

CIENCIAS, TECNOLOGIAS Y TECNICAS DE SALUD ¿CAMINO EN ASCENSO O EN DESCENSO?

Prof. Eugenia Guzmán Cervantes

Universidad Nacional de Colombia

En el presente artículo se revisan cuatro aspectos relacionados con el desarrollo de la medicina como ciencia y como profesión aplicada. Se aduce que en Colombia, la medicina ha mostrado indudables avances en lo tecnológico e instrumental pero que existen graves deficiencias en cuanto a la conceptualización de la práctica médica y de la maximización de su impacto sobre la población. No parece existir mayor integración con las ciencias sociales que le aportarían a la medicina datos muy valiosos sobre maximización de su impacto en el público y efectividad tanto en lo privado como en lo institucional. Se aduce que el desconocer la tecnología que aportan las ciencias humanas (psicología y antropología) ha llevado a importantes sectores de la medicina en Colombia a convertirse en meros dispensadores de técnicas instrumentales sin herramientas conceptuales acerca de cómo enfrentar problemas tan comunes de la práctica médica como son la no adhesión al tratamiento médico y las dificultades de comunicación médico-paciente.

En el presente trabajo se revisarán cuatro aspectos relacionados con la efectividad y tipo de servicios de salud en Colombia, los cuales se refieren a:

- modelos respecto de la relación médico-paciente.
- problemas de adhesión al tratamiento.
- problemas de comunicación médico-paciente.
- propuestas de intervención.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

"*Seul Bianchon pourrait me sauver*"¹, parecen haber sido las últimas palabras de Balzac en su lecho de muerte (Maurois, 1965). Entre las figuras más atractivas de Balzac se encuentra el doctor Bianchon que aparece repetidamente en la Come-

1. Solo Bianchon podría salvarme.

dia Humana, siempre sapiente, atento y solícito. Probablemente médicos como Bianchon fueron muy escasos en el siglo XIX ya que de hecho, Balzac tuvo que inventárselo; y definitivamente a finales del siglo XX son una especie en vía de extinción que están desapareciendo incluso en la literatura y en la televisión. Ya no hacen médicos así ¿Porqué?

El modelo médico-paciente del siglo pasado y primera mitad de este siglo se generó en el contexto de un conocimiento biológico y de una tecnología relativamente sencillas, que no le permitían al público mayores ilusiones ni expectativas respecto de qué esperar en una enfermedad grave. Una época en la cual las diversas "ciencias" eran todavía relativamente auto-contenidas en el sentido de que, ni la física ni la química habían invadido a la biología ni la biología había invadido a la psiquiatría y mucho menos aún a la psicología. El médico era eficiente en enfermedades agudas que hoy son completamente benignas. Dada la relativa modestia de los avances tecnológicos, todavía no se había instalado dentro del público la idea, por demás irracional, de que la ciencia es omnipotente, incluso ante la muerte. Además, la educación no se había masificado, ni el público tenía acceso a seminarios impartidos por medios masivos de comunicación; así, dicho modelo se genera en un contexto en el que todavía son imperantes y mandatorias las relaciones de

clase y de autoridad hacia un conocimiento crítico (como lo tenían, además del médico, el juez y el sacerdote). Se genera también en un contexto en el cual pobres o ricos, los individuos que tienen acceso al médico son pocos, numéricamente hablando, lo cual le permite al médico el bien más costoso de su profesión a saber: tiempo para relacionarse, oír y atender a su paciente. Cosa también impensable hoy en día, incluso en los estamentos más costosos de la medicina privada.

Así, los ingredientes del modelo estaban constituídos básicamente por: un desarrollo científico y tecnológico relativamente sencillo que no permitía mayores expectativas entre el público y una ciencia todavía autocontenida en sí misma. Un público ignorante de los hechos básicos de la ciencia y por ende, respetuoso de un conocimiento crítico y ajeno a sus códigos, y que se limita a obedecer lo que se le ordena² (Leventhal, Zimmermann y Gutman, 1984). Unas relaciones de poder y de clase en las cuales los lazos de autoridad y de respeto mutuo prevalecían. Una educación netamente elitista en la cual, a falta de grandes avances tecnológicos, se hacía hincapié en los códigos de conducta y de servicio en un marco de relaciones personales que no necesariamente tendían al lucro o a

2. De hecho, la palabra **paciente** viene del latín, *pati*, *patis*, *patum*, que sufre o que recibe la acción del agente.

la promoción. Y finalmente, una práctica profesional en la cual el médico atendía a pocos pacientes, y, en general, éstos eran conocidos suyos, pertenecían a su comunidad y, por consiguiente, los lazos pre-existentes eran de mutua necesidad e interés.

Al final del siglo XX cuando las relaciones imperantes a todo nivel son relaciones de índole burocrática, impersonal y tendientes a lucro, a la promoción, o, en el peor de los casos a "no perder tiempo", cuando (para bien y para mal), la educación, incluyendo la superior se ha masificado, y cuando la ciencia se ha popularizado y desvalorizado en su complejidad gracias a los medios masivos de comunicación, los modelos de relaciones inter-personales en profesiones liberales obviamente son completamente diferentes. El médico ya no es auto-limitante y auto-contenido puesto que en todo momento debe hacer inter-consultas a nivel superior (sub-especialistas), al mismo nivel (otros especialistas) o a niveles diferentes (al laboratorio químico, al laboratorio biológico o a la física). Así, la ciencia médica como toda "buena ciencia", se ha visto invadida por aportes de otras áreas del conocimiento, las cuales ha tenido que aceptar, a veces de buen agrado (como sucede con todos los métodos de imaginología o de laboratorio clínico) y a veces no de tan buen agrado (como sucede con los conocimientos aportados por las ciencias sociales y del comportamiento).

Por otro lado, hoy en día, el tono imperante en cualquier relación es el de cuestionar la autoridad y ello, tanto más, cuanto más desprotegida la persona (puesto que interviene entonces el cúmulo de resentimientos y de reivindicaciones sociales y de clase). Además, dicha autoridad, en el caso de la medicina, es impersonal y en muchos casos inaccesible para el diálogo. Fuera de esto, el enfoque tecnológico y pragmático de nuestro siglo hace que la gente desee tener control sobre las decisiones mayores que la afectan.

Se han ideado diversos modelos que intentan explicar los factores que conducen a las personas a tomar decisiones relacionadas con su salud. Entre ellos, el más conocido es el de Creencias Respecto de la Salud de Becker y cols., (Becker y cols, 1977, 1975). Dicho modelo intenta explicar los determinantes que influyen en la toma de decisiones para resolver un problema de salud. Entre tales factores, se cuentan las percepciones individuales acerca de la inminencia y vulnerabilidad a determinada enfermedad, el reconocimiento de peligro ofrecido por los síntomas y signos de enfermedad (no necesariamente que sean o no sean peligrosos), el acceso, físico e intelectual a medios masivos de comunicación o a campañas de salud y la proximidad de personas con determinada enfermedad a la cual la persona se crea vulnerable. Lo anterior actúa como una ecuación de costos y beneficios

vitales, **ecuación que a su vez es función de los valores culturales, religiosos y comportamentales**, y que finalmente lleva a una decisión. Así, el consultar al médico y, posteriormente, el seguir un régimen dado, implica un interjuego entre **las percepciones individuales** del paciente respecto del valor relativo de los riesgos, de la percepción subjetiva de su susceptibilidad a determinada enfermedad y de la presión social (dada por sus propios conocimientos, por la familia o por los medios de comunicación) que lo incita a consultar o no. Pero además de estos factores enunciados por Becker, existen otros determinantes que predicen el buen o mal acatamiento al tratamiento. Así, se han implicados **factores sociales y demográficos que modifican la acción de salud**. Finalmente, la probabilidad de emprender la consulta y/o el tratamiento depende de los beneficios y costos percibidos en dicha decisión lo que se refiere a la bondad y consistencia y a los riesgos y costos que el paciente perciba en el tratamiento (Becker y cols., 1977; Sackett y Haynes, 1976). Por ejemplo, un hipertenso de estrato socio-económico muy bajo, con un sistema de creencias mágico, no verá mucho beneficio en seguir una dieta hiposódica (puesto que esto no tiene sentido para él) y en cambio verá numerosos costos en prepararse su comida aparte, así como en el sabor insulso de una dieta ya de por sí insulsa como la de nuestro pueblo. Además, muchas personas con baja

escolaridad creen que no es conveniente habituar el cuerpo a medicaciones y que es más conducente que el cuerpo "sane" o se habitúe a la propia enfermedad. Obviamente, aquí se impone la presencia y guía muy estricta y controlada de una dietista, de una trabajadora social y de una "mejoradora de hogar" o afín.

