West, D. J. Gaskin, and N. R. Powe, "Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study.," *Arch Intern Med*, vol. 169, no. 2, pp. 108–114, Jan. 2009.
- [193] J. A. Smith, "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors.," *J. Urol.*, vol. 174, no. 4, pp. 1400–1401, Oct. 2005.
- [194] R. Koppel, J. P. Metlay, A. Cohen, B. Abaluck, A. R. Localio, S. E. Kimmel, and B. L. Strom, "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors.," *JAMA*, vol. 293, no. 10, pp. 1197–1203, Mar. 2005.
- [195] B. Kaplan, "Evaluating informatics applications--clinical decision support systems literature review.," *Int J Med Inform*, vol. 64, no. 1, pp. 15–37, Nov. 2001.
- [196] B. Kaplan and K. D. Harris-Salamone, "Health IT success and failure: recommendations from literature and an AMIA workshop.," *J Am Med Inform Assoc*, vol. 16, no. 3, pp. 291–299, May 2009.
- [197] R. L. Wears and M. Berg, "Computer technology and clinical work:

- still waiting for Godot.,” *JAMA*, vol. 293, no. 10, pp. 1261–1263, Mar. 2005.
- [198] R. Heeks, “Health information systems: failure, success and improvisation.,” *Int J Med Inform*, vol. 75, no. 2, pp. 125–137, Feb. 2006.
- [199] J. Nagelkerk, K. Reick, and L. Meengs, “Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management.,” *J Adv Nurs*, vol. 54, no. 2, pp. 151–158, Apr. 2006.
- [200] M. Roser and E. Ortiz-Ospina, “World Population Growth,” *Our World in Data*, May 2013.
- [201] P. F. DRUCKER, *Post- Capitalist Society*. New York: Harper Business, 1993.
- [202] O. I. Cuadrado, “La gestión del conocimiento y la gestión de la tecnología en salud para la innovación en Salud,” *Revista Científica Teknos*, vol. 15, no. 1, pp. 60–75, 2015.
- [203] L. Vásquez-Silva, R. Ticse, L. Alfaro-Carballido, and F. Guerra-Castañón, “Acceso, uso y preferencias de las tecnologías de información y comunicación por médicos de un hospital general del Perú,” *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, vol. 32, no. 2, pp. 289–293, 2011.
- [204] M. Kommula and G. N. Kusneniwar, “Computer and Internet Use among Medical Students of a Private Medical college of South India,” *Nat Journ of Medic and Dent Research*, vol. 1, no. 4, pp. 34–38, 2013.
- [205] J. M. Salinas Ibáñez, “Enseñanza flexible, aprendizaje abierto. Las redes como herramienta para la formación,” *Eduotec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, vol. 0, no. 10, p. 010, Jan. 2006.
- [206] V. R. Curran, L. J. Fleet, and F. Kirby, “A comparative evaluation of the effect of internet-based CME delivery format on satisfaction, knowledge and confidence,” *BMC Medical Education*, vol. 10, no. 1, p. 9, Jan. 2010.
- [207] J. A. Castrillón-Estrada, J. C. García Domínguez, M. Anaya Taboada, D. Rodríguez, D. de la Rosa, and C. V. Caballero-Uribe, “Bases de datos, motores de búsqueda e índices temáticos: herramientas fundamentales para el ejercicio médico,” *Salud Uninorte*, vol. 24, no. 1, 2008.
- [208] C. R. Mejía, O. J. Caceres, C. A. Vera, A. Nizama-Vía, W. H. Curioso, and P. Mayta-Tristán, “Uso de fuentes de información en médicos recién graduados de Lima,” *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, vol. 31, no. 4, pp. 716–720, Mar. 2010.
- [209] O.-A. Samuel, “Comparative Analysis of Information and Communication Technology (ICT) Application by Male and Female Academics in Africa,” *Library Philosophy and Practice (e- journal)*,

- vol. 4, no. 5, pp. 37–51, 2014.
- [210] P. B. Ghante and A. Yakkaldevi, *Library automation*. Laxmi Book Publications, 2014.
- [211] SimondonG, *El modo de existencia de los objetos técnicos*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2013.
- [212] J. G. Gammack, V. Hobbs, and D. Pigott, *The book of informatics*. Thomson, 2007.
- [213] A. Kumar and P. Patnaik, “An Electronic Evolution in Logic and Computation,” *Dronacharya Research Journal*, vol. III, no. II, pp. 36–92, 2011.
- [214] N. Rescher, *Monadology: an edition for students*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1991.
- [215] P. Dobson, “Critical realism and Information Systems Research - Why bother with philosophy?,” *Information Research*, vol. 7, no. 2, 2002.
- [216] P. H. Lee, D. J. Macfarlane, T. H. Lam, and S. M. Stewart, “Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review.,” *Int J Behav Nutr Phys Act*, vol. 8, no. 1, p. 115, 2011.
- [217] R. Bhaskar, *A Realist Theory of Science*. Hemel Hempstead: Harvester, 1978.
- [218] R. Bhaskar, *The Possibility of Naturalism*. Sussex, UK: Harvester Press, 1979.
- [219] R. Bhaskar, *Scientific Realism and Human Emancipation*. London: Verso, 1986.
- [220] R. Bhaskar, *Reclaiming Reality*. London: Verso, 1989.
- [221] R. Bhaskar, *Dialectic: The Pulse of Freedom*. London: Verso, 1993.
- [222] M. Archer, R. Bhaskar, A. Collier, T. Lawson, and A. Norrie, Eds., *Critical Realism: Essential Readings*. London: Routledge, 1998.
- [223] A. Sayer, *Realism and Social Science*. London: SAGE Publications, 2000.
- [224] J. Mingers, A. Mutch, and L. Willcocks, “Critical Realism in Information Systems Research,” *Mis Quaterly*, vol. 37, no. 3, pp. 795–802, 2013.
- [225] W. Olsen and J. Morgan, “A Critical Epistemology of Analytical Statistics: Addressing the Sceptical Realist,” *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 35, no. 3, pp. 255–284, Sep. 2005.
- [226] J. Pratschke, “Realistic Models? Critical Realism and Statistical Models in The Social Sciences,” *Philosophica*, vol. 71, pp. 13–38, 2003.
- [227] J. Mingers, “A critique of statistical modelling in management science from a critical realist perspective: its role within multimethodology,” *Journal of the Operational Research Society*, vol. 57, no. 2, pp. 202–219, Feb. 2006.
- [228] J. M. Njihia and Y. Merali, “The Broader Context for ICT4D Projects:

