

COMUNICACIÓN, ROLES Y VALORES

María Gabriela Fernández Coria

Natalia Noemí Cornaglia

Residentes de primer año de Medicina General, CAPS “El Porteño” de la Ciudad de Chascomús, Provincia de Buenos Aires.

Teléfono: 02241431646

Dirección: Mansilla y calle 3

Código Postal: 7130

Mail: mariagfcoria@hotmail.com

cornaglianati@gmail.com

Año 2016

Investigación cualitativa exploratoria con enfoque fenomenológico



COMUNICACIÓN, ROLES Y VALORES

AUTORES: Fernández Coria, María G. Cornaglia, Natalia N.

LUGAR: Residencia de Medicina General. CAPS “El Porteño”, Ciudad de Chascomús.

DOMICILIO: Mansilla y calle 3. CP: 7130. Número de teléfono: 02241431646. MAIL:
cornaglianati@gmail.com, mariagfcoria@hotmail.com

TIPO DE TRABAJO: Investigación Cualitativa exploratoria con enfoque fenomenológico;
CATEGORÍA TEMÁTICA: Promoción de salud.

Introducción: Explorar acerca de qué entendemos por comunicar, cómo nos comunicamos y cómo somos percibidos en este acto.

Problema: ¿Cómo vivenciaron la experiencia de la comunicación, luego del informe diagnóstico de una mala noticia y/o su eventual tratamiento, tanto pacientes del barrio “El Porteño”, como médicos del sistema de salud de la ciudad de Chascomús, provincia de Buenos Aires en los últimos 10 años?

Objetivo general: Descubrir las sensaciones que dejó la comunicación entre médicos y pacientes luego del informe diagnóstico de una mala noticia y/o su tratamiento y el cumplimiento o no de sus expectativas, en el barrio “El Porteño” de la ciudad de Chascomús en los últimos 10 años, reflexionando el impacto generado en el ámbito personal y familiar de los pacientes y los posibles cambios de vida posteriores.

Material y Métodos: Entrevistas en profundidad (personal de salud, personas de la comunidad y Residentes de Medicina General), utilizando análisis cualitativo.

Resultados: Presencia de actitud paternalista por parte de los usuarios que impide el empoderamiento y participación en la toma de decisiones. Necesidad de formación en comunicación para médicos y enfermeras, observando diferencias significativas en trabajadores del primer y segundo nivel de atención.

Conclusiones: Necesidad inmediata de repensarnos como comunicadores, replanteando las estrategias utilizadas para poder establecer un intercambio genuino de información, vinculándonos como seres humanos.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 4 |
| Área problema..... | 4 |
| Pregunta..... | 4 |
| Fundamento..... | 4 |
| Objetivos generales y específicos..... | 7 |
| Paradigma..... | 8 |
| Marco conceptual..... | 9 |
| Contexto de estudio..... | 17 |
| Diseño metodológico | |
| • Tipo de estudio..... | 22 |
| • Universo 1 y universo 2..... | 22 |
| • Elección de participantes..... | 22 |
| • Consideraciones éticas..... | 23 |
| • Variables..... | 24 |
| Resultados y análisis | |
| • Tabla 1..... | 25 |
| • Tabla 2..... | 26 |
| • Análisis sobre usuarios del Sist. de Salud..... | 29 |
| • Análisis del personal de salud..... | 31 |
| Conclusión..... | 33 |
| Propuestas..... | 34 |
| Anexos..... | 35 |
| Bibliografía..... | 37 |

INTRODUCCIÓN

Hoy nos encontramos desde el primer nivel de atención dando nuestros primeros pasos como futuras médicas generalistas, lo que ha posibilitado que cambie drásticamente nuestra perspectiva, nuestra visión del accionar médico. Esto ha hecho que empecemos a cuestionarnos sobre nuestra formación de pregrado y el modelo médico impuesto, que se contrapone con lo que vivimos diariamente en la “salita” (termino con el cual los vecinos e integrantes del equipo de salud, denominamos diariamente al CAPS) y con nuestra subjetividad.

Sentimos la necesidad de visibilizar las voces de nuestra comunidad y las propias en lo que respecta a las relaciones entre médicos y pacientes, los vínculos y los roles de cada uno.

En este trabajo se abordará a la comunicación por considerarla un elemento fundamental en la estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud) donde estamos inmersos, intentando comprender de esta manera numerosos interrogantes surgidos desde la comunidad y el equipo de salud.

Proponemos con este trabajo reflexionar y preguntarnos acerca de la importancia de ser buenos comunicadores, contemplando el impacto generado en los demás y en nosotros mismos.

ÁREA PROBLEMA: Comunicación médico-paciente.

PREGUNTA: ¿Cómo vivenciaron la experiencia de la comunicación, luego del informe diagnóstico de una mala noticia y/o su eventual tratamiento, tanto pacientes del barrio “El Porteño”, como médicos del sistema de salud de la ciudad de Chascomús, provincia de Buenos Aires en los últimos 10 años?

FUNDAMENTO

Como trabajadores de salud en el primer nivel de atención consideramos a la comunicación un recurso valiosísimo al realizar nuestra labor diaria. Es lo que nos permite conocer y dejarnos conocer. “Tiene una intencionalidad expresa de promover cambios y lograr aprendizajes, dirigida conscientemente a generar una influencia desarrolladora en otros, a modificar conductas y estilos de vida y en especial ofrecer a la población instrumentos para

pensar, acompañándolos, estimulando su análisis y reflexión”¹. Es por esta razón, y debido a las falencias que encontramos en nuestra formación y en el cuerpo médico en general, que decidimos investigar qué entendemos por comunicar, cómo comunicamos y cómo somos percibidos en este acto.

Entendiendo a la comunicación como “un proceso complejo y multidimensional, dinámico, durante el cual se producen cambios. Que involucra tanto afectos como datos y también influyen en él las personalidades de los involucrados, resultado de una compleja interacción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales”². Por lo tanto, para que la comunicación sea efectiva, “se debe promover la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no esté centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos”³. Asegurando una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta fines de la década del 70 del siglo XX, que ha sido abordada de modo sistemático y formal. La investigación en comunicación y salud es reciente, con desarrollo en los años 80 y fundamentalmente en la década del 90. La profundización de su estudio coincide con el enfoque de considerar importante la relación centrada en el paciente, que se inicia en esos años, en correspondencia con los movimientos sociales que defendían los derechos y la autonomía del paciente⁴.

Elegimos estudiar la comunicación médico paciente en una situación extrema como comunicar una mala noticia, entendiéndola como “cualquier información que altera drásticamente las expectativas que una persona tiene acerca de su futuro”⁵. “Dar malas noticias es un acto médico y al mismo tiempo un arte que debe ser aprendido, para el que no

¹ Naípe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Feb-Mar. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2960/1738>

² María del Carmen Vidal y Benito. Acerca de la buena comunicación en medicina. Libros virtuales Intramed. Disponible en <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/>

³ Philippa Moore, Gricelda Gómez, Suzanne Kurtz, Alex Vargas, La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054.

⁴ Pedro Córceces, Silvia Deborah Ofman, Dorina Stefani. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA - UBA) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)(Buenos Aires, Argentina). Revista de Comunicación y Salud. Vol. 4, pp. 19-34, 2014.

⁵ Nicolás Cacchiarelli San Román y Carlos G. Musso. Enseñando a comunicar malas noticias en medicina. Una experiencia en el Hospital Italiano. Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol 32, Nº 4, Diciembre 2012

existen fórmulas ni protocolos rígidos”⁶. La mayoría no estamos preparados para hacerlo. Venimos de formarnos en un sistema público universitario que prioriza los conocimientos por sobre los sentimientos, la eficiencia sobre la humanidad. Varios estudios han demostrado que, sin intervención explícita, las habilidades comunicacionales de los estudiantes de medicina empeoran a lo largo de la carrera. Siendo la empatía un concepto alejado muchas veces de la práctica diaria, tal vez por miedo a mostrar nuestra subjetividad y emoción, perdiendo nuestra libertad de ser. Considerándola, incluso, una cualidad difícil de definir. Aquí la entendemos como la capacidad de captar el marco de referencia del paciente, percibir sus significados personales, y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos (Carl Rogers, 1975). No obstante, es importante reconocer que numerosas universidades de todo el mundo ya han incorporado en su currícula a la comunicación, en formas teóricas y prácticas, lo que nos habla de un cambio en el paradigma de la relación médico-paciente clásica y en la forma de percibirnos como médicos.

Las quejas referidas a las formas de comunicar médicas son frecuentes, y conllevan mucho dolor en los individuos de nuestra comunidad. Por eso también consideramos importante escuchar lo que los médicos tienen para decir. Qué es aquello que los hace malos comunicadores. Algunas de las razones que podemos nombrar son: miedo de causar dolor, miedo de ser culpados, miedos legales, miedo a decir no sé o a expresar emociones. De todo esto surge la necesidad de reinventar el concepto de ser médico, recuperando nuestra autenticidad. Jugar con la realidad, poniéndola de nuestro lado. Tal como lo refiere Carl Rogers (1975), es necesaria la autenticidad, sinceridad y transparencia del terapeuta en su contacto con el paciente. Generando un encuentro existencial, no intelectual, teórico o técnico, donde el terapeuta se muestra tal cual es, no como una máscara, sino vivo, con sentimientos, ya que *resulta difícil tener valores personales distintos a los valores profesionales*, pues ante todo somos seres humanos unitarios.

