

**silvia molina\***

## **comunicación y medicina**

Todas las actividades sociales son comunicativas, ya que la comunicación es el medio que nos permite llevarlas a cabo. Por ello entendemos por comunicación, no sólo los intercambios verbales, sino diversas formas expresivas como el movimiento y el gesto. En consecuencia, **la comunicación es un proceso de intercambio a través del cual, lo que se intercambia es información.**

El mundo que nos rodea es significativo para nosotros a medida que logramos explicarlo. Desde esta perspectiva, la ciencia está enriqueciendo de manera constante nuestro universo informativo y, por lo tanto, nuestras posibilidades de comunicación; aunque cabe aclarar que no es la única fuente para el desarrollo de nuestro conocimiento, ya que existen otras, como la experiencia empírica, que pueden conducirnos igualmente hacia él.

A medida que conocemos las cosas las vamos denominando, les ponemos un nombre y desde el momento en que las relacionamos y vinculamos sus nombres, articulamos un lenguaje. Es significativa entonces la existencia de una estrecha interdependencia entre lenguaje, información o conocimiento y desarrollo intelectual, verificada a través de la práctica comunicacional.

Sin embargo, una de las contradicciones que encontramos dentro de este campo, es que **a mayor información, a mayor dominio del lenguaje y a mayor capacidad intelectual no corresponde necesariamente una mayor y mejor práctica comunicacional.** Porque si bien es a través de los mensajes emitidos que estas cualidades son detectadas, no siempre coinciden con las condiciones de una bue-

\* Investigadora de tiempo completo del Centro de Estudios de la Comunicación, FCPyS-UNAM.

na comunicación; es decir, de una comunicación clara, completa y accesible. Por el contrario, en las sociedades clasistas el patrimonio de la mayor información, y por lo tanto, del mayor desarrollo intelectual, se transforma en un bien atesorado y reservado a ciertas élites que lo usufructúan dándole un valor de mercado. Al perfilarse dentro de estos términos la información y la misma comunicación, se convierten en una mercancía que se intercambia entre esa élite y los sectores necesitados de sus conocimientos.

De hecho, el profesional que afirma: “yo no cobro por lo que hago, sino por lo que sé”, da a sus conocimientos el carácter de bienes de consumo. Es cierto que tiene derecho a cobrar por su trabajo, en la medida en que valora sus conocimientos con independencia de la sociedad en que vive (que le ha facilitado los medios para adquirir su saber) y sólo ve su provecho personal, se convierte en un mercader que comercializa su saber y sus habilidades. Esta instancia economicista tiene directas consecuencias sociales y políticas. Esta frase, por ejemplo, permite identificar socialmente al médico que la sostiene, puesto que es típica de aquellos que se dedican a la medicina privada y en cambio, resulta menos frecuente entre quienes practican la medicina socializada. Además, en la medida en que los conocimientos se valoran arbitrariamente, se convierten en una mercancía selectiva: no son para quienes los necesitan, sino para los que pueden pagarlos. La necesidad y la urgencia se entienden entonces como elementos que permiten elevar el costo del producto, y no como razones sociales y fundamentos filosóficos del avance científico. Este hecho, cuyas repercusiones sociales son evidentes, puede ser controlado o atenuado por la medicina social.

En México, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores y el Instituto de Desarrollo Integral de la Familia (ex-IMAN), son instituciones con planteles hospitalarios que, a partir del criterio de la medicina social, tratan de neutralizar los efectos de la práctica de la medicina privada o particular y brindar sus servicios a una población con diferente capacidad económica, en la que prevalecen los sectores de escasos recursos. Y aunque estas instituciones no hayan podido resolver todavía los problemas de salud en el país, es —desde luego— posible y necesario que en el intento se prevea la utilización óptima de los recursos con que actualmente disponen. Entre estos recursos encontramos a la comunicación, que si bien no puede dar por sí misma solución a dichos problemas, facilita el éxito de los propósitos y los servicios que brinda la medicina social en México.

La subutilización y el desperdicio de los recursos comunicacionales en la práctica médica en estas instituciones son consecuencias de una falta de conocimiento y/o de una falta de planificación comunicacional. Estos se deben en gran medida a que, en la mayo-

ría de los casos, en las clases de capacitación profesional —y no exclusivamente en las de medicina— el campo de la comunicación humana se encuentra desatendido. Las relaciones humanas y las relaciones públicas, únicos tópicos a los que se les presta alguna atención, se refieren a formas muy limitadas de comunicación: creación de una imagen ante el público, solución de conflictos humanos a nivel intrainstitucional e interinstitucional, técnicas de manipulación, persuasión, etcétera, que se orientan en términos generales hacia una perspectiva económico-empresarial de la profesión. Sin caer en la condena de estas alternativas comunicacionales, es urgente que también se estudie y aplique la comunicación humana dentro del ámbito estrictamente académico de las distintas profesiones, máxime en el caso de aquellas que, como la medicina, implican una relación interpersonal directa, una constante interacción.

