



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**



**EL DISCURSO MÉDICO COMO CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA Y EL MUNDO
DE LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES**

**AUTORA: MSc. NANCY MOLINA BOSCÁN
TUTORA: DRA. MILENA GRANADO**

Tesis de Grado presentado ante la Dirección de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales: Salud y Sociedad.

Bárbula; enero de 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145, 147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

EL DISCURSO MÉDICO COMO CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA Y EL MUNDO DE LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES


Presentada para optar al grado de **Doctor (a) en Ciencias Sociales.**
Mención Salud y Sociedad por el (la) aspirante:


MOLINA B., NANCY J
C.I. - V.- 13.103.727


Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Milena Granado. C.I.V.- 6.474.055, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **27/03/2025**



Dr. (a) Milagros Espinoza (Presidente)


Dr. (a) Milena Granado
C.I. 6474/055
Fecha 27-03-2025


Dr. (a) Tadeo Medina
C.I. 4644/32
Fecha 27/03/2025


Dr. (a) Carlos Díaz
C.I. 8570356
Fecha 27-03-2025




Dr. (a) Juan Manzano
C.I. 10993496
Fecha 27/03/25

TD: 130-24

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	Pp. v
AGRADECIMIENTO.....	Vi
SÍNTESIS DESCRIPTIVA.....	Vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
MOMENTO I	
TODOS LOS CAMINOS CONDUCEN A.....	3
Fuente de inspiración: los amores de mi vida.....	3
Acerca del qué investigativo.....	6
Líneas maestras.....	24
<i>Línea maestra estratégica</i>	24
<i>Líneas maestras tácticas</i>	24
Justificación	25
MOMENTO II	
MARCO EPISTÉMICO.....	28
Antecedentes.....	28
Los sistemas y subsistemas sociales	35
Las construcciones discursivas, la teoría de la acción comunicativa y el mundo de la vida.....	38
El discurso médico y la relación médico paciente	45
Aspectos formativos	64
Aspectos legales	74
MOMENTO III	
RECORRIDO METODOLÓGICO.....	85
Diseño de la investigación.....	85
Momentos investigativos.....	86
Sujetos significantes.....	90
Instrumento de recolección de datos	90
Escenario de investigación	91
Estructura metodológica	91
MOMENTO IV	
CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS PARA EL ACERCAMIENTO SOCIAL.....	93
MOMENTO V	
ABORDAJE DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA	25
Construcción teórica	3
Construcción teórica	25
Construcción teórica	6
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
Construcción teórica	8
REFERENCIAS.....	26
Construcción teórica	0

ÍNDICE DE TABLAS

	Pp.
Tabla 1. Taxonomía de actos locutivos intersubjetivos.....	42
Tabla 2. Matriz epistémica del fenómeno de estudio.....	84
Tabla 3. Entrevista 1, segmento 1.....	94
Tabla 4. Entrevista 1, segmento 2.....	96
Tabla 5. Entrevista 1, segmento 3.....	99
Tabla 6. Entrevista 1, segmento 4.....	101
Tabla 7. Entrevista 1, segmento 5.....	104
Tabla 8. Entrevista 1, segmento 6.....	107
Tabla 9. Síntesis de Categorías. Entrevista 1	109
Tabla 10. Entrevista 2, segmento 1.....	138
Tabla 11. Entrevista 2, segmento 2.....	140
Tabla 12. Entrevista 2, segmento 3.....	141
Tabla 13. Entrevista 2, segmento 4.....	143
Tabla 14. Entrevista 2, segmento 5.....	145
Tabla 15. Síntesis de Categorías. Entrevista 2.....	146
Tabla 16. Entrevista 3, segmento 1.....	161
Tabla 17. Entrevista 3, segmento 2.....	163
Tabla 18. Entrevista 3, segmento 3.....	164
Tabla 19. Entrevista 3, segmento 4.....	167
Tabla 20. Entrevista 3, segmento 5.....	169
Tabla 21. Entrevista 3, segmento 6.....	170
Tabla 22. Entrevista 3, segmento 7.....	172
Tabla 23. Entrevista 3, segmento 8.....	174
Tabla 24. Entrevista 3, segmento 9.....	176
Tabla 25. Entrevista 3, segmento 10.....	178
Tabla 26. Síntesis de Categorías. Entrevista 3.....	180
Tabla 27. Entrevista 4, segmento 1.....	223
Tabla 28. Síntesis de Categorías. Entrevista 4.....	225
Tabla 29. Entrevista 5, segmento 1.....	236
Tabla 30. Entrevista 5, segmento 2.....	238
Tabla 31. Entrevista 5, segmento 3.....	239
Tabla 32. Síntesis de Categorías. Entrevista 5.....	240