190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
94

les?), con el diseño e implementación de la docencia mediante la cual se obtendrá dicho perfil así como con los aspectos puramente operativos de la práctica en salud (vgr., cómo hacer llegar el mensaje al público y como hacer que éste lo acoja).

Se trata pues de problemas estructurales muy serios relativos a la educación en salud (medicina, enfermería, odontología, psicología) en lo relativo a elementos básicos de psicología científica³ y de entrenamiento en habilidades inter-personales. También se trata de una enorme brecha entre la formación tecnológica del médico y su habilidad para inter-actuar con el público que solicita su servicios. Evidentemente nadie le enseñó "habilidades inter-personales" al doctor Bianchon, pero recordemos que este digno galeno tenía unas cualidades humanas excepcionales, incluso cuando era un joven y arruinado estudiante de medicina en el "Pere Goriot"! No todas las personas tenemos, en un comienzo tal inteligencia social.

3. Vale la pena anotar que en Colombia, en no pocas facultades de medicina, la formación "psicológica" que recibe el estudiante se limita a uno o dos semestres, al comienzo de la carrera, de contenidos descontextualizados, muchas veces de índole psicoanalítica, con importante omisión de conceptos básicos de psicología del aprendizaje, de psicopatología científica o de principios elementales de comunicación humana.

Así las cosas, o bien las facultades de medicina y de salud en general se encargan de maximizar su eficiencia apelando a otras tecnologías (labor compleja puesto que implica manejar dominios de conocimientos y tecnologías bien ajenos al campo de la medicina) o bien dejan que otras disciplinas lo hagan con mayor eficiencia. Pero es evidente que no se puede continuar en la situación actual en la cual los problemas se desconocen y por ende, no se desean abordar ni desde dentro del estamento de salud, ni desde fuera.

PROBLEMAS DE ADHESION AL TRATAMIENTO

El gran reto de la medicina en la actualidad y en un futuro más o menos lejano, es y será el de las enfermedades crónicas que, además de poner en peligro la vida, cuando no de llevar inexorablemente a la muerte, definitivamente alteran y perturban en modo sustancial la calidad de vida restante e implican tratamientos y decisiones difíciles de comprender y más aún de cumplir a lo largo de meses o de años. Tales el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas como diabetes o fallas renales o hepáticas de diversa etiología o condiciones cuya etiología es más o menos desconocida como la artritis, lupus, y no pocas enfermedades desmielinizantes. Su tratamiento implica grandes inversiones en investigación de "alta

kett, 1979; Janis, 1984). Lo que se pretende es sencillamente hacer buena tecnología.

La práctica exclusivamente centrada en la relación médico-paciente (cuando es posible hablar de que exista relación alguna!) en enfermedades crónicas ha perdido gradualmente el carácter de medicina y poco a poco se ha visto suplantada por una mera práctica técnica con un grado mediano de eficiencia: en efecto, por poderosa la tecnología médica de que se disponga en el momento, ésta pierde toda su eficacia si no se acompaña de una adhesión razonable tanto al régimen medicamentoso como a los cambios en hábitos necesarios para la prevención y/o tratamiento de dicha enfermedad.

Además, en una época en la que la medicina social se hace una necesidad, el equipo inter-disciplinario se impone, ya que ni hay suficientes médicos para atender sin número de consultas que pueden evacuarse más eficientemente por enfermeras, psicólogos de salud, terapeutas y otros profesionales, ni muchos médicos (particularmente los sub-especialistas) están capacitados o siquiera, interesados, para atender con idoneidad problemas, no ya de índole puramente tecnológica relacionada con el tratamiento de la condición específica, sino con multitud de problemas emocionales, familiares y sociales extremadamente complejos entre los cuales cabe destacar la no adhesión al

tratamiento médico. La utilización del producto salud (medicina, odontología, psicología u otra) hoy en día es cuestión bastante más compleja que la mera sugerencia o prescripción del médico de tomar y/o hacer ciertas cosas o que las buenas intenciones del paciente por cumplir con las sugerencias.

Sin embargo, a la par que la tecnología en salud avanza en poder, en refinamiento de sus instrumentos de diagnóstico y tratamiento y en costos de inversión, de formación de personal y de prestación de servicios, da la impresión de perder en refinamiento y capacidad de impacto real sobre las personas. En otras palabras, el estamento médico ha llegado a un profundo desconocimiento de lo que, psicológicamente (comportamental y emocionalmente) y antropológicamente (creencias, actitudes y usos), implicaría un buen uso de dicha tecnología. Y ello no sólo en lo referente al público consumidor de salud sino en lo referente a la formación de su propio personal. Cosa que no sucede ni siquiera con los fabricantes de autos, que tienen personal experto en vender idóneamente sus productos y en elaborar campañas publicitarias!

Parece que exista pues, una negligencia crónica y profunda en las facultades de medicina (y de otras ciencias de la salud) en aspectos que se relacionan tanto con el diseño del "perfil" profesional ideal (vgr.: ¿se desean tecnólogos y/o técnicos o se desean profesiona-

tecnología médica" y en formación de lo que paralelamente, podría llamarse "altos tecnólogos médicos" (concepto bien diferente al de "médicos de alto nivel"). Implica también enormes costos directos o indirectos para el paciente, además de importantes pérdidas no sólo monetarias (desembolsos, lucro cesante, despidos o abandono de carreras y de trabajo) sino en calidad de vida emocional y familiar.

Las tasas globales estimadas de incumplimiento a tratamientos médicos van desde 15% con pacientes hospitalizados agudos hasta 94% con pacientes ambulatorios asintomáticos (Caplan, Robinson, French y cols., 1978; Lasagna, 1976; Mazur, 1982; Shope, 1981). Aproximadamente un 18% de las personas que consultan y son medicadas, **ni siquiera compran** la medicación (Stuart, 1981). Del 88% restante, a lo más 50% siguen las prescripciones en un 100%. Estas tasas de cumplimiento estimado son muy superiores en práctica privada (56%) que en práctica institucional (20%). La variabilidad en los datos anteriores se debe, parcialmente a la amplitud del criterio definitorio de adhesión ya que algunos estudios consideran como adecuado un 70% de cumplimiento mientras que otros requieren cifras superiores al 90% de adhesión (Masur, 1982; Norell, 1981).