Por todo esto, no menor es la importancia de la comunicación efectiva en medicina como elemento para la reflexión y para la emancipación personal, entendiendo a esta medicina como una medicina social, reivindicadora de derechos, comunitaria e integral.

⁶ Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, "Cómo dar bien las malas noticias". Declaración de la Organización Médica Colegial Española. Cuadernos de Bioética [en línea] 2010, XXI (Septiembre-Diciembre). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698007>.

Contra poniéndose a un modelo médico hegemónico biologicista, individualista, ahistórico, asocial, asimétrico y autoritario, que propicia una participación subordinada y pasiva del paciente, con exclusión de sus conocimientos (E. L. Menéndez, 1988). Esperando lograr una reflexión positiva acerca de nuestro accionar y el de nuestros compañeros, propiciando una mirada hacia nuestro interior para ahondar en los porqués y paraqués de nuestro ejercicio profesional. Poniéndonos en contacto con nuestra subjetividad, nuestra historia y nuestras creencias. Repensando el camino por recorrer, tal vez con una nueva mirada.

Por último, esperamos, que este trabajo de investigación dé lugar al establecimiento de un vínculo real con la comunidad en la cual estamos inmersos, donde la comunicación efectiva juegue un papel preponderante, desde lo verbal, lo corporal, lo espiritual. Dejando por momentos de lado la relación médico-paciente, asimétrica desde su constitución y relacionándonos simplemente como individuos, que se necesitan mutuamente.

OBJETIVO GENERAL: Descubrir las sensaciones que dejó la comunicación entre médicos y pacientes luego del informe diagnóstico de una mala noticia y/o su tratamiento y el cumplimiento o no de sus expectativas, en el barrio “El Porteño” de la ciudad de Chascomús en los últimos 10 años, reflexionando el impacto generado en el ámbito personal y familiar de los pacientes y los posibles cambios de vida posteriores.

Objetivos específicos:

- Exponer los saberes y sentimientos de los Usuarios del efector de Salud con respecto a la forma en que los médicos y enfermeros se comunican con ellos.
- Identificar la adopción de roles como profesionales de la salud que puedan alejarnos de nuestro sentir y nuestra subjetividad y replantearnos la necesidad de ser nosotros mismos.
- Reflexionar sobre la importancia de las palabras y formas que utilizamos en nuestra práctica diaria como agentes de salud.
- Explorar a modo comparativo el concepto de comunicación efectiva y real entre Usuarios y Efectores del sistema de Salud, identificando qué factores consideran importantes para satisfacer sus expectativas de comunicación.

PARADIGMA

Si alguien piensa que lo que percibimos, eso sí es la realidad, está olvidando que la percepción misma es una forma de organización de los estímulos sensoriales, condicionada en función de los requerimientos de la cultura en la que la percepción tiene lugar.⁷

Para realizar esta investigación nos valemos del paradigma de la investigación cualitativa, entendida como una metodología que establece una relación sujeto –sujeto; un sujeto interpretante de las interpretaciones de otros, que debe tener presente, en la medida de lo posible, las determinaciones de sus propias interpretaciones.⁸

Consideramos que es la estrategia más idónea de investigación para conocer la realidad que nos toca enfrentar como agentes de salud del PNA (primer nivel de atención), considerando como fin último la modificación de esta, aprendiendo por y para la comunidad. Intentando así comprender e interpretar las imágenes sociales, las significaciones y los aspectos emocionales que orientan desde lo profundo los comportamientos de los individuos. Esto motiva que su diseño sea abierto (puede producir informaciones no preconcebidas en el diseño) y flexible (las etapas pueden darse simultáneamente o puede volverse atrás en alguna instancia).⁹

Como investigadoras cualitativas consideramos que en el proceso siempre hay por lo menos dos actores clave: el participante que aporta la información y el investigador que, como aprendiz y cointérprete, guía el proceso hacia el conocimiento que ambos desean expresar. Juntos forjan una asociación para explorar distintas interpretaciones sociales de la realidad basada en la confianza y la mutua comprensión de una meta común.¹⁰

Por ello, desde este paradigma, no concebimos a la investigación cualitativa como una solución en sí misma a las problemáticas actuales, sino que creemos que es una vía para llegar a comprender mejor la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales, eficaces e impactantes para la generación de programas de

⁷ José María Serbia. DISEÑO, MUESTREO Y ANÁLISIS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, Universidad Nacional de Lomas de Zamora. HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año IV, Número 7, V3 (2007), pp. 123 – 146.

⁸ Ídem 7.

⁹ Ídem 7.

¹⁰ Priscilla R. Ulin, Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley. Investigación aplicada en Salud Pública, Métodos Cualitativos. OPS 2006.

salud, donde el sujeto no sea objeto pasivo de recepción u observación, sino un partícipe activo de la construcción social.¹¹

Al utilizar herramientas cualitativas para la obtención de la información, estas nos permiten el registro de varios planos de la subjetividad (lo denotado-connotado a través de lo verbal, lo gestual, los tonos de la voz, los silencios) ampliando la interpretación y comprensión de la realidad en los distintos espacios sociales. Contamos con la realización de entrevistas semiestructuradas para la obtención de la realidad. Estas presentan una secuencia de temas a abordar y algunas preguntas sugeridas, presentando apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados.¹²

El concepto de representatividad subyacente en las muestras cualitativas implica, no la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales, sino la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias micro sociales. La representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado.

MARCO CONCEPTUAL

La comunicación significa compartir, participar en algo o poner en común. Es un proceso complejo y multidimensional que puede tener una gran variedad de significados. A través de ella, los seres humanos compartimos información diferente entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad. Por eso nos es muy importante y primordial hablar de la comunicación, sobre todo cuando lo que queremos comunicar es una mala noticia, aquello que drástica y negativamente podría alterar la perspectiva y las expectativas de la otra persona, impactando en ese individuo en relación con su futuro.

La comunicación se puede dividir en dos grandes tipos: la verbal y la no verbal: cuando la comunicación se lleva a cabo por medio de una lengua hablada o escrita, se denomina verbal. Es una forma de comunicación exclusiva de los seres humanos y la más importante en las sociedades humanas. La no verbal se expresa a través de lenguajes corporales, proximidad, signos no lingüísticos y sonidos sin palabras. También debe ser

¹¹ C. Altamirano Raminger, et al. Salud conocida vs Salud real, ¿Cuál es cuál?. Chascomús, 2014.

¹² J. L. Alvarez Gayou Jurgenson. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología., 2003.

asertiva, aquella que logra expresar de forma simple, oportuna y clara lo que se desea a otro individuo. Es el equilibrio entre una comunicación agresiva y una pasiva. Se trata de una habilidad social importante asociado a la inteligencia emocional y a la comunicación no verbal.¹³

En principio y en un sentido muy amplio, podemos decir que es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor. Para que la información sea transferida exitosamente debe existir un código compartido entre ambos polos. La comunicación entre las personas es una variedad de comunicación que tiene características propias como la interacción y la utilización de un lenguaje simbólico. Es un proceso dinámico, durante el cual se producen cambios. Involucra tanto afectos como datos y también influyen en él las personalidades de los involucrados en dicho proceso. Finalmente, la comunicación humana en medicina, podría considerarse como una variedad más específica relacionada con la forma como las personas manejan las situaciones que tienen que ver con la salud. Es el resultado de una compleja interacción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Los diversos investigadores que trabajaron sobre este tema coinciden en que la comunicación humana se caracteriza por ser un proceso transaccional y multidimensional. Al decir que es un proceso significamos que no se trata de una acción estática, sino más bien de desarrollo y cambio. Lo transaccional se refiere a la influencia recíproca. Lo multidimensional corresponde a las diversas dimensiones involucradas como la dimensión contenido, constituida por las palabras que se utilizan en la particular situación de la relación con el médico o cualquier miembro del equipo de salud, el lenguaje y la información que se transmite. La dimensión relacional se refiere a los aspectos del mensaje que tienen que ver con la forma de vinculación de las personas involucradas. Cuando las relaciones entre las personas son conflictivas, la dimensión relacional adquiere más importancia que los contenidos del mensaje. Por el contrario, cuando no lo son, los contenidos adquieren mayor significación. Una pregunta o una observación pueden ser percibidas de un modo muy persecutorio o no serlo en absoluto, según el estilo relacional. Es decir, el significado del

¹³Significados: descubrir lo que significa, conceptos y definiciones.

mensaje depende del interjuego entre su contenido y las relaciones entre las personas participantes.¹⁴

Por lo anterior mencionado, los profesionales de la salud deben esforzarse más en lograr un proceso comunicativo y una dimensión relacional lo más óptima posible para que acerque a las personas a su realidad, porque cada individuo sabe habitualmente bastante más de lo que se le ha dicho probablemente porque tiene otras fuentes de información (entre ellas su propio organismo).¹⁵ También tengamos en cuenta y sepamos identificar que muchas de las personas que no reciben información realmente no la desean. Habrá que preguntarse por qué ocurre esto. Una de las hipótesis puede ser que se mueven dentro de una negación adaptativa, pero otra, no menos razonable, podemos encontrarla en los miedos del paciente para enfrentarse a la “conspiración del silencio” que se ha montado a su alrededor. Este dato está muy estudiado en los niños, pero la experiencia clínica nos dice que aparece con frecuencia en los adultos. Es muy disonante desconfiar de quien te cuida, porque conlleva para el que es cuidado más problemas que ventajas. La conspiración del silencio se convierte así en un círculo comunicativo y relacional muy perverso.