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pp.
Figura 1. Red de Relaciones emergentes. Entrevista 1.....	137
Figura 2. Red de Relaciones emergentes. Entrevista 2.....	160
Figura 3. Red de Relaciones emergentes. Entrevista 3.....	222
Figura 4. Red de Relaciones emergentes. Entrevista 4.....	235
Figura 5. Red de Relaciones emergentes. Entrevista 5.....	251

DEDICATORIA

A Nancy y German

Las almas amorosas que creyeron en mí, incluso, cuando yo misma dudé.

El ejemplo amoroso y la palabra clara, el abrazo firme, mi lugar seguro.

A Omar Rafael

Mi compañero de vida y copiloto de viaje.

Contigo he aprendido a soltar para dejar crecer, a disfrutar de cada momento.

Gracias por ser espejo y sombra.

A Chiquinquirá Janet y Omar Asdrúbal

Mis motivos para mirar, siempre, hacia adelante, para seguir.

Mi impulso y motor. Mis risas y alegrías.

El soundtrack de mi vida.

A Nidian Yinette

Mi aprendizaje significativo, mi cómplice y confidente.

La de sonrisa cómplice y abrazo cálido.

A Mamita, German, Virginia, Ana Teresa y Elena

Por abrir mis ojos a lo que era invisible.

GRACIAS

- ✓ **A Dios** y a su amada madre **Virgen de Chiquinquirá**.
- ✓ A mis **eternos Maestros** Manuel Navarro, Godsuno Chela-Flores, Pablo Arnáez, Francisca Fumero, Naendry Pinto, Freddy Nadales, Yilmar Campbell, Gustavo Fernández, por guiar mi camino en la senda lingüística.
- ✓ A mis **Profesores del Doctorado en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad**, por derribar paradigmas que me ocultaban el camino investigativo.
- ✓ A mis **Sujetos de investigación**, por su tiempo, sus historias de vida y su confianza.
- ✓ A **Milena Granado, Zully Vélchez y Elsy Medina**, mis grandiosas tutoras, cada una en un momento importante, desde la cercanía o la distancia, han sabido extender su mano académica para ser apoyo y faro. Gracias por su sabiduría y confianza.
- ✓ A **Elsy, Natalia y Juan**, el trío académico que me guió con su ejemplo.
- ✓ A **Zulay, Yralí, Marijó, Zoraida (+), Eudel, Cristina, Endrina, Anaid**, mi llamado a tierra cada vez que lo necesité.
- ✓ A **Jesús, Marymili, Tadeo y Martha**, por la confianza a prueba de balas.
- ✓ A mis **Arepitas Dulces (Mirdza y Mile)**, por sus palabras de aliento en el momento justo.
- ✓ A mi familia: **Molina, Boscán, Arrieta y pegados con mantequilla**, por enseñarme a amar sin barreras.
- ✓ A todos los que, de corazón, me han apoyado en este trayecto de mi vida académica.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**



**EL DISCURSO MÉDICO COMO CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA Y EL MUNDO
DE LA VIDA DE LOS PARTICIPANTES**