Los análisis cuantitativos de no acatamiento en enfermedades específicas (con niveles sanguíneos

de medicación), indican que, en hipertensión esencial, tuberculosis y epilepsia, las cifras de incumplimiento son de, al menos, 50% de la dosis terapéutica (Haynes, 1982). Si los epilépticos mantuvieran al 100% sus niveles terapéuticos, se estima que el control de las convulsiones se lograría en un 70% de los casos (Lund, 1973; Wilson, 1974). En pediatría (otitis media), el cumplimiento es algo mayor aunque nunca completo ya que la adhesión a tratamientos cortos de antibióticos no supera el 68% (Russo, 1982). Paradójicamente, cuando el tratamiento es altamente eficaz y rápido, se tiende a descontinuarlo, como sucede en infecciones, por falta de información en cuanto a la necesidad de completar el curso de antibióticos y al riesgo de descontinuarlo (Daschener y Marhbet, 1975). Por otro lado, cuando la enfermedad es crónica y el tratamiento no tiene efectos rápidamente visibles, las tasas de adhesión se calculan en menos del 40% de la dosis terapéutica, como sucede en pediatría con el asma (Russo, 1982; Radius y Becker y Rosenstock, 1978), en psiquiatría y de modo particularmente agudo, costoso y moralmente doloroso y oneroso para el paciente, en geriatría. Casi por definición, los ancianos constituyen el sector de la población más medicado y más sujeto a politratamientos y el que menos adhiere, con detrimento de su salud física y mental (Kooner y col., 1989).

Unos 200 factores de toda

índole intervienen en alguna forma en el cumplimiento al tratamiento médico, pero no se dispone de una combinación que prediga el incremento o decremento en la adhesión (Sackett y col., 1976). La mayoría de ellos intervienen en forma negativa, obstaculizando la adhesión y aumentando el número de deserciones. Entre los factores demográficos se tienen: las edades extremas, el sexo femenino, y el estatus socioeconómico bajo. Los aspectos relacionados con las características del régimen que merman el acatamiento incluyen: politratamientos y dosis frecuentes, tratamientos a largo plazo, complejidad, costos, efectos diferidos de la medicación, efectos secundarios para los cuales el paciente **no estaba** preparado, necesidad de cambio en el estilo de vida y, no menos importante, el tipo de empaque del medicamento (los medicamentos a prueba de niños también son a prueba de ancianos y de artríticos). Entre los factores relacionados con la enfermedad misma, se incluyen: la asociación con condiciones psiquiátricas, el incremento en síntomas y severidad de la enfermedad, la mejoría de síntomas y aquellas enfermedades que, al menos durante parte de su curso, son asintomáticas como la hipertensión. Solamente se han aislado unos muy pocos factores que **promueven** el cumplimiento y que son: la creencia en el beneficio del tratamiento, los costos bajos del mismo, y el incremento en dolor y en incapacidad física.

No resulta fácil estudiar sistemáticamente la no-adhesión al tratamiento médico por dificultades de definición y cuantificación del problema. La adhesión al tratamiento implica los siguientes tres conceptos; a) asistencia a citas y controles; b) fidelidad en seguir la prescripción en lo referente a dosis y/o patrón de ingesta y/o continuidad de la medicación; c) fidelidad y adhesión a un régimen o cambio de estilo de vida determinado (Masek y Henkel, 1982). Surge además el problema de determinar el porcentaje de adhesión o de dosificación adecuado para decidir si el paciente está cumpliendo o no. Esta cuantificación objetiva de la fidelidad al tratamiento resulta terriblemente costosa y poco práctica. Se puede recurrir a la dispendiosa y onerosa toma de niveles sanguíneos o cultivos en orina o sangre en el caso de antibióticos, pero esto infla los costos al máximo por lo cual es poco factible (Rapoff y Christophersen, 1980) y no indica si la persona sigue un patrón estable de ingesta y mucho menos si sigue un régimen adecuado (Kass y Meltzer, 1986; Rapoff y col., 1980). No es infrecuente que el paciente con enfermedades crónicas (hipertensión, epilepsia o glaucoma) no acate el horario del régimen de gotas o de medicación pero que se las aplique horas antes de acudir a la cita, con lo cual los síntomas bajan artificialmente y, médico y paciente pueden engañarse creyendo que hay una real mejoría (Kass y col., 1986; Kooner y col., 1989). Se ha recurrido también a dispositivos

marcados o al conteo de píldoras restantes en el siguiente control médico, cosa poco confiable por la posibilidad de que el paciente "haga trampa".

En ámbitos clínicos, ajenos a la experimentación, se tiende a suponer que la mejoría es paralela a la adhesión al tratamiento, cosa que, en muchos casos, queda por demostrarse, ya que con frecuencia se presentan remisiones espontáneas, independientemente (o a pesar) del tratamiento. Finalmente, en la mayoría de los casos, el único recurso que le queda al clínico es el informe del paciente, muy poco creíble (y no necesariamente porque mienta deliberadamente) en razón de que, con frecuencia, el incumplimiento y el informe erróneo se debe a tergiversación de la prescripción y no a voluntad de engañar deliberadamente al médico (Labrador y col., 1987; Haynes, 1982). Los estudios citados han sido conducidos en Norteamérica e Inglaterra por lo cual cabe suponer que, en países con niveles educativos muy inferiores y una cosmovisión mágica bien diferente de la perspectiva científica, el problema probablemente asuma características endémicas.

Paradójicamente, los médicos saben poco acerca del problema. Los datos incitarían a la risa si no se tratara de materia tan grave: la mitad de los médicos norteamericanos estima que el 99% de sus pacientes observan un cumplimiento "adecuado", y otro tanto estima que

el 75% de sus pacientes lo hace (Masur, 1982; Norell, 1981). Es decir, el problema ha pasado desapercibido casi en su totalidad y sería interesante hacer un estudio semejante entre población de médicos en Colombia.

Este tipo de disparidades en conocimientos implica que hoy en día se tiende a disponer de una alta tecnología instrumental en presencia de una conceptualización mucho menos sofisticada acerca de cómo maximizar su eficiencia. Se trata de un caso típico de desarrollo tecnológico en ausencia de desarrollo científico y profesional. Esta falta de sólida formación en principios básicos de la psicología (que no es lo mismo que psiquiatría) en las facultades de medicina, está llevando a una enorme brecha entre el nivel técnico con que se aborda la enfermedad misma y el nivel que, en el mejor de los casos, no sobrepasa el "sentido común" con que se abordan los problemas inter-personales, siempre complejos cuando se trata de personas que están o creen estar enfermas.

PROBLEMAS DE COMUNICACION MEDICO-PACIENTE

Lo anterior lleva al planteamiento de la brecha en comunicación entre el estamento médico y el estamento consumidor de salud, brecha que se presenta en la inter-acción individual médico o enfermera-pa-

ciente, y en la inter-acción impersonal a través de mensajes masivos educativos o publicitarios.

Tal vez entre los puntos más importantes por señalar en la brecha comunicativa es el conocimiento que tenga el que comunica acerca del pensamiento humano y acerca de cómo se procesa la información. El conocimiento no es monolítico sino que se mueve en un continuum de verdades relativas (Wingfield y Byrnes, 1982). Una vez que se adquiere, es bastante más flexible de lo que se ha creído hasta el momento. Es así cómo podemos "estar seguros" de algo en un momento dado pero a las dos horas dudar de dicha creencia y al día siguiente volver a estar seguros de lo opuesto (piénsese nada más en los avatares de la política, de las ideologías y de los bienes de consumo, particularmente en poblaciones semi-letradas como son algunos grupos en Colombia). De aquí que todo profesional de ciencias de la salud haya tenido la experiencia del paciente que vuelve repetidas veces con la misma pregunta y la misma duda que se creía absuelta anteriormente o que vuelve a dosificarse mal o a patrones nocivos sobre los cuales ya estaba "avisado" (pero no convencido).