En los últimos años, los médicos han aprendido a identificar y reconocer el hecho de que algunas enfermedades están estrechamente relacionadas con la forma en que los hombres viven, los medios con que cuentan para sostenerse y las actividades de que se ocupan. Saben que en condiciones de hacinamiento, de pobreza o de trabajo riesgoso hay mayores probabilidades de contraer enfermedades y sufrir accidentes, este paso ha cambiado y enriquecido enormemente la medicina.

Pero el siguiente paso —siguiendo la tendencia del anterior— consiste en que los médicos intensifiquen sus conocimientos sobre la sociedad y los utilicen para establecer relaciones comunicacionales adecuadas a fin de optimizar el servicio profesional que brindan.

Este servicio profesional se ve con cierta frecuencia distorsionado en sus objetivos a causa del planteo y uso de una comunicación inadecuada. Tomemos un ejemplo que ilustre este caso: en ocasiones los médicos (algunos de ellos) regañan a las madres de niños mal nutridos por no darles la alimentación adecuada; aunque, desde luego, existen madres que pudiendo satisfacer las demandas nutritivas básicas de los niños, desconocen los principios de la nutrición infantil, esto no es tan frecuente como el caso de las que carecen de los recursos necesarios para alimentar a sus hijos. Cuando se produce una situación de este último tipo, ocurre un hecho que es determinante: se humilla a la madre que desea ver sano y fuerte a su hijo, pero que no cuenta con los medios para lograrlo. Si se intensifica o repite esta situación, las nuevas sanciones inhibirán a esa madre, como consecuencia inmediata la información que suministrará en lo sucesivo estará incompleta o deformada por el deseo de evitar las críticas. Esto tenderá a alterar la perspectiva médica del caso y con ello el tratamiento del paciente tendrá mayores posibilidades de ser erróneo. Asimismo, en casos extremos, se interrumpiría definitivamente la relación médico-paciente. Las madres prefe-

rirán ver a curanderos, ya que la misma situación marginal de éstos y aquéllas será un rasgo común, facilitador del mutuo acercamiento . . . aunque el problema de salud del niño no se resuelva.

Por esto, **la primera regla que deben conocer los médicos para establecer una buena comunicación con los pacientes, es identificar su posición de clase y adaptar el tratamiento a las posibilidades objetivas que tengan éstos para llevarlo a cabo.**

Sin embargo, cuando el médico en el interrogatorio de sondeo detecta a la madre del niño como a una persona de ínfimos recursos, es lógico que se plantee: ¿cómo decirle que su niño necesita tomar leche y comer carne, huevos, verduras y fruta si no los va a poder adquirir? En este punto la medicina y el médico resultan insuficientes para resolver un problema que escapa a su control; pero lo que sí se puede hacer es prever paliativos que atenúen la gravedad del caso (medicinas adecuadas, dietas sustitutivas enriquecidas, cursos de nutrición y cocina, etcétera) y que aunque sea mediante tratamientos más prolongados, puedan acabar con el problema.

Por otra parte, el regaño es poco compatible con el ejercicio de una profesión que, de hecho, se encuentra estrechamente vinculada a la educación. Decirle a una madre inexperta que es torpe o descuidada no le enseña a dejar de serlo. Las actitudes supersuficientes o paternalistas que acompañan el regaño son un factor de antagonismo que interfiere la comunicación. La relación vertical médico-paciente puede llegar a impedir a este último la confianza de solicitar una explicación más clara del tratamiento propuesto por el médico y las causas del padecimiento; con ello la rigurosidad con que se seguirá el tratamiento podrá verse afectada. Por lo tanto, **la segunda regla para establecer una buena relación médico-paciente consiste en abandonar actitudes supersuficientes o paternalistas y colocarse tentativamente en el lugar del paciente antes de emitir juicios y recomendaciones**, a fin de que puedan ser claramente comprendidas, y de esta manera, mejor aprovechadas.