Que el desvelar la información daña más que beneficia ha sido desmentido por la investigación. En un estudio prospectivo Centeno y Núñez Olarte informan que el 75% de los pacientes informados hablaba claramente de su enfermedad y de sus consecuencias con sus familiares, mientras que solamente el 25% de los no informados hacía lo mismo. Los pacientes informados identificaban con más nitidez al médico de referencia, estaban más satisfechos de su relación con él y comprendían mejor las explicaciones recibidas. Finalmente, también se encontró que los pacientes que saben su diagnóstico, no sólo no pierden la esperanza sino que muestran más confianza en el cuidado que reciben. “Tenemos que construir el encuentro con el otro porque en la vida y en el encuentro con el otro está el centro de las prácticas de cuidado” “ Lo importante es que piensen las personas, sus ideas y sus necesidades, y no considerar o imponer el saber medico” sabias palabras de Emerson Merhy, donde se vuelve a dejar en claro que no es solo comunicar, traducir un significado médico, sino llegar a conocer a las personas y que las personas nos conozcan lo más profundo que se pueda para entonces

¹⁴ María del Carmen Vidal y Benito. Acerca de la buena comunicación en medicina. Libros virtuales Intramed. Disponible en <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/>

¹⁵ BARBERO, J.. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. Anales Sis San Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.3, pp.19-27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006006600003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627

sí llegar a una conexión, que nos permita encontrarnos con el otro que vino en búsqueda del cuidado, de la ayuda.

La información y la fidelidad relacional se construyen, entonces, mediante un proceso, no en sucesos puntuales, donde la clave, más que en el nivel de información, se encuentra en el nivel de comunicación afectiva y efectiva que se logra. Desde esta perspectiva podremos considerar la información válida como: • Integradora (tiene en cuenta la realidad Paciente / familia / contexto sociocultural). • Dinámica y de doble dirección. • Secuencial, manteniéndose atenta a la evolución de los intervinientes. Importancia del concepto "economía" de la verdad o del proceso "información a plazos". • Finalista, ya que puede ser un medio idóneo para: control emocional, autonomía en las decisiones, colaboración en el tratamiento, adaptación a la situación, etc.

Ahora bien, al hablar de mala noticia tenemos que tener en cuenta que es lo malo de la noticia, que depende de cuál es la perspectiva de la persona en relación con su futuro, perspectiva única e individual. Las malas noticias suelen vincularse a situaciones terminales, pero incluyen otras, como informarle a una embarazada el hallazgo de una malformación en su hijo o a una adolescente con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes. Además, un momento inadecuado podría ser otro ejemplo de mala noticia, como la necesidad de una angioplastia durante la semana del casamiento de una hija, o una incompatibilidad laboral, como el diagnóstico de temblor esencial en un cirujano Cardiovascular.

Entonces definiremos algunas palabras antes, como perspectiva, vivencia, expectativa, impacto, todo aquello que va a ser muy singular de cada ser en cuanto a su sentimientos e interpretaciones al momento de comunicarle justamente, una mala noticia. Y también la importancia de saber que es empatía y/o comunicador empático.

PERSPECTIVA: Punto de vista o modo de ver y considerar las cosas. Punto de vista desde el cual se considera un asunto determinado. En este sentido, se trata del juicio personal o de la visión subjetiva de un sujeto.

Dado que los seres vivos atravesamos un complejo y, en algunos casos, extenso desarrollo, es comprensible que nuestra perspectiva se vea modificada más de una vez a lo largo de nuestra vida. Partiendo de nuestro crecimiento a nivel físico, que causa que veamos el mundo desde diferentes alturas durante los primeros años, una misma situación no causará el mismo impacto en un niño, en un adolescente o en un anciano. Las experiencias

nos aportan elementos que gradualmente alteran ciertos conceptos, lo cual desemboca inevitablemente en que cambie nuestra forma de entender el entorno y de reaccionar frente a los sucesos que nos rodean.¹⁶ El concepto de VIVENCIA se emplea para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación. Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican. Con cada vivencia, el ser humano registra una cierta información que le servirá, en el futuro, a enfrentar situaciones semejantes. De este modo, las vivencias constituyen un aprendizaje. En el ámbito de la psicología, se entiende que las vivencias son aquellas experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada sujeto reacciona de diferente manera ante un suceso externo: de acuerdo a su capacidad de reacción, estos sucesos se constituyen, o no, como vivencias.

Hay hechos que, para una persona, pueden resultar de escasa importancia y por lo tanto no se forman internamente como vivencias. Esos mismos hechos, para otros, pueden ser muy relevantes y dejar una huella.

Una EXPECTATIVA es lo que se considera más probable que suceda; esperanza, sueño o ilusión de realizar o cumplir un determinado propósito. Una expectativa, que es una suposición centrada en el futuro, puede o no ser realista. Un resultado menos ventajoso ocasiona una decepción, al menos generalmente. Si algo que pasa es completamente inesperado suele ser una sorpresa.

Cabe resaltar que, por lo general, la expectativa se asocia con la chance razonable de que algo se concrete. Para que las expectativas puedan nacer es necesario que tengan alguna clase de respaldo. Si no, se trataría sólo de un simple deseo que podría llegar a tener raíces irracionales o estar impulsado por cuestiones vinculadas a la fe. Otro detalle a tener en cuenta es que la expectativa aparece tras una incertidumbre, en momentos en los cuales aún no se ha confirmado qué es lo que puede llegar a pasar. La expectativa, entonces, consiste en depositar confianza en aquello que, según se considera, es más probable que ocurra: se trata, en definitiva, de una suposición que, de acuerdo a las circunstancias, puede ser más o menos realista. Cuando las expectativas no se ven satisfechas,

¹⁶Autores: Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Definición de perspectiva, vivencia, expectativa e impacto. (<http://definicion.de/perspectiva/>), 2009.

el individuo experimentará una decepción. En cambio, si se logran superar las expectativas iniciales, el sujeto sentirá alegría ante la sorpresa experimentada.

IMPACTO, Impresión emocional intensa. Conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta a un entorno o ambiente social o natural. El golpe anímico causado por una noticia sorpresiva o desconcertante y el efecto producido por un acontecimiento en la opinión pública se conocen como impacto.

La EMPATIA es la intención de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo. La palabra empatía es de origen griego “empáttheia” que significa “emocionado”. La empatía hace que las personas se ayuden entre sí. Está estrechamente relacionada con el altruismo - el amor y preocupación por los demás - y la capacidad de ayudar. La capacidad de ponerse en el lugar del otro, que se desarrolla a través de la empatía, ayuda a comprender mejor el comportamiento en determinadas circunstancias y la forma como el otro toma las decisiones.

La persona empática se caracteriza por tener afinidades e identificarse con otra persona. Es saber escuchar a los demás, entender sus problemas y emociones. Cuando alguien dice "hubo una empatía inmediata entre nosotros", quiere decir que hubo una gran conexión, una identificación inmediata.¹⁷

Concluimos teniendo certezas de que una correcta comunicación entre el médico y el paciente va a producir varios efectos deseables. En el paciente favorece la participación e implicación en la toma de decisiones clínicas, el bienestar emocional y psicológico, la adherencia al tratamiento y la satisfacción general con consultas y/o tratamientos. En cuanto al personal de salud, se traduce en una mayor satisfacción en el trabajo, la capacidad de asimilación de las perspectivas de los pacientes incluidos sus creencias, valores, preocupaciones y preferencias para la optimización de la atención, así como una mayor cooperación y confianza con el paciente. Otros efectos documentados son el reconocimiento de la calidad y eficiencia de la atención.

¹⁷Significados: descubrir lo que significa, conceptos y definiciones

Ahora bien, teniendo bien en claro las ventajas de una correcta comunicación con las personas, nos ponemos a pensar si fuimos o no educados para este fin, si lo que tratamos de hacer para conocer a la gente sale naturalmente de cómo somos personalmente, si lo aprendimos viendo a otros o como es que lo llevamos adelante. Sabemos que las habilidades de comunicación pueden enseñarse, aprenderse y desarrollarse de una manera estructurada, por lo que existe una preocupación creciente en su introducción en el plan de estudios de pre-formación médica y de post-grado. El desarrollo de habilidades de comunicación requiere de un entrenamiento, supervisión y retroalimentación continua, que recomienda una estructura conjunta y longitudinal para estos programas. Sin embargo, el aprendizaje y desarrollo de habilidades de comunicación en la práctica clínica se lleva a cabo tradicionalmente en un ambiente informal y relativamente poco estructurado, mediante la observación y el seguimiento en la práctica clínica de los otros médicos. Un estudio comparativo de las facultades de medicina holandesas reveló que el aprendizaje debe comenzar tan pronto como sea posible, con formación teórica y práctica supervisada y preferiblemente a lo largo de la trayectoria académica. En Portugal, la enseñanza de habilidades de comunicación clínicas a nivel de grado se desarrolla en cada institución de acuerdo a los modelos curriculares específicos cuya eficacia es desconocida.¹⁸ Coinciden también en Chile donde creen que el éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica. Por esta razón se han incluido cursos formales de comunicación médica en los currículos de las escuelas de medicina de la mayoría de las universidades.¹⁹ Hoy en día en las Universidades Argentinas tenemos la deficiencia en aprender a comunicarnos, utilizando la manera mencionada anteriormente, donde miramos, copiamos, aprendemos y también en muchas situaciones nos horrorizamos de la manera en que nuestros profesores se comunican con las personas, ya sea en entrevistas, pases de sala, ingresos y egresos del segundo nivel, ya que muy pocas veces o casi nunca se cumple con el modelo de Medicina que se pretende,

¹⁸ [FEM: Revista de la Fundación Educación Médica](http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000700006) versión impresa ISSN 2014-9832 FEM (Ed. Impresa) DIC vol.18 no.6. 2015 <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000700006>

¹⁹ P. MOORE G. GÓMEZ, S. KURTZ, A. VARGAS. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054.

donde un medico recién recibido tendría que salir preparado para la atención primaria y en un primer nivel de atención.²⁰

Por eso en el nuevo paradigma sociomédico la efectividad de la comunicación constituye la piedra angular ante el reto de conocernos con las personas, entre los usuarios de salud y los efectores del sistema de salud, ofreciendo de esta manera a la población instrumentos para pensar, analizar y reflexionar sobre su salud.