Además de esta aparente inestabilidad e "ilógica" del pensamiento humano, factores emocionales como el **miedo** intervienen en forma crucial para acendrar o tergiversar un conocimiento o creencia. Por

ejemplo, niveles intermedios de aprehensión y miedo pueden promover el cumplimiento, pero niveles muy elevados de ansiedad ocasionan evitación y toma de malas decisiones (Feuerstein y cols., 1986; Hanback y col., 1978). Contrariamente a lo que se cree comunmente en la práctica médica, el paciente muy ansioso tiende a evitar la consulta, lo hace en último caso y probablemente cometerá numerosos y graves errores en la toma de decisiones y en el cumplimiento de las instrucciones (como el tomar más dosis o combinar medicamentos de varios médicos, para estar "sobre seguro"). Este efecto se conoce en psicología desde hace muchos años (Mockey, 1978; Hamilton, 1985; Hanback y Revelle, 1978), por lo cual se recomienda **alertar** al paciente más no atemorizarlo pues, se repite, la ansiedad origina pánico, evitación del problema y toma de malas decisiones. Es así cómo bajo stress o ansiedad, el recuerdo de lo oído o experimentado es incompleto e impreciso; y, por definición, la mayoría de las consultas médicas "serias" implican estos aspectos: el paciente se siente mal (está bajo stress físico) y/o tiene miedo. Esta situación corresponde al paradigma ideal para que se comprenda muy poco de lo dicho y se recuerde aún peor. Esto, suponiendo que la comunicación del médico fuera absolutamente clara, cosa que no siempre se cumple.

Respecto de este punto, incluso los mensajes más sencillos y ele-

mentales emitidos por el estamento de salud, como son los folletos informativos de salud así como mensajes publicitarios en prensa y televisión **no son bien comprendidos** por la población a la cual están dirigidos por lo cual está estrategia **sola** no es efectiva en absoluto (Ley, 1977; 1976). En estudios conducidos en Inglaterra se ha encontrado que el nivel de comprensión necesario para entender dichos folletos y charlas es muy superior al de los usuarios en cuanto a vocabulario técnico y tipo de lenguaje se refiere. Ley demostró que, disminuyendo el nivel de dificultad de la publicidad educativa, aumentaba la comprensión de la misma y por ende, el acatamiento a las instrucciones. Además, la información escrita, debe acompañarse de instrucciones específicas sobre qué hacer y cómo seguir el tratamiento o las instrucciones o de lo contrario se olvidará rápidamente (Flaherty, 1982).

Este mismo problema se encuentra en forma aún más patente en la relación individual médico-paciente. Es frecuente la costumbre de hablar en "jerga" médica, lenguaje que puede resultar obvio para el médico pero no para el lego, y mucho menos para el analfabeta o semi-analfabeta. Ahora bien, el hablar claro en lenguaje vernáculo y, **sobretudo**, el puntualizar y escribir lo que se dice no es fácil y requiere de un entrenamiento ad-hoc que, en este momento no se le está brindando al futuro médico, al

menos en Colombia. La psicología experimental demostró hace años que, bajo circunstancias de ansiedad y de autoridad y en contextos sociales y lingüísticos poco familiares, **el recuerdo** de lo oído no es sino una mínima parte de lo que realmente se emitió (24). A los 10 minutos de una consulta médica, el recuerdo de lo que el médico había dicho era de aproximadamente el 45%, y esto se refería más al diagnóstico y casi nada o nada a las recomendaciones e instrucciones (Ley, 1977, 1976). Este efecto se conoce como la **curva de ejecución humana** que se puede aplicar a fenómenos de memoria según los cuales, lo que se percibe en primer y en último lugar se recuerda mejor que lo que se percibe en la mitad de la información (Murdock, 1962). Como lo primero que el médico acostumbra a decir es el diagnóstico, esto será lo que el paciente recordará mejor.

En relación con la **curva ejecución humana**, (y no sólo en relación con los derechos humanos), se viola uno de los principios fundamentales de la psicología, ya que muchos médicos y enfermeras piensan que si "asustan" o "regañan" al paciente, éste acatará mejor el tratamiento. Desde hace tiempo ya, se tiene establecido que dicha "curva de ejecución" varía sustancialmente según los niveles de motivación y/o ansiedad. En los extremos muy bajos o muy altos de niveles de ansiedad, frustración o motivación, la comprensión y la ejecución en una

tarea disminuyen radicalmente (Hanback y col., 1978; Haynes, 1982). Repetidamente se ha demostrado en medicina comportamental que los niveles muy altos de ansiedad dan cuenta de la evitación de los pacientes para buscar ayuda médica, como sucede con frecuencia ante los primeros síntomas de infarto, o cuando hay signos premonitorios de cáncer u otras condiciones médicas de alto riesgo (Feuerstein y col., 1986). También explica la deserción del tratamiento y la automedicación, auto-dosificación y tratamientos simultáneos (y con frecuencia contradictorios) prescritos por diferentes médicos (cuando no, por un médico y a la vez por un brujo!). Igual cosa sucede con el mantenimiento de un régimen. Cada individuo tiene un nivel de equilibrio óptimo para enfrentar un reto o una emergencia con una reacción dimensionada a la realidad, o sea, sin demasiada despreocupación y por otro lado, sin pánico que no beneficia a nadie y este es el nivel que, idealmente, debe buscarse en todo paciente (O'Leary, 1985). El negarse a hablar con el paciente, evadir sus preguntas o preocupaciones y hacerlo sentir incompetente, no sólo da muestra de graves faltas de ética profesional sino de una gravísima falla en entrenamiento y conceptualización de la profesión, ya que el hacer sentir a una persona incompetente o disminuída no va a darle las estrategias de enfrentamiento que probablemente está necesitando desde el momento en que no adhiere al tratamiento adecuada-

mente.

Existen otras brechas de comunicación que contribuyen a obstaculizar la comprensión del mensaje entre los cuales caben señalar los siguientes: con frecuencia los médicos se encuentran un tanto perplejos porque los pacientes "no preguntan". Esto resulta obvio pues normalmente, la gente no pregunta cuando no sabe qué preguntar (y, entre otras cosas, el médico se encuentra allí precisamente, para ayudarle al paciente a elaborar sus dudas y anticiparle las implicaciones físicas, emocionales y **monetarias** de determinado diagnóstico o decisión terapéutica). Además el paciente tiende a no preguntar si ve a un médico de prisa (cosa que sucede con demasiada frecuencia), o lo ve evasivo y cortante; también tiende a no preguntar por timidez (y esto tanto en estratos educativos muy altos como muy bajos). Tomemos un sencillo ejemplo referente a la práctica casi generalizada de no alertar sobre posibles efectos colaterales acerca de los cuales el público rara vez pregunta porque no está dentro de su cosmovisión pensar que, por ejemplo, un antidepresivo pueda ocasionarle problemas urinarios o de impotencia!. De hecho la mayoría de los efectos colaterales en sí parecen no tener mayor incidencia directa en el acatamiento o no acatamiento a un régimen dado, pero lo que sí parece interferir con el tratamiento es el hecho de que el paciente ignore qué síntomas colaterales se van a

presentar. Si se presentan, lo lógico para el paciente es deducir que está empeorando o que el médico es ineficiente, lo cual lo coloca en alto riesgo de deserción. Parece que la política general en el estamento de salud es no avisar de dichos efectos por temor de que el paciente se "sugestione" e inevitablemente refiera dichos signos, aún en su ausencia física. Esto no parece una verdad generalizable y posiblemente se presente con cierta frecuencia en psiquiatría o en personas muy sugestionables e intolerantes o con antecedentes conversivos.

Finalmente, en contextos institucionales y hospitalarios se presenta la tendencia a que los médicos hablen entre ellos acerca de un paciente, poco con las enfermeras y prácticamente nada con el paciente mismo. Si intervienen varios tratantes o inter-consultantes además, un médico pensará que otro ya le informó al paciente o a la familia acerca del diagnóstico o tratamiento por seguirse cuando en realidad nadie ha hablado con los implicados y con demasiada frecuencia, no tardará en aparecer la enfermera o auxiliar a decir, en forma más o menos brusca y tergiversada lo que ella piensa que tiene el paciente. Por otro lado, muchos médicos suponen, a priori, que en principio no deben comunicarse diagnósticos terminales o muy dolorosos; al menos en países anglosajones esto demostró no ser cierto ya que los pacientes prefieren a todas luces estar **claramente** informados acerca de su condición.