Esto se debe a que, si por un lado se admite "que no hay enfermedades sino pacientes", por otro lado es cierto también que atendiendo a las condiciones particulares de cada caso el médico puede lograr establecer una buena relación, y ésta depende de la medida en que el paciente capte correctamente lo que el médico le dice y viceversa. Es necesario recordar que **una buena comunicación es aquella que permite intercambiar la información necesaria para que las partes interesadas, el médico y el paciente, conozcan los datos relativos a la enfermedad, sus causas y las medidas necesarias para acabar con ella.**

Por otra parte, en la medicina como en las demás ciencias, se ha desarrollado un lenguaje especial, un lenguaje comprensible sólo para la comunidad médica. Es extraordinariamente frecuente que la in-

capacidad de los pacientes para descifrar un diagnóstico formulado en lenguaje médico riguroso sea la causa, o de una sobrevaloración de la enfermedad cargada de angustia, o de una subvaloración de peligrosas consecuencias. Por eso, **la tercera regla para la buena comunicación indica que, al dirigirse al paciente, el médico debe hacerlo mediante una traducción del lenguaje médico al común, a fin de que éste lo entienda.**

Esto no quiere decir que se trivialice o desvirtúe el lenguaje específico transformando una gastritis en un “dolor de panza”, sino que hacer accesible al paciente la interpretación que el médico hace de su cuadro clínico.

Pero aun cuando se cumplan las tres reglas básicas que hemos mencionado, existen elementos que pueden interferir en la comunicación y desvirtuar su sentido. Estos “ruidos” como se los denomina en el lenguaje de los comunicólogos, se deben a interferencias físicas (como el propio ruido), al sobreentendido, la tergiversación, o la acción de inhibidores psicosociales y sistemáticos.

No nos detendremos aquí a considerar las interferencias físicas, cuyo carácter es obvio, sino que trataremos las demás.

El sobreentendido consiste en presuponer que dentro de la relación comunicacional el otro conoce algo, a lo cual nosotros nos estamos refiriendo indirectamente; algo soslayado que, no obstante, constituye el tema de la comunicación.

El sobreentendido es muy frecuente. Se da, por ejemplo, cuando el médico al recetar al paciente el uso de cierto antibiótico que debe tomarse cada seis horas, no recalca que esa periodicidad debe mantenerse día y noche . . . y un número insospechadamente grande de pacientes cree que las medicinas sólo se toman de día.

Asimismo, es frecuente que el paciente que ve por primera vez a un médico presuponga que éste, por su mera condición de médico, tiene que comprender cabalmente el confuso cuadro de síntomas que presenta y darle de inmediato un diagnóstico exacto.

La única forma de acabar con los sobreentendidos es aclarando de fondo cada cuestión hasta agotar las dudas que médico o paciente tengan. Es preferible ser exhaustivo y aun, repetitivo, debido a que lo que está en juego es la salud del paciente y la credibilidad y confianza en el médico y la medicina misma. Por ejemplo, cuando el médico extiende una receta, debe aclarar específicamente la conveniencia de mantener una periodicidad entre cada dosis de medicina, así como —lo que también muchas veces es dejado de lado— sus efectos colaterales, contraindicaciones y recomendaciones para su mejor aprovechamiento. Y cuando un nuevo paciente llega a consulta, se le debe explicar la interpretación de su cuadro y las razones por las cuales se le puede dar o no un diagnóstico probable,

sujeto a comprobación mediante pruebas de laboratorio, situando correctamente la función del médico en la relación médico-paciente.

Finalmente, aclaremos que los sobreentendidos —cuyas consecuencias pueden llevar a desenlaces fatales— se manifiestan también en la relación médico-médico y en la médico-personal subalterno (enfermeras, anestelistas, etcétera).

Otro de los elementos que interfieren la comunicación es la tergiversación, que consiste en deformar y confundir el significado de los términos, alterando su sentido.

En ocasiones médico y paciente entablan alocadas conversaciones en las que cada uno está presuponiendo que el otro quiere una determinada información, y contestando, no lo que se le pregunta, sino lo que considera que se espera de él. De esta forma es posible que, mientras el médico orienta el interrogatorio de un paciente en el que sospecha deficiencias vesiculares, el paciente responda de acuerdo a lo que él cree que es la enfermedad que el médico “ve” en él —por ejemplo una hepatitis tratando de hacer coincidir sus síntomas con sus ideas.

La ambigüedad inconciente o concientemente usada por casi todo el mundo, es con frecuencia un elemento precursor de la tergiversación y el consiguiente malentendido. De aquí parte la premisa de que además de discutir y aclarar los términos en la comunicación médico-paciente, es preciso que ésta sea directa, sin subterfugios o equívocos que puedan dar lugar a una comunicación distorsionada.