Para que el proceso comunicacional se instale, debe existir acuerdo expreso acerca de lo que cada uno espera del otro en el campo donde se despliega esta relación. Debe dedicarse el tiempo que haga falta para lograr ese acuerdo ya que de esta forma, muy probablemente, se eviten dificultades futuras. Los malentendidos y las expectativas inadecuadas son generadores de distorsiones en el vínculo, que inevitablemente se traducirán en fallas del accionar médico.

“Un médico y un paciente se encuentran y se miran. Por un momento sus ojos se hacen centros vectores de su reciproca comunicación. Más tarde, acaso tras una breve fracción de segundo, la expresión oral -la palabra- asumirá esa función central y organizadora de la comunicación interpersonal, pero, aunque es segundo plano, los ojos no dejarán de participar en ella. Como protagonista primero, luego como secuaz y acompañante, la mirada interviene decisivamente en la comunicación entre el médico y el paciente. Preguntémos, pues, de nuevo: cuando un médico y un paciente mutuamente se miran ¿Qué sucede entre ellos? Cuando un individuo escucha a otro con atención, interés y concentración, decimos que ha empatizado, si logra sentir en sí mismo, la emoción que el otro relata y vivencia, entonces si finalmente vamos a lograr la comunicación que anhelamos.”

²⁰ Altamirano Raminger, Cintia S. INSTRUIRSE DESDE EL DESCONOCIMIENTO: ¿CÓMO NOS ESTAMOS FORMANDO? Año 2010.

CONTEXTO DE ESTUDIO

El partido de Chascomús se ubica hacia la margen Este de la provincia de Buenos Aires, en el borde de la Bahía de Samborombón, y dentro de la cuenca deprimida del Río Salado. Al mismo tiempo, se ubica en lo que podríamos considerar como la cuarta corona del Conurbano Bonaerense, o la primera fuera del arco de la Ruta 6. El partido se extiende entre los ríos Samborombón y Salado, siendo atravesado en sentido Norte – Sur por la Ruta 2, que corre al Este de la ciudad de Chascomús. Limita con los partidos de Brandsen, Punta Indio, Castelli, General Belgrano, General Paz, Lezama, Magdalena y Pila. Se ubica aproximadamente a 120Km de la Ciudad de Buenos Aires y a 80Km de la Ciudad de La Plata.

Tiene una superficie de 4.225 km² y alberga al sistema de encadenadas, una enorme masa de agua constituido por 7 lagunas: Vitel, Chascomús, Adela, Del Burro, Chis- Chis, Tablilla y Las Barrancas, las cuales desembocan en el Río Salado. La mayor de ellas es la de Chascomús, cuyos márgenes bañan la ciudad cabecera.

✓ DEMOGRAFIA

Debido a la cercanía a la capital Provincial y Nacional es una de las ciudades de la provincia que muestra tasas de crecimiento altas en los últimos 2 periodos intercensales siendo este cercano al 20%.

Según datos del Censo Nacional de Población realizado en el año 2010 Chascomús tiene aproximadamente 42277 habitantes, 20707 varones (49%) y 21570 mujeres (51%). Muestra una estructura etaria similar a los partidos del interior de la Provincia, particularmente se observa un fuerte crecimiento de la población potencialmente activa entre 15 y 64 años. Así, la pirámide de población muestra una ancha base, donde se observa que el 51% de la misma tiene menos de 30 años, mientras que aproximadamente el 15,5% tiene más de 60 años. Dicha población se asienta a lo largo de 30 barrios, configurando zonas urbanas y semirurales.

Cabe señalar que nuestra ciudad presenta una tasa de natalidad del 19%, una tasa de mortalidad en general del 9% y del mortalidad infantil de 8,7%.

✓ SITUACION SOCIAL

-Vivienda y Servicios

Existen en el partido, 11240 hogares de los cuales 10480 viven en casas, 228 en ranchos, 156 en casillas, 324 en departamentos y 52 se reparten entre piezas de inquilinato, piezas de hotel o pensión, locales no constituidos para habitación o viviendas móviles.

De acuerdo con la información del censo se puede estimar el déficit habitacional desde dos dimensiones: según características de habitabilidad y según régimen de tenencia. De acuerdo a la primera dimensión se observa un déficit de 1812 viviendas, de las cuales cerca de un tercio son situaciones irre recuperables. Del total de hogares el 80% presentan una ocupación regular.

En cuanto a los servicios públicos, en el área urbana los servicios están a cargo del municipio, que es el que brinda tanto la provisión de agua potable como la conducción y tratamiento de líquidos cloacales. Asimismo el municipio se encarga de la recolección de residuos domiciliarios, escombros y ramas, del barrido de calles, del alumbrado público, del mantenimiento de calles urbanas, suburbanas y caminos rurales. La Provisión de energía eléctrica está a cargo de la empresa EDEA S.A.

El 57% de los hogares habita viviendas que cuentan con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, el 16% con descarga de agua y desagüe a cámara séptica y pozo ciego, otro 16% sin descarga de agua y desagüe a cámara séptica, 10% habita viviendas sin inodoro o con inodoro sin descarga de agua.

El 88% de la población cuenta con provisión de agua por medio de cañerías dentro del hogar, el 10% obtienen el agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno, mientras que el 1% lo obtienen fuera del terreno. Así, el 75% de los hogares están conectados a la red pública de agua potable, el 15% obtiene agua a través de perforación con bomba a motor y el 10% lo obtiene por otros medios.

Tan solo el 53% de los hogares está conectado a la red de gas, el resto utiliza como combustible para cocinar gas a granel, en tubo, garrafa, electricidad y carbón o leña.

Según datos del INDEC, el porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Chascomús, es de 10,9 % y se encuentra por debajo de los promedios provinciales (15,8%) y de la región sanitaria XI (14,7%).

-Educación

Chascomús es cabecera de la región educativa 17, encontrándose en ella la jefatura de región, la sede de inspectores y la jefatura de región de inspectores, así como varias sedes

de inspección educativa: especiales, educación física, superior, preescolar, media, primaria, psicología y algunas extensiones de sedes como artística y de adultos.

En la ciudad, los establecimientos escolares se concentran fuertemente en el centro de la ciudad, y cuentan con todos los niveles educativos (maternal, inicial, primario, secundario y superior).

El nivel inicial cuenta con 10 establecimientos públicos: 1 municipal y 5 privados. Con respecto al nivel primario existen 34 escuelas rurales (en todo el partido), 10 públicas, 3 municipales y 3 privadas; mientras que para el nivel secundario, se cuenta con 3 públicas, 1 municipal y 2 privadas. Además se cuenta con 5 establecimientos públicos para educación de adultos y formación profesional, 5 públicos de educación especial y 5 públicos de educación artística.

En este sentido, es importante señalar que en Chascomús, la población mayor de 10 años es de 35087 siendo 34728 los alfabetizados y 355 los analfabetos (1% de la población). Así mismo, según datos obtenidos de la Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires, existe una gran deserción escolar en la franja etaria de 15 a 19 años con abandono del secundario.

-Salud

Chascomús pertenece a la región sanitaria XI. El sistema público de salud es municipal y cuenta en el primer nivel de atención con 6 Centros Integrales Comunitarios (CICs) ubicados en los barrios El Porteño, Gallo Blanco, Villa Jardín, Ipora, Escribano (Carranza) y 30 de mayo. Cabe aclarar que el espacio donde dichos efectores funcionan, en su mayoría, depende de las sociedades de fomento.

En cuanto al recurso humano que trabaja en los CICs, la mayoría pertenece al programa nacional de médicos comunitarios y ofrece atención en pediatría, clínica, ginecología, obstetricia, enfermería, psicología de niños y adultos, educación física, odontología y agentes sanitarios. Además, todos los CICs cuentan con Licenciados en trabajo Social que dependen de la Secretaría de Desarrollo Social.

Desde 2011 a la fecha, se incorpora el trabajo de la Residencia de Medicina General.