En países como Colombia, estamos en mora de hacer estudios al respecto pues es probable que el paciente en general, desee saber la verdad. De hecho, médicos y enfermeras rara vez saben qué, cómo y cuánto decir ante decisiones mayores (vgr., ante la eventualidad de una amputación o pérdida funcional importante), y en los casos extremos, se recurre al psiquiatra, como si el informar e instruir al paciente o a la familia no fuera parte de la rutina médica. Otra cosa es recurrir a un psicoterapeuta si se prevén complicaciones posteriores o un ajuste muy difícil a la nueva condición.

Se trata de un problema de carencia de responsabilidad profesional y de fallas en educación pública en salud del cual somos responsables las facultades vinculadas de alguna forma con la salud física o mental. Si se acepta que la salud es un derecho humano (tanto más cuanto que en Colombia la inmensa mayoría de usuarios estamos pagando directa o indirectamente por dicho derecho) resulta evidente que se impone una educación formal en el modo de dispensar y de recibir dicho servicio tanto para el usuario como para el dispensador del servicio. De lo contrario, seguiremos indefinidamente en un diálogo de sordos en el cual pierden todas las partes implicadas y cuya perpetuación está indicando, sencillamente, que los servicios de salud están a la par del desarrollo del resto del país: cierta

cantidad de tecnología importada con unas herramientas conceptuales (i.e., una filosofía) del siglo pasado e intereses en franco conflicto entre las partes implicadas. Un ejemplo muy claro de esto sucede en la medicina socializada y en la pre-pagada: a la institución, caja de compensación o servicio le interesa que, por un salario fijo, el empleado (médico, odontólogo u otro) atienda la mayor cantidad de consultas posibles y por tanto, le interesa que la atención sea razonablemente rápida y expedita. Por su parte, al empleado le interesa atender la menor cantidad posible de pacientes y esto, en el menor tiempo posible. Y al paciente le interesa que le dediquen la mayor cantidad de tiempo !!!

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Problemas de tan amplia envergadura obviamente no pueden abordarse desde una sola perspectiva ya que requieren de intervenciones en los diversos niveles de la cadena de deficiencias. La más importante radicaría en establecer **controles** de calidad (incentivos y sanciones) para los estamentos dispensadores de salud. El segundo nivel, que sería factible comenzar a estudiar y remediar con un poco de interés por parte de las facultades de ciencias de la salud, consistiría en una serie de intervenciones en educación médica y en educación del público, aunque los resultados

se verían a largo plazo. Finalmente, se puede intervenir, en forma más limitada pero tal vez más efectiva en el nivel de atención y servicios en la práctica en salud en Colombia.

Respecto del primer punto, tal vez uno de los hallazgos más duros de la psicología científica ha sido el de sistematizar las contingencias bajo las cuales determinados comportamientos pueden o pueden no darse; la regla general predice que, a menos que los organismos, incluyendo los humanos, tengan en primer lugar, **incentivos** para hacer algo y en segundo lugar, **consecuencias** por no hacerlo o hacerlo mal, las conductas deseadas simplemente se tornarán erráticas y determinadas por las conveniencias inmediatas del que las produce. Lo anterior se conoce como leyes de contingencias y leyes de variación respectivamente (Martín y Levey, 1985). Es cierto que en Colombia, los dispensadores de salud, particularmente cuando trabajan en medicina social, no están bien remunerados. Por otro lado, tampoco están bien controlados, de modo que tenemos un paradigma ideal para que las conductas queden al libre arbitrio de estos funcionarios y fuera de normas y leyes que limiten y sancionen lo que el sujeto debe y puede hacer y lo que no debe y no puede hacer. Pero esto es un problema que trasciende las presentes consideraciones técnicas respecto de la práctica de profesiones de salud en Colombia y que se relaciona más con los temas tan trillados y

estéres de "corrupción", "ineficiencia" y necesidad de "moralización" cuando no de más leyes... En el estado actual de cosas, sería infantil que el público colombiano viera en un futuro relativamente próximo al estamento médico y de salud bajo controles (incentivos y sanciones) efectivos.

En cuanto al segundo punto, da la impresión de que las facultades de medicina y otras profesiones relacionadas con salud están requiriendo urgentemente de un diagnóstico respecto de las múltiples deficiencias en la docencia y por supuesto, de una intervención efectiva al respecto. Aunque parece que deficiencias en la conceptualización de cómo aplicar tecnologías de salud en individuos o en poblaciones se da en muchos países, el caso es extremadamente grave en Colombia.

El problema inherente a las soluciones necesarias radica en que la mayoría de las estrategias implican un cambio en la filosofía de la práctica médica. De hecho, exigen un equipo **inter-disciplinario** (y no para-médico) en la cual **todos los integrantes son profesionales** en su propio campo, y a quienes el médico no puede sustituir o abolir. En el nivel de campañas masivas de salud, es patético que, habiendo tantos antropólogos des-empleados, los organismos oficiales de salud hayan olvidado que dicha disciplina existe; el ignorar esto ha llevado al fracaso a muchas campañas de salud, porque no se

ha tenido en cuenta, en forma sistemática y a priori, lo que la gente cree y piensa de las campañas de salud (Ordóñez-Plaja, 1990). Para tales campañas e intentos de "educación en salud" tampoco parece darse la presencia de psicólogos y publicistas profesionales que conozcan la tecnología para que el mensaje tenga impacto en la población a la cual va dirigido.

El equipo inter-disciplinario también se hace indispensable en la atención de salud propiamente dicha. Dicho equipo integraría entre otros profesionales a enfermeras ambulatorias, indispensables en cualquier proyecto de medicina masificada y básicas en todo "pool" de consultorios, para no hablar de sub-especialidades médicas y de tratamiento de enfermedades crónicas. Así mismo, tendrá que integrar a psicólogos, indispensables en la implementación de los programas de auto-control para modificar hábitos y estilo de vida, para mantener regímenes difíciles y tratar con los aspectos emocionales y familiares; además, debería disponer de un psiquiatra de enlace como coordinador entre los aspectos médicos inherentes a la condición primaria del paciente, los aspectos médico-psiquiátricos (primarios o secundarios a su enfermedad) y el resto del equipo inter-disciplinario.

La eficacia de una correcta implementación de programas preventivos se demuestra en la disminución en las dosis de analgésicos y

en la duración de la hospitalización cuando al paciente pre-quirúrgico tiene acceso a un "mini-curso" en el que se le imparte cierta cantidad de información (ni demasiado amplia y técnica ni demasiado escueta); **además** se le suministran **instrucciones precisas** sobre el grado de **dolor y sensaciones extrañas** que observará, sobre **cómo** respirar y toser, sobre **cómo** moverse y sobre **cómo** usar el trapecio u otras ayudas (con demostraciones prácticas, obviamente) durante el post-quirúrgico agudo. Una instrucción precisa y concreta respecto de las sensaciones post-quirúrgicas, de los movimientos indicados para no desencadenar dolor y para ayudar al restablecimiento de la función disminuyen la tasa de complicaciones ulteriores y disminuyen la hospitalización en un promedio de 48 horas; asimismo aumentan los índices de satisfacción del paciente con su médico (Janis, 1984; Feuerstein y cols., 1986; Masur, 1981; Schmitt y Woolridge, 1973). Usualmente, no bastan las escuetas explicaciones del médico (cuando hay explicaciones) dadas dos o tres días antes de la cirugía, en el consultorio y por tanto fuera de contexto. Para que la información sea efectiva, debe darse en el contexto en el cual van a suceder los hechos es decir, en la habitación de la clínica, en la cama y ante las personas que estarán presentes. Hoy en día no debería presentarse en ninguna institución y menos aún en clínicas privadas super-especializadas pacientes hospitalizados con dolor agudo y

en pánico, porque nadie les dijo que el dolor sería considerable, y quienes, a las 24 horas, reciben su primera lección sobre cómo usar las ayudas y el pato !!! (y esto, en el mejor de los casos en que alguien informa al paciente, así sea a posteriori).