No debemos olvidar que toda comunicación es —en términos amplios— educación, y que por lo tanto, el esfuerzo que los médicos hagan por establecer una buena comunicación con sus pacientes contribuirá a su educación sanitaria y, de acuerdo a la medicina curativa que actualmente prevalece entre los servicios que brindan las instituciones hospitalarias mexicanas, educar al paciente e instruirlo sobre las causas que originaron su enfermedad así como la forma más adecuada de llevar a cabo su tratamiento es aprovechar recursos, muchas veces desperdiciados, en medicina. Sirve también, a largo plazo, no sólo para sustituir la imagen popular del médico “que hace milagros” (y que en algunas zonas rurales atrasadas corre el riesgo de ser linchado si comete el “fraude” de no salvar a un desahuciado) por la imagen del médico-científico (que no es infalible pero que pone el mayor empeño, inteligencia y conocimiento en su trabajo), sino también para implantar las prácticas de medicina preventiva que —todavía como un ideal— se plantean hoy en día en todo el mundo.

Junto a la función educativa de la comunicación, se da la función propagandística y aun agitativa. ¿Tienen éstas alguna importancia desde la perspectiva médica? Indudablemente sí. La medicina puede

contribuir a través de la mera relación médico-paciente, a través de programas de difusión cultural televisados o radiados, por medio de cursos, conferencias, discusiones públicas, etcétera, a la creación de una conciencia en la población sobre la importancia de una cantidad de tópicos cuya urgencia en abordar es cada vez más perentoria, como por ejemplo el control de la natalidad, el aborto, la auto-medicación, el valor de las medicinas en relación a su costo de producción, el saneamiento ambiental y el control de la solución en la ciudad y el campo, la medicina preventiva y otros más. De esta manera, la medicina, utilizando adecuadamente los recursos de la comunicación puede lograr, tras una campaña sistemática, una movilización popular en contra del consumo y la producción de artículos nocivos para la salud, o en favor de un sistema de seguridad sanitaria que permita, mediante diagnósticos precoces y medidas anticontaminantes, elevar considerablemente la salud de la población.

Pero además de los citados, **existen otros elementos que atenúan, inhiben o imposibilitan la comunicación. Estos elementos se refieren a situaciones y actitudes dentro de las cuales la comunicación queda determinada, y se encuentran en los siguientes casos: a) cuando no existe en los médicos conciencia de la utilidad y perspectivas que la comunicación les brinda; b) cuando carecen de elementos de conocimiento para aprovechar al máximo la comunicación en su trabajo, y c) cuando no cuentan con los recursos materiales para ponerla en práctica.**

En el primer caso, puede tratarse de simple desconocimiento sobre las posibilidades de la comunicación, y superarse fácilmente mediante pláticas informativas y ejemplos demostrativos, asimismo puede tratarse de un rechazo total por la cuestión. Desde luego “no hay más sordo que el que no quiere oír” y por lo tanto, hay quien cree que la comunicación no tiene importancia alguna en la medicina. Tratar de persuadir a este sector es —desde el punto de vista comunicacional— un error, dado que de antemano, estaríamos incomunicándonos. Cualquier programa concreto de integración sistemática de una política comunicacional en la relación médico-paciente debe partir de las gentes interesadas en el asunto y orientarse hacia aquellas que si bien no tienen ningún interés especial en el mismo, tampoco lo rechazan. Sólo en última instancia es posible persuadir a los reacios, y esto se logra, por lo general, mediante razones adecuadas a los intereses que manifiestan. En pocas palabras, a los “sordos” hay que dirigirse en el lenguaje que ellos comprenden.

Con respecto al segundo caso, las perspectivas de los que carecen de elementos de conocimiento para comunicarse, a estas alturas son de fácil superación, ya existe por un lado la posibilidad del trabajo interdisciplinario y por el otro la oportunidad de ejercitar práctica-

mente esta cualidad tan humana de la comunicación, aprendiendo de la experiencia, de la autocrítica y —por qué no— de los demás, de los libros y de los especialistas. Sin embargo, es posible que ciertos tipos de fenómenos a los que denominaremos inhibidores psicosociales dificulten y deformen el esfuerzo por establecer una comunicación eficaz.