El segundo nivel de atención público se da desde el Hospital San Vicente de Paul que posee 54 camas para la internación y 6 de terapia intensiva. Ofrece la atención en emergencia las 24hs y ambulatoria en las especialidades de clínica, pediatría, ginecología, obstetricia,

cirugía, urología, traumatología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, psiquiatría, psicología infantil y de adultos, cardiología infantil y de adultos, nutrición, neurología, neumonología, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, estimulación temprana, trabajo social, gastroenterología, laboratorio, farmacia e imágenes. Este sector, atiende el 64% de las consultas médicas del partido. En este sentido cabe destacar que la cantidad de población sin cobertura de obras sociales y/o prepagas, asciende al 40%.

En el Sector privado existen 2 establecimientos: la Clínica Privada Chascomús con 30 camas aproximadamente y el Hogar Luminares, con internación para pacientes con alguna discapacidad. Dicho sector, ofrece la atención médica ambulatoria desde varios establecimientos entre los que se pueden mencionar el SUIM, Centro Médico, Centro de Salud, Centro de Diagnóstico Quintana y los consultorios particulares de cada profesional. Del total de las consultas médicas en el partido, este sector atiende al 36%, aproximadamente.

Además del hospital municipal, clínica y demás consultorios, existe un Hogar Municipal donde viven aproximadamente 76 ancianos, a quienes se les brinda atención médica y de enfermería. En el sector privado hay 5 hogares para adultos mayores. Mientras que, para el acompañamiento y asistencia de personas con discapacidad, funciona la entidad "ASID" (Asistencia integral al discapacitado), un centro de día al cual acuden aproximadamente, 20 personas con diferentes discapacidades.

✓ ACTIVIDAD ECONOMICA

A diferencia de lo que sucede en la región, el partido de Chascomús tiene una fuerte presencia de actividades industriales, especialmente del sector agroalimenticio –en particular elaboración de productos lácteos-, el sector textil y la fabricación de maquinaria y equipos agrícolas. Posee una importante actividad ganadera principalmente orientada a la cría de ganado vacuno y cabañas dedicadas al desarrollo de reproductores bovinos. También tiene fuerte peso la actividad tampera, cuya producción es absorbida por la industria láctea asentada en la zona.

La actividad agrícola tiene poca presencia y se orienta al cultivo de maíz, avena, cebada, sorgo y soja, a la vez que existe una importante actividad apícola distribuida en todo el territorio del partido.

La laguna y el sistema de las encadenadas, ha generado una actividad tradicional de turismo receptivo de fin de semana lo que ha generado un gran desarrollo de los servicios ofrecidos al turismo.

Barrio El Porteño

Está ubicado aproximadamente a 3 km al este del casco urbano de la Ciudad en un área semi rural, conformado por 8 manzanas en las que habitan aproximadamente 1000 personas. Según datos que aporta el Análisis de Situación de Salud (ASIS) realizado en el año 2013, el índice de NBI es 14,3 %. La pirámide poblacional se describe con una base amplia y una cúspide puntiaguda, característica de poblaciones con una fecundidad alta. Hay un alto predominio de personas jóvenes en el Barrio. La población de adultos mayores tiene su tope entre los 60 y 64 años.

El Barrio está constituido por familias mayoritariamente nucleares y monoparentales, que llevan más de 5 años de permanencia en el mismo, provenientes su mayoría de otras partes de la Ciudad de Chascomús, en menor grado de otras ciudades de la Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor son nacidos en el propio Barrio “El Porteño”.

El nivel educativo predominante de los adultos es el primario completo, encontrando un 3% de deserción escolar entre las edades comprendidas de 5 a 18 años. La situación laboral de la población adulta se conforma por un 16,7% desocupados, 25,9% asalariados formales, 15,7% asalariados informales, 17,6 % trabajo temporario, 4,6 % cuentapropistas, 17,6 % jubilados y/o pensionados y 5,5 % reciben algún plan social.

La mayoría de las viviendas son casas de material (ladrillos). No hay sistema de cloacas, por lo que la eliminación de excretas se realiza a través de pozos ciegos. El agua llega a través de conexión de red aunque la mayoría no dispone de conexión a la misma obteniendo el agua para consumo a partir de perforaciones. Cuenta con servicio eléctrico, algunos con medidores y otros con conexiones precarias. En cuanto al suministro de gas, la garrafa es el medio para sustituir la carencia de este servicio. El Barrio cuenta con servicio de alumbrado público. La recolección de basura se realiza en forma periódica.

La mayoría de las calles son de tierra, siendo la calle principal (la cual corresponde al acceso al Barrio) la única que está asfaltada aunque en condiciones de importante deterioro.

Al lugar no accede ninguna línea de colectivo (no existe el transporte público en la Ciudad) siendo el auto propio, la bicicleta o el servicio de remis los principales medios de transporte de los habitantes del Barrio.

Dentro de las instituciones se destacan la Escuela primaria y secundaria N°8, un jardín de infantes, el CAPS El porteño y una capilla. Se encuentra en proceso de construcción un SUM por parte de la Comisión Vecinal donde ya se han realizado algunas actividades, no

estando inaugurado todavía. Desde el CAPS se han propiciado el desarrollo de talleres de sexualidad y cocina itinerantes en diferentes casas de los vecinos. Recientemente se ha construido una plaza con juegos y una cancha de futbol para el barrio.

El CAPS se encuentra en funcionamiento desde hace más de 11 años. Debe su origen a la propia comunidad del Barrio quien, ante la distancia al Hospital Municipal u otros Centros de Salud, por propia iniciativa y a través de un esfuerzo conjunto impulsaron la construcción del mismo. Hace aproximadamente 5 años trabajan en dicho CAPS diferentes profesionales que integran el programa de médicos comunitarios y además, es sede de la Residencia de Medicina General. Actualmente cuenta con dos enfermeras, una psicóloga, un trabajador social, una ginecóloga y una promotora de salud.

DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio: Cualitativo exploratorio con enfoque fenomenológico
2. Universo 1: Personas mayores de 18 años de diversos géneros autopercebidos que hayan sido asistidos en el 1º y 2º nivel asistencial municipal público en algún momento del periodo comprendido entre 2007 y Septiembre de 2016 que vivan el barrio El Porteño de la ciudad de Chascomús.
3. Universo 2: Médicos del 1º y 2º nivel de atención asistencial municipal público que desempeñan sus funciones en el actual periodo de aplicación de este estudio (Junio-Septiembre de 2016) incluyendo aquellos que realizaron y aun realizan funciones asistenciales desde el año 2007 en la ciudad de Chascomús, provincia de Buenos Aires.
4. Elección de los participantes: se realizó acorde al muestreo intencional intensivo cualitativo²¹, con personas que aceptaron participar voluntariamente de la técnica de recolección de datos diseñada para este estudio, consistiendo en, por un lado, 1 hombre y 5 mujeres mayores de 18 años que fueron asistidos en el primer y segundo

²¹ Entendemos como **muestreo intencional (selectivo o de juicio)** aquel donde cada participante es cuidadoso e intencionalmente seleccionado por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el tema de investigación. El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad. Por eso, es de primordial importancia el lugar que los participantes ocupan dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman parte (Carolina Martínez-Salgado, *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*, Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):613-619, 2012).

nivel asistencial municipal público en algún momento del período comprendido entre el año 2007 y septiembre de 2016, que vivan en el barrio El Porteño de la Ciudad de Chascomús. Por parte del Universo 2, los participantes consistieron en 5 médicos del 1º y 2º nivel de atención municipal público y una enfermera de la guardia del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Chascomús.

5. Consideraciones éticas

En la realización de las entrevistas se utilizó el formulario de CONSENTIMIENTO VERBAL, recomendado por “Family Health Internacional”²², donde se expresa oralmente por parte de quien recolecta los datos (previo a iniciar la aplicación del instrumento), hacia las personas que participan de esta investigación:

-Motivo de la investigación

-Participación en el estudio: La participación en las diferentes técnicas de recolección de datos empleadas, es voluntaria y sujeta a la motivación de los colaboradores seleccionados; en caso de aceptar o no la participación, no existe riesgo de percibir algún tipo de sanción ni afectación del tipo de atención que reciben habitualmente por parte del personal del efector de salud sobre el que se les consulta.

-Confidencialidad: La privacidad de las personas entrevistadas, se halla afecta al secreto profesional, siendo este resguardado desde el anonimato permanente en cuanto a la recolección, tabulación, categorización y publicación de los datos extraídos de las entrevistas en profundidad. Nadie, excepto los entrevistadores, sabrá la identidad o rasgos de la misma que permitan identificar a las personas seleccionadas que deciden voluntariamente tomar parte de esta investigación.

-Tiempo que lleva la aplicación del instrumento: en base a las pruebas pilotos realizadas, la aplicación de los diferentes instrumentos no tiene una estricta relación temporal, dado que depende del sujeto que decide participar del mismo. Se tiene una duración estimada de 15 minutos aproximadamente (10-30minutos) para el instrumento A (ver pág. 35); y 30 minutos aproximadamente (15-60minutos) para el instrumento B (ver pág. 35).

²² Ulin, P & cols “investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos” publicación científica y técnica n° 614, Washington DC OPS 2006. Pág 213-215.

-Garantías: Los participantes tendrán acceso a quienes llevan delante la aplicación del instrumento de investigación en cualquier momento, a fin de aclarar cualquier información y podrán retirarse cuando lo deseen. Los resultados se darán a conocer a los participantes, dado que ellos son sujetos activos de la investigación.