Además, cualquiera que sepa, como Borges, que "la mente humana es porosa al olvido" sabrá que todo lo que el médico considere importante de recordar deberá escribirse. Al respecto, por ejemplo, no es infrecuente que el fumador "olvide" que el médico le dijo que tenía que abandonar el tabaco!!! Así, las indicaciones respecto de horarios, modalidades y contraindicaciones **deben ser escritas claramente** (Labrador y col., 1982) En regímenes largos y dispendiosos, es **necesario involucrar a la familia** y combinar la información con **calendarios de auto-monitoreo** que se revisarán en cada control (si no se revisan no tienen ningún efecto); también es preciso **discutir con el paciente** sus dudas, objeciones y problemas relevantes, y efectuar **discusiones en grupos** de pacientes con la misma condición médica. Los anteriores puntos se basan en la fundamentación experimental de las condiciones que permiten una mejor comprensión y memoria de un mensaje (Flaherty, 1982; Nelson, 1977). Aquí es obvia la necesidad de una enfermera ambulatoria que reciba las llamadas telefónicas que no se harán

esperar con estas estrategias y resolver gran cantidad de preguntas que no requieren del tiempo del médico. Es obvio que pocos médicos, particularmente especialistas, están dispuestos o siquiera interesados en realizar las anteriores tareas. Tampoco están entrenados para ello. En cambio, enfermeras y psicólogos han sido entrenados, cada cual en su campo, para diseñar e implementar exactamente este tipo de programas.

Además de las brechas en comunicación por las anteriores razones, un buen número de médicos ignora cómo conducir una entrevista técnica (y por ende más "humana"). Las características de una correcta entrevista que a la larga le evitará al médico stress y gasto de energía innecesarios por consultas extras, llamadas por teléfono y preguntas irritantes, pueden resumirse así: 1) una vez realizada la anamnesis, se preguntará por preocupaciones y aspectos emocionales o vitales relacionados directa o indirectamente con la condición por tratarse; por ejemplo, si los síntomas han afectado la vida emocional, laboral, sexual y otras. Curiosamente, los médicos son renuentes en averiguar por problemas sexuales pues esperan a que los pacientes lo mencionen. Pero es sabido que éstos rara vez lo hacen espontáneamente; 2) de suma importancia es preguntar por las expectativas del paciente respecto del diagnóstico y tratamiento y explicar **a saciedad** porqué **no** o porqué **sí**

se cumplirán; 3) se deberá informar, en lenguaje común y evitando la jerga médica, el diagnóstico y la causa de la enfermedad; 4) finalmente, cada unidad lógica de la entrevista se debe resumir, aclarando lo que el paciente dice para cerciorarse de que ambos, médico y paciente, hayan comprendido bien lo que el otro comunicó y para ayudarle al paciente a formular dudas e inquietudes (Flaherty, 1982). No es infrecuente el paciente con antecedentes de algún tipo de cáncer, quien entra en pánico de una metástasis ante síntomas de alguna enfermedad benigna. Desgraciadamente, tampoco es infrecuente el médico que, conociendo los antecedentes cancerosos, no se percató del estado emocional de su paciente (que no es muy difícil de predecir), no pregunta si tiene dudas o inquietudes y se limita a darle información o medicación para su condición actual.

Uno de los puntos débiles del entrenamiento médico radica en la escasa, por no decir nula, formación en habilidades inter-personales de entrevista. Existen diversas técnicas de entrevista psicológica (más adecuada para los fines de una entrevista médica que las técnicas psiquiátricas) que tienen en cuenta en forma sistemática aspectos tales como empatía, ritmo de la entrevista, cantidad de información extraída, comprensión de lo dicho por parte y parte, etc. (Foley y Sharf, cit en Flaherty, 1982); estos protocolos de entrevista permiten

además monitorear sistemáticamente tanto la jerarquización y metas de la entrevista médica, como los aspectos relacionados con canales óptimos de comunicación, empatía y capacidad de explorar aspectos indirectamente relacionados con la condición del paciente. Ver tabla 1. Además, existen técnicas de entrevista (que todo profesional **debe** conocer) las cuales maximizan la comprensión del mensaje. Entre ellas, es conveniente recordar que se deben explicitar las categorías de lo que se va a decir **antes** de dar la explicación, repetir y resumir cada punto importante de lo que se dijo y emplear **conceptos específicos** y no consejos generales (tabla 2).

Las habilidades mencionadas no se dan espontáneamente excepto en individuos con extraordinaria inteligencia social. Deben enseñarse y deben aprenderse practicando y siendo evaluado durante el ejercicio. Se sabe que, sin un entrenamiento específico en entrevista, el residente 3 (o la enfermera especialista) cometerá los mismos errores de entrevista que cuando era estudiante, sólo que en su tercer año, es más eficiente en recolectar información médica (Flaherty, 1982). Es decir, las habilidades para la encuesta técnica mejoran porque se enseñan formal y sistemáticamente; pero las habilidades de entrevista no habrán variado por mera falta de supervisión y entrenamiento. Es así cómo se dan muchos patrones de interacción médico paciente que no optimizan la eficiencia de los servi-

cios dados. Entre estos, se encuentra el antagonismo médico-paciente, o paciente-médico, la pasividad del médico ante el paciente agresivo, la ignorancia del médico por el paciente como persona, la prepotencia del médico cuando cree saber mejor que el paciente lo que éste piensa y siente, o simplemente, la falta de interés por parte del médico hacia determinado tipo de pacientes (Ley, 1977). Esto, para no mencionar casos de franca falta de la ética médica (trato irrespetuoso o grosero, negarse a dar explicaciones o cifras de honorarios o negarse a entregar exámenes para-clínicos), los cuales deberían sancionarse drásticamente e inmediatamente. Pero es justamente en el sentido ético donde todos los estamentos institucionales en Colombia estamos fallando.

Ahora bien, la formación impartida en facultades de medicina no parece ser ni suficiente ni adecuada. No pocos médicos se centran solamente en la enfermedad de su sub-especialización, ignorando la condición psicológica y humana del paciente; además, en la práctica docente hospitalaria con pacientes de escasa educación y recursos económicos, con frecuencia médicos y enfermeras se muestran ásperos, evasivos, y cortantes cuando no paternalistas y poco cooperadores, con lo cual se están dando modelos inadecuados de interacción a los estudiantes, internos, residentes y enfermeras.

TABLA I

Cuestionario auto-evaluativo de entrevista médica.

(modificado de Foley y Sharf, 1981).

A. Comienzo de la entrevista:

Cómo hace sentir al paciente:

- 1.- Inicia la entrevista de modo que el paciente se siente cómodo.
- 2.- Muestra respeto al paciente reconociéndole su derecho a la privacidad y a la dedicación del médico (no habla por teléfono, etc.).

B. Proceso de entrevista:

Cómo obtiene información:

- 3.- Emplea respuestas abiertas para facilitar la comunicación
- 4.- Da al paciente la oportunidad de explicar en sus propias palabras sin interrupciones innecesarias.
- 5.- Ofrece alternativas y posibles respuestas cuando el paciente parece no saber responder.
- 6.- Replantea o repite las preguntas, si es necesario, para optimizar la comprensión.
- 7.- Le aclara al paciente áreas de confusión o de inconsistencias.
- 8.- Explora qué tanto comprende el paciente su enfermedad actual.
- 9.- Emplea un lenguaje apropiado para la edad y educación del paciente.
- 10.- Emplea formas adicionales de comunicación (diagramas, radiografías, material escrito, EEGs).
- 11.- Evita recurrir a hábitos y mímica que pueden ser confusos para el paciente (ruidos de asentimiento o de negación, movimiento de cabeza aprobatorio o no).