- A Morphogenetic Analysis,” *Mis Quaterly*, vol. 37, no. 3, pp. 881–905, 2013.
- [229] M. J. Hannafin, “Emerging technologies, ISD, and learning environments: Critical perspectives,” *ETR&D*, vol. 40, no. 1, pp. 49–63, Mar. 1992.
- [230] O. A. Zapata, “Como encontrar un tema y construir un tema de investigación? ,” *Innovación Educativa*, vol. 5, no. 29, pp. 37–45, 2005.
- [231] B. Ángel, “LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA y SUS APLICACIONES EN BIBLIOTECONOMÍA y DOCUMENTACIÓN,” *Rev. Esp. Doc. Cient*, vol. 22, no. 2, 1999.
- [232] J. W. Creswell, *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Sage Publications, Inc, 1998.
- [233] U. Flick, *El diseño de la investigación cualitativa*, Primera. Madrid, 2014.
- [234] J. C. Greene, “Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology?,” *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 2, no. 1, pp. 7–22, Jan. 2008.
- [235] L. Vigotski, *Pensamiento y habla*, 1st ed. Buenos Aires: COLIHUE CLÁSICA, 2007.
- [236] M. F. Aguilar, *Mapa conceptual, hipertexto, hipermedia y otros artefactos culturales para la construcción y comunicación del conocimiento*. UAEM | Bonilla Artiaga Editores, 2015.
- [237] GmbH, “Atlas ti (Version 8.1) [software]..” Scientific software, Berlin, 2017.

NEXOS

Anexo 1. Lista de verificación SEGUE

El marco SEGUE Médico _____		Paciente _____	
Poner el escenario		Sí	No
1. Saludar al paciente de manera apropiada			
2. Establecer la razón de la visita:			
3. Esquema de la agenda de visita ("¿algo más?", problemas, secuencia)			
4. Establecer conexión personal durante la visita (Ir más allá de las preocupaciones médicas)			
5. Mantener la privacidad del paciente (por ejemplo, cerrar la puerta)			
Obtener información	n/a	Sí	No
6. Obtener la opinión de los pacientes sobre el problema de salud y / o el progreso			
7. Explorar los factores físicos / fisiológicos			
8. Explorar los factores psicosociales / emocionales (por ejemplo, situación vital, relaciones familiares, estrés)			

9. Hablar sobre los tratamientos previos (por ejemplo, auto-cuidados, la última visita, otros tratamientos médicos)			
10. Discutir cómo el problema de salud afecta la vida de paciente (por ejemplo, la calidad de vida)			
11. Discutir temas de estilo de vida / estrategias de prevención (por ejemplo, riesgos para la salud)			
→ 12. Evitar las preguntas de directiva / gestión			
→ 13. Dar al paciente la oportunidad / tiempo para hablar (por ejemplo, no interrumpir)			
→ 14. Escuchar. Prestar completa atención al paciente (por ejemplo, mirarlo a la cara, reconocimiento verbal, retroalimentación no verbal)			
→ 15. Verificar / clarificar información (por ejemplo, recapitular, preguntar “¿cuánto?”)			
Informar	n/a	Sí	No
16. Explicar la razón del proceso de diagnóstico (por ejemplo, exámenes, pruebas)			
17. Enseñar al paciente sobre su propio cuerpo y situación (por ejemplo, proporcionar retroalimentación a partir de los exámenes / pruebas, explicar la anatomía / diagnóstico)			
18. Animar al paciente a hacer preguntas y verificar su comprensión.			
→ 19. Adaptarse al nivel de comprensión del paciente (por ejemplo, evitar / explicar la jerga)			

Entender la perspectiva del paciente	n/a	Sí	No
20. Reconocer los logros / avances / desafíos del paciente			
21. Reconocer el tiempo de espera			
→ 22. Expresar afecto, preocupación, empatía			
→ 23. Mantener un tono respetuoso			
Terminar el encuentro		Sí	No
24. Preguntar si hay algo más que al paciente le gustaría tratar			
25. Repasar los próximos pasos con el paciente.			
Si se sugiere un plan de tratamiento / prevención nuevo o modificado	n/a	Sí	No

26. Discutir las expectativas / objetivos del paciente para el tratamiento/prevención			
27. Involucrar al paciente en la decisión sobre un plan (por ejemplo, opciones, justificación)			
28. Explicar los beneficios probables de las opciones discutidas			
29. Explicar los posibles efectos secundarios de las opciones discutidas			
30. Proporcionar instrucciones completas para el plan			
31. Discutir la capacidad del paciente para seguir el plan			
32. Discutir el papel importante del paciente en el tratamiento / prevención			

Comentarios:

© 1993/2004 Gregory Thomas Makoul - Todos los derechos reservados