6. Variabes:

| Variable | Dimensiones | Indicadores | |
|---|---|--|--|
| | | Persona que demanda al Efector de Salud | Personal de Salud |
| <p><i>Comunicación médico-paciente:</i> variedad de comunicación con características propias, es dinámica y entrelaza las personalidades, involucrando tanto afectos como factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales.</p> | <p><i>Vivencias:</i> experiencia que se adquiere a partir de una situación vivida y que de acuerdo a sus características personales marca o modifica la personalidad del individuo, pudiendo constituirse como aprendizaje.</p> | <p>Recepción de una mala noticia personal o familiar.</p> <p>Evaluación de modificaciones de vida posteriores a un encuentro comunicacional medico paciente.</p> | <p>Dar una mala noticia.</p> |
| | <p><i>Expectativas:</i> esperanza, sueño o ilusión de realizar o cumplir un determinado propósito. Se asocia con una chance razonable de que algo se concrete.</p> | <p>Identificación de factores que influyen en una buena comunicación.</p> | <p>Identificación de factores que influyen en una buena comunicación.</p> <p>Necesidad de formación en comunicación.</p> <p>Conocimiento de que es la empatía.</p> |
| | <p><i>Impacto:</i> impresión emocional intensa causada por un acontecimiento sorpresivo o desconcertante.</p> | <p>Identificación de una actitud de empoderamiento personal posterior a un hecho doloroso o negativo.</p> | <p>Descubrir que sentimientos se generan al comunicar un hecho doloroso o negativo para el paciente.</p> |

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N°1

| CATEGORÍAS | USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD |
|------------------------|---|
| Vivencia/ Mala noticia | <p>N64: “las cosas que me dicen no me molestan mucho, me dolía cuando me hablaban de mis hijos, pero de mi poco” “No me gusta que me anden con vueltas” “todos los médicos me trataron divino, no puedo decir nada” MH26: “mi hermano murió el año pasado en un accidente y me lo dijeron como si nada” E37: “en la guardia me dijeron tiene bronquiolitis y nadie me explicaba, cuando me dijeron así yo pensé lo peor” “yo entiendo la guardia tienen que atender y sacarlo, darle la medicación, pero un poquito de explicación” “me voy muy conforme, tienen la palabra justa, yo entiendo todo” A35: “Que C. no esté en la salita para atenderme”</p> |
| Empoderamiento | <p>N64: “todos los médicos me trataron divino, no puedo decir nada” “nunca me quedé mucho con los médicos de acá” MH26: “mejor que ella no sabe nadie (cirujana)” “estoy conforme porque le hicieron millones de estudios” “yo lo hubiese hecho de otra manera, con psicólogos o algo, más para mi mamá” A35: “sin C. y sin R. no se dónde estaría, en todo lo que me dice tiene razón” “me han querido dar inyecciones y yo no quería” “no cambiaría nada” G50: “yo voy para atenderme, no para que me retes. Pegué media vuelta y lo deje hablando solo” “porque vos de una sabes que tenés que hacer o no y ahí decidís” E37: “no volví a ir al hospital ni a su doctora particular” “volví a mi casa y era otra persona, encaramos todo de otra manera”</p> |
| Impacto | <p>A35: “una mala noticia sería venir a la salita y que C. no este, porque además de mi médica es mi compañera” E37: “me dijo que me comunicara cuando fuera necesario, sea la hora que sea” G50: “se sentaron las dos tranquilas en el consultorio y lo conversaron, no tiro una bomba y se fue” MH26: “Me lo dijeron como si nada, fue todo muy rápido, fue todo un desastre y quedó todo en la nada” “creo que buscaría otra forma de explicarlo, a mi me cayó muy mal” “No me gustó la forma ni las palabras” E37: “yo entiendo la guardia, tienen que atender y sacarlo, pero un poquito de explicación..” A35: “es mi refugio acá, son mi familia, ellos me conocen (con respecto a la Salita)” “las palabras que me dicen como que me hacen bajar, después llego a mi casa y reacciono, me hace bien” N64: “no me gustó mucho cuando me dijeron que tenía diabetes porque así había muerto mi padre en la calle”</p> |

| | |
|--------------|---|
| Expectativas | <p>N64: "Yo a la forma de comunicación la ví bien, porque a mi me gusta que me digan las cosas"</p> <p>MH26: "estoy conforme porque le hicieron millones de estudios"</p> <p>A35: "me siento protegida, se preocupan por mi salud"</p> <p>E37: "me sacó la angustia que tenía de toda la semana"</p> <p>"no me encontré a gusto con su médica de cabecera, las dos veces que más la necesité no estuvo"</p> |
|--------------|---|

Tabla N°2

| CATEGORIAS | PERSONAL DE SALUD |
|----------------------------|---|
| MALA NOTICIA Y SU VIVENCIA | <p>MP28: "todo aquello que pueda impactar en forma negativa sobre la persona que la esta recibiendo, o sobre una persona cercana, que repercuta sobre sus vidas" "muertes o enfermedades terminales" "algo que para mi es una mala noticia, quizás para otra persona no lo es" "lo vivo con mucha angustia, con mucho estrés de cómo transmitirlo" "no sabia en que rol ponerme" "¿Por qué no puedo llorar si lo estoy sintiendo?" "las emociones te obnubilan un poco y no te dejan ser resolutivo"</p> <p>C65: "el decir que se muere alguno ya no es mala noticia porque estamos acostumbrados" "es angustioso el momento del deceso" "tengo la suficiente valentía para darla" "uno hace todo como medico y como humano"</p> <p>M35: "mujer embarazada de termino que entra a la guardia en paro cardiopulmonar, una mala noticia enserio" "llega un momento que no te genera nada" "yo comunico una muerte, pego media vuelta y me pongo a tomar mates con ustedes" "no podes engancharte en todo, si te pones a pensar no podes seguir" " a ustedes la primera seguro lesera difícil, te toca, te moviliza hasta capaz que te pones a llorar con los familiares"</p> <p>A36: "me cuesta transmitir mala noticia, me angustio mucho con la persona" "cuesta mucho transmitir y a uno no se lo enseña, supongo que es algo natural que tenes que tener"</p> <p>S52: "una información que le damos al paciente donde le estamos diciendo algo que no es del agrado de nadie" "la mala noticia en general esta en relación con el compromiso que uno tenga con el paciente, con el lazo que uno crea" " hace 26 me afecta y me afecto siempre, pensé que iba a hacer anticuerpos pero no los hice" "aprendes a convivir"</p> <p>E40: "el medico da la información se retira y nosotros damos la contención. Siempre estamos para el apoyo"</p> |

| | |
|--|---|
| <p>FACTORES QUE INFLUYEN PARA COMUNICAR</p> | <p>MP28: “el vínculo y la forma de relacionarte con la otra persona” “la comunicación es más eficaz cuando la persona se da cuenta de que hay respeto por sus pautas culturales, sus preferencias, su singularidad” “confianza, tiempo, respeto por la confidencialidad, explicaciones del accionar, lenguaje, contexto”</p> <p>C65: “coeficiente mental” “más inteligente la persona más fácil” “la educación del paciente es importante” “el lugar físico, siendo el mismo personaje, el comportamiento es distinto en la guardia, que en la sala” “ es más difícil explicarle a una persona que entiende poco de la vía y la muerte”</p> <p>M35: “ambiente, no puedes comunicar una muerte en el pasillo” “sentados , todos al mismo nivel que el paciente, solos” “hacer instancias previas en un caso extremo, dando la noticia de a poco y demostrando que uno está haciendo todo” “tono de voz, tranquila, pausada, neutra” “cuanto más culta es la gente, peor es, hay gente que no entiende nada”</p> <p>A36: “fundamental la continuidad en el lugar, que la gente te conozca, permite que pueda ser más fácil para las dos partes” “si la gente te conoce te puede escuchar de otra forma” “influye donde uno trabaja (1º o 2º nivel)” “la historia de vida de cada familia”</p> <p>S52: “trato de ir despacio para llegar al diagnóstico, que el paciente lo descubra” “ida y vuelta para comunicarse” “la conversación debe ser precisa, clara y el tiempo es otras de las variables y debería ser móvil” “la organización de la institución, falta de complejidad” “falta de claridad en lo que se vende” “el grado de educación del paciente genera diferencias comunicacionales” “el miedo de la persona ante un informe” “no nos tomamos el tiempo que necesita el paciente”</p> |
| <p>FORMACIÓN PARA COMUNICARNOS</p> | <p>MP28: “No, el intento de aprendizaje de habilidades de comunicación en la universidad es ficticia”</p> <p>C65: “señor se nace, doctor se hace”</p> <p>A36: “a uno no se lo enseña, supongo que es algo natural que tenés que tener”</p> <p>M35: “tengo un master en comunicación de mala noticias, realizado en el extranjero”</p> <p>E40: “no me enseñaron a comunicar, lo aprendí yo sola”</p> |
| <p>COMUNICADOR EMPATICO, EMPATIA</p> | <p>S52: “siempre lo intente. Trato de ponerme en los zapatos del paciente. Yo creo que si, no lo debería decir yo”</p> <p>E40: “nunca llore por ningún paciente jamás” “estamos muy preparados psicológicamente” “si vos estás haciendo las cosas mal yo te voy a enseñar y te voy a educar”</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>A36: “no me los saco de encima, si no que me gustaría darles una respuesta como si el problema me estuviera pasando a mi” “trato de resolver en todos e involucrarme” “la empatía es difícil por la historia de cada uno”</p> <p>M35: “a veces logras la empatía y a veces no”</p> <p>C65: “¿empatía?, ¿Qué es eso?, no la tengo como palabra, no la tengo como termino habitual” “soy más humano que medico” “hay un don especial, el trato y el respeto por el prójimo”</p> <p>MP28: “ponerse demasiado en el lugar del otro es también imponer toda la cuestión cultural de uno, los valores de uno por sobre los de la otra persona” “si, pero no sé si es bueno”</p> |
| | |