C. Control del ritmo y dirección de la entrevista:

- 13.- Es conciente del progreso de la entrevista.
- 14.- Recurre a resúmenes periódicos.
- 15.- Aclara y explica las transiciones entre una etapa de la entrevista y la siguiente.

Tabla 1 (Continuación)

16.- Interrumpe disgresiones innecesarias del paciente para mantener el hilo de la entrevista.

17.- Recurre a pausas para estimular la respuesta del paciente.

D. Control del rapport y empatía:

18.- Mantiene contacto de ojos.

19.- Optimiza aspectos no verbales apropiadamente (postura corporal, actitud, risas y sonrisas, contacto físico con el paciente, mobiliario).

20.- Da oportunidades para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la enfermedad actual o acerca de problemas significativos.

21.- Acepta los valores del paciente de modo no enjuiciatorio.

22.- Cautos con lenguaje o comportamiento que puede propiciar ansiedad en el paciente.

23.- Para disminuir la ansiedad del paciente, explica las razones de algunas de sus preguntas.

24.- Responde y reconoce las preocupaciones y preguntas del paciente.

25.- Reconoce las preocupaciones del paciente comunicadas en forma no verbal.

26.- Refuerza y estimula las habilidades del paciente para hacerle frente a la enfermedad.

E. Final de la entrevista:

27.- Le informa al paciente los próximos pasos.

28.- Le da al paciente la oportunidad de formular preguntas adicionales o de añadir información a la entrevista.

29.- Negocia diferencias de conceptos o valores hasta llegar a un acuerdo conveniente para ambos.

30.- Expresa frases de finalización que permiten una despedida cómoda y lógica.

TABLA 2

Tipo de formato que maximiza la comprensión y retención de una entrevista médica.

(Una vez realizada la anamnesis y con toda la información médica disponible)

Ahora, le voy a decir:

- 1.- Lo que no anda bien con Ud.
- 2.- Qué exámenes va a necesitar.
- 3.- Cómo son esos exámenes.
- 4.- Qué tratamiento necesita.
- 5.- Qué tiene que hacer para ayudarme y ayudarse.

En cuanto a lo que no anda bien con Ud.....

En cuanto a los exámenes que va a necesitar.....

etc.

Como buena parte de las habilidades inter-personales y de entrevista clínica se aprenden por moldeamiento (esto es, observando e imitando a los modelos), lo anterior representa un serio obstáculo para el adecuado entrenamiento de los estudiantes. En efecto, no siempre los modelos ofrecidos son los más indicados para enseñar dichas habilidades, ya que, a veces, los mismos docentes son personas con hábitos inter-personales y creencias muy acendradas y reforzadas por su autoridad y competencia técnica; por otro lado, además del problema de suministrar profesores indóneos no sólo en cuanto a tecnología puramente médica, sino en los aspectos mencionados, surge el problema de suministrar una educación formal en principios científicos de psicología y en habilidades de

entrevista y otras, lo cual, en última instancia llevaría a recargar aún más el entrenamiento del médico (Berner, 1981). Es necesario aclarar aquí que lo anterior **no** se aprende en el curso de psiquiatría, ya que éste tiene contenidos muy específicos que no se relacionan directamente con la psicología.

CONCLUSIONES

Las anteriores consideraciones permiten prever un futuro en asistencia en salud en Colombia a la vez optimista y pesimista. Optimista en cuanto que existen soluciones parciales que, de darse en el interior de facultades de medicina, enfermería y odontología y en los servicios asistenciales correspondientes a dichas disciplinas podrían mejorar en gra-

do sustancial el desnivel existente en el momento entre la tecnología existente y su aplicación. Se permite también predecir un desempeño más eficiente, económico y fluido tanto para el profesional como para el paciente en servicios públicos y privados. Pesimista en cuanto que el estado de sub-desarrollo conceptual en salud en Colombia es tal, que cabe pensar que no se ha dado la voluntad de mejorar el estado de cosas, en razón de que el problema se ignora simple y llanamente. Los profesionales en salud dan la impresión de creer realmente que los servicios que prestan son óptimos desde el punto de vista de comunicación e impacto de su tecnología. De hecho, cuando algún profesional en salud en Colombia reconoce limitaciones en su práctica, tienden a relacionarlas con restricciones de índole económica y puramente técnica (falta de instrumental o ayudas para-clínicas); muy rara vez se oyen quejas procedentes de médicos o enfermeras en el sentido de falta de entrenamiento para diseño de programas, para afrontar problemas humanos complejos, o simplemente, para saber cómo conducir una entrevista **técnicamente** diseñada.

Por tanto, resulta necesario comenzar por diseñar campañas de información al respecto, en escuelas de medicina, odontología y de enfermería y en las instituciones que ejercen control de calidad sobre los servicios en salud, tanto masificados como privatizados. La primera

intervención se refiere al cambio de filosofía en la atención en salud. Cambio que tendrá que darse en estamentos de medicina socializada y en facultades de medicina y que se refiere a una formación técnica y científica en principios básicos de comunicación, de psicología y de antropología (Berner, 1981). No se trata de que los médicos asuman el conocimiento y roles de estos profesionales, sino de que conozcan que estos campos existen, que tienen un papel importante que cumplir en salud y que deben ser consultados. Lo anterior permitiría que las campañas de salud, la propaganda y la "educación" en salud sean específicos y no pierdan su impacto. Por otro lado, se impone un entrenamiento formal en el interior de las facultades de salud que nos permita entrar al siglo XXI con una perspectiva diversificada en la cual la atención individual paciente-médico-en-el-consultorio no será sino una de las instancias de la atención en salud y en la cual, ojalá, dicha atención se de a un nivel tecnológico a la altura del nivel de desarrollo de la instrumentación médica. Ahora bien, este tipo de formación y de trabajo inter-disciplinario se dará a la par con el desarrollo real de la medicina, en cual, a su vez, irá paralelo a una visión más realista de su rol.

El estado de cosas actual en Colombia refleja una concepción, una práctica y un alcance correspondientes a una medicina que está quedando a la zaga en razón de su

limitada cobertura y eficiencia, la cual, definitivamente, es muy inferior a lo que la capacidad de planta física y humana de los estamentos dispensadores de salud podrían suministrar. Los futuros profesionales en salud en Colombia requerirán de una filosofía verdaderamente preventiva en áreas de intervención primaria, de unas herramientas conceptuales formales (no improvisadas) en comunicación y psicología básica y de mayor seguridad respecto de su propio quehacer. Ello permitirá que se sientan cómodos ante un equipo interdisciplinario, que puedan trabajar eficientemente en él y que no se sientan en la obligación de dar respuesta a todos los problemas por el hecho de ser médicos. Lo anterior ha llevado a una profunda brecha entre el estamento médico y el público y es buena parte de la razón por la cual muchos estratos sociales (y no necesariamente los más bajos) acuden preferencialmente al médico-brujó con quien la comunicación es definitivamente muchísimo mejor que con el médico. Por alguna razón además, los brujos colombianos conocen perfectamente bien las técnicas para que "su mensaje" llegue al público.