AUTORA: MSc. Nancy Molina Boscán

TUTORA: Dra. Milena Granado

Fecha: enero de 2025

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

Esta investigación analiza el discurso médico como construcción discursiva y su impacto en la vida de los pacientes, destacando la importancia de la comunicación médico-paciente-familia en el diagnóstico, tratamiento y satisfacción del paciente. Utilizando un enfoque cualitativo, basado en entrevistas en profundidad y análisis de discurso, se investigan los procesos de construcción de significados en el ámbito médico. Los resultados preliminares revelan barreras significativas en la comunicación, derivadas de diferencias en los marcos de referencia y expectativas entre médicos y pacientes, lo que puede llevar a malentendidos y a una menor calidad de la atención. El uso de lenguaje técnico por parte de los médicos puede alienar a los pacientes, haciéndolos sentir desinformados y desconectados de su propio cuidado. La investigación se basa en la fenomenología y la hermenéutica para interpretar profundamente los significados atribuidos por los sujetos a sus experiencias y cómo estos significados son construidos y comprendidos en el contexto médico. Identificar y analizar las barreras que enfrentan los profesionales de la salud es crucial para implementar recomendaciones efectivas. Se sugieren estrategias para evaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas para mejorar la comunicación y la atención médica. La contribución original de esta investigación reside en la combinación de teoría y práctica, ofreciendo soluciones concretas para mejorar la calidad de la atención médica a través de una comunicación más efectiva y empática.

Descriptor: comunicación médico-paciente-familia, discurso médico, análisis de discurso, fenomenología, hermenéutica, barreras de comunicación, atención médica.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**



**Medical Discourse as a Discursive Construction and
the Life-World of the Participants**

AUTHOR: MSc. Nancy Molina Boscán

TUTOR: Dra. Milena Granado

Date: January 2024

ABSTRACT

This research analyzes medical discourse as a discursive construction and its impact on patients' lives, highlighting the importance of doctor-patient-family communication in diagnosis, treatment, and patient satisfaction. Using a qualitative approach based on in-depth interviews and discourse analysis, the study investigates the processes of meaning-making in the medical field. Preliminary results reveal significant barriers in communication, stemming from differences in frames of reference and expectations between doctors and patients, which can lead to misunderstandings and lower quality care. The use of technical language by doctors can alienate patients, making them feel uninformed and disconnected from their own care. The research draws on phenomenology and hermeneutics to deeply interpret the meanings attributed by subjects to their experiences and how these meanings are constructed and understood in the medical context. Identifying and analyzing the barriers faced by healthcare professionals is crucial for implementing effective recommendations. Strategies are suggested to evaluate the effectiveness of interventions designed to improve communication and healthcare. The original contribution of this research lies in the combination of theory and practice, offering concrete solutions to improve the quality of healthcare through more effective and empathetic communication.

Keywords: doctor-patient-family communication, medical discourse, discourse analysis, phenomenology, hermeneutics, communication barriers, healthcare.

INTRODUCCIÓN

El discurso médico, como construcción discursiva, juega un papel crucial en la interacción entre los profesionales de la salud y sus pacientes. En un contexto donde la comunicación efectiva es fundamental para el diagnóstico, el tratamiento y la satisfacción del paciente, es esencial comprender cómo se estructuran y perciben estos discursos. Esta investigación se centra en la exploración del mundo de la vida de los participantes, analizando cómo el discurso médico influye en sus experiencias y percepciones, y cómo estas interacciones afectan la práctica médica en general.

La metodología se desarrolló desde el enfoque cualitativo, y la fenomenología hermenéutica como método utilizado. Se busca no solo entender la estructura y las características del discurso médico, sino también identificar las implicaciones prácticas de los hallazgos para optimizar la comunicación en la relación médico-paciente-familia, por ello la entrevista en profundidad y análisis de discurso permitieron la interpretación profunda de los significados atribuidos por los sujetos a sus experiencias y la manera en que estas significaciones son construidas y comprendidas en el contexto médico. Este abordaje metodológico, fue esencial para comprender cómo los discursos médicos pueden ser interpretados y cómo pueden influir en las experiencias de los pacientes (Gadamer, 1998; Ricoeur, 1981).