Los inhibidores psicosociales más frecuentes son los prejuicios y estereotipos, fundados en idealizaciones y no en hechos o datos empíricos. Por ejemplo, los prejuicios frente al sexo, la homosexualidad, pueden hacer que ciertas preguntas necesarias en un interrogatorio médico, sean eludidas o formuladas en términos sumamente ambiguos y confusos, tanto por los médicos como por los pacientes con sus consiguientes consecuencias. Un médico que tenga una concepción estereotipada del rol femenino puede incluir inconscientemente en la plática con la paciente una serie de juicios valorativos que dificulten el intercambio comunicativo. Asimismo, los estereotipos que identifican inteligencia con clase social —sumamente frecuentes— pueden dar lugar también a situaciones tensas y equívocas que rompan la relación médico-paciente o la sitúan a un nivel de idealización, de super-valoración y sometimiento que a la vez que configura una relación psicológicamente enferma (estrechamente ligada al sadomasoquismo) se funda en la tergiversación con lo cual, médico y paciente, cada uno por su lado, estarán manejando síntomas diferentes de enfermedades imaginarias.

Finalmente, en el tercer caso, trataremos a los inhibidores sistemáticos estrechamente vinculados a la disponibilidad de recursos para la comunicación. Estos comprenden una rama variadísima que tiene un origen común: la propia forma del sistema institucional de organización dentro del cual se establecen las relaciones médico-paciente.

De esta manera, nos enfrentamos a problemas comunicacionales cuyas dificultades sólo pueden ser menguadas con los esfuerzos de los propios interesados, pero que requerirían de una profunda reestructuración para poder evitarse definitivamente.

Entre los recursos necesarios para la buena comunicación se encuentra la necesidad de estar físicamente apto. El cansancio es, por lo tanto, contraproducente. Los médicos mismos probaron a los comunicólogos que el ser humano necesita un ritmo de trabajo; comer a horas fijas, y tener un periodo de descanso diario de alrededor de ocho horas . . . Sin embargo, son los primeros en no seguirlo y los horarios de rotatorios de 24 x 12 y 36 x 12 son la más clara expresión de lo que ocurre con ellos. Si el médico o cualquier persona está cansado no puede fijar su atención, no tiene la paciencia suficiente para dar explicaciones claras, ni tampoco para comprender la perspectiva del paciente.

Asimismo, a medida que las instituciones hospitalarias han ampliado la población a la que brindan sus servicios, lo cual ha ocurrido de una manera extraordinariamente rápida, no ha sucedido lo mismo con los equipos médicos que la atienden. Y desde luego, el médico involucrado en este problema, que llega a atender a diez pacientes por hora, no tiene tiempo de hablar con ellos de casi nada y por lo tanto, no puede establecer un buen contacto con ellos.

También, en ciertas instituciones como el Hospital “López Mateos” del ISSSTE, el paciente debe esperar un mes o más para ver a su médico, contados a partir de que solicita la consulta; cuando finalmente logra verlo, éste no es el mismo de la vez anterior. La información sobre la enfermedad del paciente se encuentra en su historia clínica y sólo es completada por un: ¿y qué hay de nuevo? antes de que la presión del tiempo obligue a despedir a ese paciente y hacer pasar a otro con quien la situación se repite. Evidentemente esto minimiza y estereotipa al máximo la posibilidad de comunicación a la vez que la fragmenta entre un mismo paciente y muchos médicos.

En el nivel de la institución médica que presta servicios resulta entonces determinante comprender que no todos los esfuerzos para desarrollar una comunicación efectiva, entre médico y paciente deben recaer en el médico. La organización administrativa de esa institución es responsable, como hemos señalado ya, de una serie de problemas comunicacionales que le compete a ella misma subsanar. No obstante, el cuerpo médico tiene facultades para hacer evidentes estos problemas, estimar su valor y proponer alternativas ante las autoridades competentes, de modo que éstas los comprenda y atienda. Y en este caso, otra vez los médicos deben ser cuidadosos, no estarán dirigiéndose a quienes comparte su lenguaje, sus inquietudes, sus necesidades sino a otro sector: el administrativo. Por ello, sus solicitudes, observaciones y propuestas tendrán que expresarse en un lenguaje adecuado para ser cabalmente comprendido por los administradores.

Finalmente como conjunto heterogéneo y disperso, la población de pacientes —que también debe contribuir a la buena comunicación médico-paciente— resulta difícil de controlar. No obstante, sería posible, mediante el trabajo conjunto de médicos y especialistas en comunicación, formular una serie de instructivos dirigidos a los pacientes para que éstos contribuyan a centrar el tema de comunicación y evitar las dispersiones que innecesariamente alargan y confunden el sentido de la consulta médica.

Es evidente entonces que dentro de la medicina institucional, el esfuerzo conciente y sistemático de las partes que entran en interrelación (cuerpo médico, sistema administrativo y población de pacientes) puede redundar en una significativa evolución del mejoramiento de la salud y de las relaciones de trabajo involucradas en el proceso.