La segunda intervención, para efectos de una maximización del impacto del mensaje médico deberá realizarse en el sentido de un mejor entrenamiento en habilidades de entrevista, así como en áreas de habilidades inter-personales en el contexto de la práctica médica. También se requiere de una exten-

sa educación al público con objeto de que aprenda a utilizar los servicios de salud con más eficiencia y aprenda a consumir el servicio (básicamente preguntando y anticipando los puntos relevantes, que le evitarán sorpresas posteriores y desgrados con el médico). Sin embargo, modificar el curriculum de facultades de medicina en este sentido no es fácil puesto que ya se tienen pênsums muy recargados con aspectos puramente biológicos de la práctica médica. Cabría considerar una alternativa que no sobrecargue el curriculum de las sub-especialidades y que consistiría en impartir una formación mínima y básica para médicos y enfermeras generales, con programas de educación continuada. En cuanto al super-especialista que **no** está interesado ni tiene tiempo para estos problemas, podría dedicarse a diagnosticar, tratar y prevenir cierto conjunto de enfermedades, siempre y cuando sepa claramente que el cuidado integral, la parte de manejo, de adhesión y de problemas emocionales relacionados con la condición médica, así como los programas de prevención y educación, quedarán a cargo de un grupo de psiquiatría de enlace, con psicólogos, enfermeras y otros profesionales, de suerte que el especialista no se vea en la tediosa obligación de hacer consulta general, como es el caso en muchas áreas de medicina privada en Colombia. Esta última alternativa, obviamente, lleva a una formación eminentemente tecnológica en los especialistas, pero esto

es una situación de facto en Colombia, agravada por el hecho de que se trata de una formación tecnológica que, en general, es incompleta,

puesto que ignora que existen tecnologías de otros campos que pueden serle de gran utilidad.

BIBLIOGRAFIA

- Becker, M.H. Haefner, D.P., Kasla, S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A., y Rosensstock, I.M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. **Medical Care**, **15** (suppl.5), 27-46.
- Becker M.H., Maiman L.A., Kirscht J.P., Haefner D.P., y Drachman R.H. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care**, **13**, 10-24.
- Belar, D.D., Deardorff W.W., y Kelly, K.E. **The Practice of Clinical Health Psychology**. N.Y., Pergamon, 1987.
- Berner, E.S. (1981). What inter-personal skills we teach medical students: patient compliance, satisfaction as a determinant. Presentado al **Am. Ed. Res. Ass. Convention**, Los Angeles, California, 1981.
- Caplan, R., Robinson, E., French, J., y Cols (1976). Adhering to medical regimens. Ann Arbor, Inst. Soc. Res.
- Daschner, R., y Marget, W. (1975). Treatment of recurrent urinary tract infection in children. Compliance of parents and children with antibiotic therapy regimen. **Act. Pediatr. Scand.**, **64**, 105-108.
- Fewerstein M., Labbé E.E., y Kuczmierczyk M. (1982). **Health Psychology: A Psychobiological Perspective**. N.Y., Plenum, pp 237-274.
- Flaherty J. A. (1982) Education and evaluation of interpersonal skills. En J.A. Flaherty: **Interpersonal Dimension in Medical Education** pp 101-141.
- Fletcher, S.W., Pappies, E.m., y Harper, S.J. (1979). Measurements of medication compliance in a clinical setting. **Arch. Int. Med.**, **139**, 635-638.
- Hamilton, V. (1985). A cognitive model of anxiety: implications for theories of personality and motivation. En C.D. Spielberger, I.G. Sarason, P.B. Defares (eds.). **Stress and Anxiety, vol 9** (pp. 17-36). Washington, Hemisphere Publ. Corp.
- Hanback, J.W., y Revelle, W. (1978). Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs. **J. ABn. Psych**, **87**, 523-530.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. y Sackett, D.L., (1979). **Compliance in Health Care**. Baltimore, Johns Hopkins Un. Press.
- Haynes, B.R. (1982) Improving patient compliance: an empirical view. En B.R, Stuart (ed.): **Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine**. N.Y., Bruner-Mazel, pp 56-77.
- Janis, L.L. (1984). The patient as decision maker. En W.D. Gentry (ed.) **Handbook of Behavioral Medicine**, (pp. 326-367) Nueva York, Guilford Press.

- Kass, M.A., D.W., Gordon, M. (1986). Compliance with topical pilocarpine features. **Am. J. Ophthalmol.**, **101**, 515-523.
- Kooner, K.S., Zimmerman, T.J. (1989). Clinical ocular pharmacology: some overlooked features. **Ophthalm. Clin. North. Am.**, **2**, 1-14.
- Labrador, F.J., y Castro L. de (1982). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, **4**, 157-164.
- Lasagna, L. (1976). **Patient Compliance**, Mount Kisco, Nueva York, Futura.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. (1984). Compliance: a self-regulation perspective. En D.W. Gentry (ed.). **Contributions to Medical Psychology**, **1**, Londres, Oxford Un. Press.
- Ley, P. (1977) Psychological studies of doctor patient communication, En J. Rachman (ed.) **Contributions to Medical Psychology**, **1**, Londres, Oxford Un. Press.
- Ley, P. (1976). Towards better doctor-patient communications. Contributions from social and experimental psychology. En A.E. Bennet (ed.) **Communications in Medicine**, Londres, Oxford Un. Press.
- Lund, M. (1973). Effects of phenytoin in patients with epilepsy in relation to its concentration in the plasma. En D.S. Davies y B.N. Prichard (eds.) **Physiological Effects of Drugs in Relation to their Plasma Concentrations**. Londres, MacMillan.
- Martin, I., y Levey, A.B. (1985) Conditioning, evaluations and cognitions: an axis of integrations. **Behav. Res. Ther**, **23**, 167-175.
- Masek, B.J. y Jenkel, W.R. (1982) Therapeutic adherence. En D.C. Russo y J.W. Varny (eds.) **Behavioral Pediatrics** (pp. 375-391. Nueva York. Plenum.
- Masur, F.T. III (1981). Adherence to health care regimens. En C.K. Prokop y L.A. Vradly (eds.) **Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine**. Nueva York, Academic.
- Maurois, A. (1965). **Prométhée on la Vie de Balzac** (pp.595). Paris, Hachette.
- Mockey, R. (1978). Arousal and stress in human memory: some methodological and theoretical considerations. En M.M. Gruneberg, P.E. Morris y R.N. Sykes (eds.). **Practical Aspects of Memory**. Nueva York, Academic.
- Murdock, B.B. jr (1962). The serial position effect in free recall. **J. Expt. Psych.** **64**, 482-488.
- Nelson, T.O. (1977). Repetition and depth of processing. **J. Verb. Learn. and Verb. Beh.**, **16**, 151-171.
- Norell, S.E. (1981). Accuracy of patients' interviews and estimates of clinical staff in determining medication compliance. **Soc. Sci. Med.**, **15**, 57-64.
- O'Leary A. (1985) Self-efficacy and health, *Behaviour Research and Therapy*, **vol. 23**, 437-451.
- Ordóñez-Plaja, A. (1990). Cultura y tecnología. Si no respeta mis creencias, no acepto su sugerencias, **Colombia: Ciencia y Tecnología**, **8**, 11-14.
- Radius, S., Becker, M., Rosenstock, I (1978). Factors influencing mother's compliance with a medication regimen for asthmatic children. **J. Asthma Res.**, **15**, 133-149.

- Rapoff, M.A., y Christophersen, E.R. (1980). **Compliance with Medical Regimens: A review and Evaluation.** Presentado en la Banff Int. Conf. on Beh. Med., Banff, Alberta, Canada.
- Russo, D.C. y Varny J. W. (1982). **Behavioral Pediatrics.** Nueva York, Plenum.
- Sacket, D.L., y Haynes, R.B. (1976). Compliance with medical regimens. Baltimore, Johns Hopkins press.
- Schmitt, F.E., y Woolridge, P.J. (1973). Psychological preparation of surgical patients. **Nurs. Res., 22**, 108-116.
- Shope, J.T. (1981). Medical compliance. **Pediatr. Clin. of North Am., 28** 5-21.
- Stuart B.R. (1982). **Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine,** New York, Bruner-Mazel, 56-77.
- Wilson, J. (1974). Noncompliance contributing to apparent drug failure in status epilepticus. **Pediatrics, 53,** 938-940.
- Wingfield y Byrnes, D.L. (1981). **The Psychology of Human Memory.** Nueva York, Academic Press.