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles. El resultado es la afluencia de datos descriptivos, las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las acciones observables. Al analizarlos el investigador deberá confrontar las dos materias primas sobre las que hay que trabajar: el *lenguaje*, que representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos, y la *práctica*, que representa lo concreto, lo morfológico. En la metódica del análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, como ocurre en el esquema secuencial de los análisis convencionales, sino que se produce una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o más bien sigue un *esquema en espiral* que obliga a retroceder una y otra vez a los datos para incorporar los necesarios hasta dar consistencia a la teoría concluyente.²³

Consideramos pertinente en este caso, dividir el análisis en dos, considerando inicialmente , las vivencias y sensaciones encontradas en los Usuarios del sistema de Salud, y en forma posterior, las respuestas encontradas en los trabajadores de la salud , identificando similitudes y diferencias, para así poder aportar a conocer más acerca de esta situación comunicacional. Teniendo en cuenta que las tres principales finalidades del análisis cualitativo

²³ LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436 N.º 5 - Septiembre-Octubre 2002. Manuel Amezcua y Alberto Gálvez Toro.

son: la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad.²⁴

La mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que rompe con la tradición ahistórica y asocial sanitaria. Este posicionamiento es absolutamente necesario para afrontar cambios “desde dentro” y combatir en parte la posición hegemónica de la medicina como pensadora única del sistema de salud.²⁵

ANÁLISIS SOBRE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD (Tabla 1, pág. 25)

Al analizar las entrevistas de los usuarios del sistema de salud, tanto del primer como del segundo nivel asistencial público, agrupamos las respuestas en categorías: recepción de una mala noticia como ejemplo de VIVENCIA COMUNICACIONAL MÉDICO-PACIENTE, cumplimiento o no de las EXPECTATIVAS personales y familiares de comunicación, EMPODERAMIENTO y cambio de actitud hacia el médico, posterior a una mala experiencia comunicacional (y la capacidad de identificarla) y el IMPACTO personal que la comunicación deja en cada persona.

VIVENCIA (recepción de una mala noticia): en esta categoría, encontramos que a muchas personas les resulta dificultoso ser el centro de su propia vida, de manera que viven y se definen en función de otras personas que si consideran importantes: “las cosas que me dicen no me molestan mucho, me duele cuando me hablan de mis hijos pero de mi poco” (N64), “yo a lo mío no le doy importancia” (N64).

EMPODERAMIENTO: Asociado a lo anterior, también encuentran en el médico una imagen paternal a la vez que autoritaria, depositando todo su poder de decisión en las manos de este, subordinando sus conocimientos y libertad personal en pos de acatar órdenes de un tercero, a quien consideran superior y omnipotente :“todos los médicos me trataron divino, no puedo decir nada” (N64) “mejor que ella no sabe nadie (cirujana)” (MH26) “sin C. y sin R. no sé dónde estaría, en todo lo que me dice tiene razón” (A35). De esta manera seguimos repitiendo un modelo médico hegemónico tradicional, que no considera los saberes populares y tradicionales, le arrebató la libertad de elegir qué es lo mejor, medicalizando la vida como algo natural.

²⁴ Ídem 23.

²⁵ Ídem 23.

Reforzando este concepto, observamos la creencia popular de que cuánto más especializado sea el profesional, y de mayor renombre la institución dónde trabaje, mejor va a ser el trato que reciba y más eficaz la solución a su problema de salud, perdiendo de vista la necesidad de crear un vínculo, de ser conocido por el médico tratante en cuanto a su historia de vida, sus elecciones personales y su entorno familiar. Apoyando así, la fragmentación del ser en sistemas y órganos, repetida por médicos y pacientes por igual: “nunca me quedé mucho con los médicos de acá” (N64) “estoy conforme porque le hicieron millones de estudios” (MH26).

En este aspecto encontramos, sin embargo, situaciones de empoderamiento que consideramos positivo, pudiendo alcanzar algunos pacientes una actitud crítica hacia el comportamiento del profesional en su rol como médico y acerca del funcionamiento de nuestro sistema de salud actual, pudiendo identificar las deficiencias que consideran necesarias cambiar, adoptando nuevas actitudes en circunstancias futuras similares, vinculándose con nuevos profesionales que se acercan más a la satisfacción de sus necesidades comunicacionales y de atención: “yo voy para atenderme, no para que me retes. Pegué media vuelta y lo deje hablando solo” (G50), “no volví a ir al hospital ni a su doctora particular (E37)”.

Por lo anterior expuesto, nos preguntamos ¿de qué depende la capacidad de una persona de identificar el maltrato profesional, empoderarse y actuar en consecuencia?

IMPACTO: es importante considerar y dar relevancia a los efectos que nuestras palabras puedan tener en los otros, tratando por lo tanto, de respetar las pautas y creencias personales, otorgar al momento comunicacional el tiempo y lugar que sea oportuno en cada caso, enfatizando la necesidad de creación de un vínculo persona-persona, desde el cual podamos dejar ver a su vez, nuestras pautas y creencias personales, deseos, temores e interrogantes, creando con la otra persona la relación de confianza necesaria para que la comunicación sea fluida y real: “una mala noticia sería venir a la salita y que C. no este, porque además de mi médica es mi compañera” (A35) “me dijo que me comunicara cuando fuera necesario, sea la hora que sea” (E37) “se sentaron las dos tranquilas en el consultorio y lo conversaron, no tiró una bomba y se fue” (G50).

Encontramos también, diferencias significativas en la comunicación al comparar primer con segundo nivel asistencial público: “Me lo dijeron como si nada, fue todo muy rápido, fue todo un desastre y quedó todo en la nada (con respecto a la muerte del hermano

en la guardia del hospital S. V. de P.)” (MH26); “yo entiendo la guardia, tienen que atender y sacarlo, pero un poquito de explicación...” (E37) en contraposición con “es mi refugio acá, son mi familia, ellos me conocen (en referencia a la atención recibida en el CAPS)” (A35).

CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS: Con respecto a este tópico, las respuestas encontradas fueron muy variables, relacionándose con todo lo anterior, dependiendo del grado de empoderamiento y actitud crítica que la persona haya alcanzado, además de, por supuesto, todo lo concerniente a la actitud del profesional, que desarrollaremos posteriormente. Se entrecruzan estos dos factores dando una gama de respuestas muy diversas, desde expectativas completamente cumplidas, hasta la decisión de no volver nunca más a consultar con ese profesional. Por otro lado, generalizando las respuestas, encontramos que las expectativas de comunicación suelen alcanzarse adecuadamente en el primer nivel asistencial público, no tanto así en las consultas privadas o en la guardia. En este caso, vale preguntarnos ¿Qué es lo que hace distinta la comunicación en estas dos situaciones citadas previamente?

ANÁLISIS SOBRE EL PERSONAL DE SALUD (ver Tabla 2, pág. 26)

Para llegar a resultados generales de las entrevistas al personal de salud, creemos importante dividir el análisis en diferentes categorías a modo de poder profundizar la interpretación del discurso.

1ª categoría, interpretación de las vivencias generadas al transmitir una mala noticia:

En general coinciden en que una mala noticia es todo aquello que puede impactar negativamente sobre la persona que la está recibiendo, ya sea, porque se trata de su vida o porque involucra a familiares o personas cercanas de su círculo íntimo afectivo, ejemplos: “mujer embarazada de término que entra a la guardia en paro, eso es una mala noticia enserio”, “interné a un niño por accesos de tos, que sabía que era para internar y la mamá se angustió un montón”, “muertes o enfermedades terminales”, “le estamos diciendo algo que no es del agrado de nadie”. También se observa, por las citas antes mencionadas, que es muy difícil salir de la subjetividad de una idea, de lo que uno cree que puede ser una mala noticia para otra persona, siendo quizás muy dispar la realidad, y dificultando de esta manera, la comunicación de la información para algunos profesionales de la salud. Le dan mucha importancia a los vínculos generados con las personas, creen que cuanto más cerca, más se conozcan con la gente, mejor va a ser esa comunicación. Pero se observa a la vez que se

acepta, como corresponde, la autonomía de las personas por ejemplo, para una segunda opinión de un diagnóstico dado. Y me pregunto ¿es porque los profesionales tienen bien en claro que el paciente es quien decide o por que finalmente no se llegó a lograr ese vínculo deseado, esa comunicación fluida, del ida y vuelta para la transmisión de un mensaje, en este caso una mala noticia?

En contraposición a lo visto previamente, se encuentra en relatos bien precisos, como por ejemplo, “el decir que se muere *alguno* ya no es mala noticia, porque estamos acostumbrados”, “llega un momento que no te genera nada, yo comunico una muerte, pego media vuelta y me pongo a tomar mates con ustedes”, que profesionales de la salud del 2º nivel de atención, hacen de la comunicación una herramienta más para su trabajo, poniéndola al mismo nivel que cualquier otro instrumento utilizado para la semiología, ¿será por qué no le dan el valor primordial a la comunicación como si lo hacía el grupo de profesionales antes mencionados? ¿será, como dicen ellos, que la costumbre, el día a día, los años de trabajo los llevan a perder los valores, la humanidad que toda persona tiene para con otros, o será porque realmente “si uno se engancha en todo, no puedes seguir”?

2ª categoría, Formación:

En cuanto a la formación en comunicarse con las personas que vienen por la atención del profesional, coinciden plenamente que no se nos forma en la facultad ni en residencias para lograrlo. Que sí se aprende observando a profesores, “que es algo natural que tenés que tener”. Un médico del 2º nivel, deja en claro que para su buena formación, sobre todo por la residencia elegida, era de muchísima relevancia el saber comunicar, por lo que realizó un máster en comunicación de malas noticias en el extranjero. Se deja bien explícito con este ejemplo, el déficit que tenemos al egresar, tanto del pregrado como del postgrado.

3ª categoría, Factores que influyen para comunicarse:

Se encuentran similitudes y a la vez diferencias abismales en cuanto a los factores relevantes citados para lograr comunicarse. En cuanto a las coincidencias encontramos al factor tiempo, donde se observa que en el 2º nivel cuesta más dedicar tiempo a las personas por la mayor demanda en atención. “en general estamos corriendo”, “no nos tomamos el tiempo que necesita el paciente”. Viendo que en el 1º nivel les es también muy importante, pero no tienen la dificultad en brindarlo. Me pregunto, de todas maneras, ¿es coincidencia, o nuevamente hay diferentes valores dados? Creen importante, también el ambiente donde se

produce la comunicación, donde destacan el estar sentados, al mismo nivel que el paciente, solos, tranquilos, el tono de voz, pasivo, neutro, etc.

En cuanto a las diferencias, para el 1º nivel de atención, el vínculo, la forma de relacionarse con la otra persona, la confianza lograda por la continuidad en el barrio, en la vida de esa persona, el respeto que siente quien demanda, son las bases para una correcta comunicación. En cambio, en el 2º nivel hacen hincapié en “el coeficiente mental”, “más inteligente la persona más fácil”, “es más difícil explicarle a una persona que entiende poco de la vida y la muerte”, “el grado de educación”, “cuanto más culta es la gente peor es, hay gente que no entiende nada”. Hacen referencia a la educación como eje para lograr la comunicación, pero con opiniones diferentes, para algunos la educación ayudaría a la comprensión y para otros elevaría la demanda, la responsabilidad de ese médico para con la persona.

Y como última categoría, citamos a la empatía, ¿somos comunicadores empáticos?: Releyendo las entrevistas, vimos que no se logra en general la empatía, el poder llegar a ser un comunicador empático, como pudimos definir en el marco conceptual. Se encontró que hay quienes no tienen en claro la definición de la palabra empatía, y otros que sí, e incluso tratan de ser empáticos, a veces lográndolo y cuestionándose lo bueno y lo malo de serlo. Algunos coinciden que también influye la historia de vida de cada uno, donde por momentos la empatía brota naturalmente del cuerpo siendo inevitable.

CONCLUSIÓN

El año 2016 para nosotras implicó cambios, elegidos, dentro de ellos el comienzo de la residencia y con ella el primer trabajo de investigación. Al encontrarnos ahora en el proceso de cierre del mismo, habiendo atravesado miedos, incertidumbres, inseguridades, así como buenos momentos de trabajo en equipo, podemos decir que nos hemos encontrado con resultados esperados y otros sorprendentes. Siendo estos últimos quienes guiaron la investigación hacia lugares inesperados, haciéndonos descubrir el significado verdadero de lo que es una investigación cualitativa.

Con respecto al área problema elegida, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Visión sobre el personal de salud como agente paternalista y superior, que restringe las libertades personales, limitando la cantidad de saberes aplicables a la resolución del problema en cuestión.
- Falta de identificación por parte de la comunidad, de los diferentes niveles de atención y sus respectivas actividades a cargo, desvalorizando el primer nivel de atención, generando a su vez gastos excesivos para la población y el sistema de salud.
- Distintas pautas de comunicación a la hora de generar un vínculo, al comparar profesionales del primer y segundo nivel, dejando de la lado en el ámbito hospitalario cuestiones como la continuidad, el conocimiento mutuo, respeto de pautas culturales y elecciones de vida.
- Se observó en todo el personal de salud, falta de estrategias comunicativas, haciendo necesario un interés personal y medios económicos para acceder a la formación. Dependiendo en el común de los casos de las personalidades y valores de cada uno.
- Falta de transparencia del médico en su actividad diaria, que le requiere crear un personaje de acuerdo a las circunstancias, escondiendo sus sentimientos y emociones, generando de esta manera angustia e inseguridades.

Por todo esto esperamos habernos aproximado y abierto el juego a repensarnos como comunicadores en salud, tanto en el primer como segundo nivel asistencial. Proponiendo, a partir de este aporte inicial, seguir reflexionando y descubriéndonos como simples individuos en permanente interacción.

PROPUESTAS:

- Incorporación de la comunicación como materia longitudinal en la formación de todos los años de la carrera de medicina.
- Repensarnos como comunicadores, independientemente del nivel asistencial donde trabajamos y de los roles preestablecidos.
- Hacer de la comunicación una herramienta para la toma de decisiones libres, de acuerdo a las pautas culturales de cada individuo.
- Valorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud del primer nivel asistencial, coordinando su accionar con los demás niveles asistenciales.

ANEXO

INSTRUMENTO A: ENTREVISTA A LOS USUARIOS DEL EFECTOR DE SALUD

- Sexo:
- Edad:
- ¿Cuánto hace que vivís en el barrio?
- ¿A dónde recurrís cuando estás enfermo?
- ¿Tenes médico de cabecera? ¿Donde trabaja? ¿Tiene alguna especialidad? ¿Hace mucho que te atendés con él/ella?
- ¿Alguna vez recibiste una mala noticia por parte de un medico? ¿Te acordas como fue ese momento? ¿Cual fue tu reacción? Hoy cuando te acordas, ¿qué sentimientos te genera? ¿Se modifico tu vida a partir de ese momento?
- ¿Qué es para vos una mala noticia?
- ¿Qué opinas acerca de la forma y las palabras que uso para comunicarse? ¿Cumplieron con tus expectativas?
- ¿Crees que el medico debió haber actuado de otra manera? ¿Qué otras cosas hubieses hecho vos?
- ¿Volverías a consultar con ese médico por otra enfermedad o duda?
- ¿Sentís que vos actuarías de otra manera hoy ante una nueva mala noticia? ¿Qué pensas que harías?

INSTRUMENTO B: ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD

- Sexo
- Edad
- Profesión/ Especialidad:
- ¿Donde trabajas? ¿Hace cuanto?
- ¿En estas últimas semanas tuviste que dar alguna mala noticia? (vemos que es mala noticia para ese profesional) ¿Que sentimientos te generó?
- Al dar malas noticias, ¿que cambios notaste en el paciente? ¿Qué sentimientos te generó a vos ese momento?
- ¿Crees que existen factores que influyen directa e indirectamente para una comunicación adecuada médico-paciente? ¿Cómo cuales?

- ¿Fuiste formado en Universidad o Residencia para la comunicación médico-paciente?
- ¿Qué características te parecen importantes, a tener en cuenta, al informar una mala noticia?
- ¿Consideras que sos un comunicador empático? ¿Por qué lo consideras así?

BIBLIOGRAFIA

Cacchiarelli San Román, N. y Musso, C. Enseñando a comunicar malas noticias en medicina. Una experiencia en el Hospital Italiano. Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol 32, Nº 4, Diciembre 2012.

Cófreces P., Ofman S., Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA - UBA) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)(Buenos Aires, Argentina). Revista de Comunicación y Salud. Vol. 4, pp. 19-34, 2014.

Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, "Cómo dar bien las malas noticias". Declaración de la Organización Médica Colegial Española. Cuadernos de Bioética [en línea] 2010, XXI (Septiembre-Diciembre). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698007>.

María del Carmen Vidal y Benito. Acerca de la buena comunicación en medicina. Libros virtuales Intramed. Disponible en <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/>

Naipe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Feb-Mar. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2960/1738>

Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A, La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054.

Serbia J. M. DISEÑO, MUESTREO Y ANÁLISIS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, Universidad Nacional de Lomas de Zamora. HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año IV, Número 7, V3 (2007), pp. 123 – 146.

Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en Salud Pública, Métodos Cualitativos. OPS 2006.

Altamirano Raminger, C. S., et al. Salud conocida vs Salud real, ¿Cuál es cuál? Chascomús, 2014.

Altamirano Raminger, C. S. INSTRUIRSE DESDE EL DESCONOCIMIENTO: ¿CÓMO NOS ESTAMOS FORMANDO? Año 2008.

Alvarez Gayou Jurgenson J. L. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología., 2003.

BARBERO, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. Anales Sis San Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.3, pp.19-27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006006600003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627

Pérez Porto J. y Gardey A. Definición de perspectiva, vivencia, expectativa e impacto. (<http://definicion.de/perspectiva/>), 2009.

FEM: Revista de la Fundación Educación Médica versión impresa ISSN 2014-9832 FEM (Ed. Impresa) DIC vol.18 no.6. 2015 <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000700006>

Martinez-Salgado C., El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias, *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619, 2012.

Amezcu M. y Gálvez Toro A. LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436 N.º 5 - Septiembre-Octubre 2002.