El análisis realizado proporciona una base sólida para comprender la complejidad del discurso médico y su impacto en el mundo de la vida de los pacientes y familiares. Esta comprensión es esencial para desarrollar estrategias efectivas que faciliten una comunicación empática y eficiente, promoviendo así una mejor relación médico-paciente-familia.

Los hallazgos indican la existencia de barreras significativas en la comunicación, muchas veces derivadas de diferencias en los marcos de referencia y

expectativas entre médicos, pacientes y familiares. Estas barreras pueden llevar a malentendidos, disminución de la adherencia al tratamiento y, en última instancia, a una menor calidad de la atención. Además, se ha identificado que las estrategias discursivas empleadas por los médicos, en lugar de servir de puente, suelen crear barreras que pueden alienar a los pacientes y familiares, haciéndolos sentir desinformados y desconectados del proceso de su propio cuidado (Ruiz, 2012). En este sentido, se sugieren cambios que abarcan desde la malla curricular hasta el diseño de una guía práctica que permita identificar y mejorar la efectividad de las intervenciones comunicativas en la atención médica.

MOMENTO I

TODOS LOS CAMINOS CONDUCEN A...

Fuente de inspiración: Los amores de mi vida...

Cuando Mamita entró en crisis, luego de una larga batalla con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el médico neumólogo reunió a sus hijos y les comunicó: tienen dos opciones; la primera es operarla y reparar la fisura del colon; pero, en su condición, no va a resistir la anestesia, quedará respirando gracias al ventilador y ustedes tendrán que decidir cuándo desconectarla; la segunda, déjenla vivir lo que le quede de vida, nosotros nos aseguraremos de que no sienta dolor, concluyó el médico diciendo: yo les aconsejo la segunda opción, es menos traumático para ella y para ustedes. Afligidos, los hijos de Mamita consultaron, cada uno, con sus respectivas familias para decidir el futuro de la matriarca y, resignados, acordaron dejarla partir en compañía de toda la familia. El médico se mantuvo al pendiente de cualquier requerimiento o duda de la familia y su trato con Mamita era muy afable y cordial.

De esta forma; todos pudimos “despedirnos” de ella, la gran matriarca de una familia numerosa: cinco hijos nacidos en un ranchito de Cabimas criados gracias a sus habilidades con la máquina de coser, dieciséis nietos que crecieron jugando entre las matas de su jardín y entre las telas de su costura, hasta el momento de su partida, contaba con veintiún bisnietos que la adoraban, los yernos y nueras de ella y de sus hijos, hermanos, sobrinos...todos y cada uno la acompañamos hasta su último respiro. Murió tranquila, acompañada de quienes la amábamos.

La cercanía del médico y el valor que le dio, no solo a la atención profesional de la paciente, sino al estado emocional tanto de ella como de la familia, se reflejaba en su habilidad para incluir, acercarse e identificarse con los demás, a través del

discurso. Entabló una relación de intimidad y confianza al preocuparse por el bienestar de la paciente y su grupo familiar, incluso, por encima del dictamen institucional que “sugería” operarla de emergencia. Dicha relación permitió que los sucesos que se desencadenaron fluyeran de una forma tranquila, resignada y en paz.

La hija menor de Mamita, es mi madre y esposa de German, un hombre íntegro, hijo, esposo, padre, abuelo. Su gran objetivo en la vida fue sacar adelante a su familia. Siempre preocupado porque sus hijas se educaran lo mejor posible, las ayudaba a estudiar, les explicaba, estaba pendiente de sus exámenes...incluso cuando ya eran estudiantes universitarias. En su transitar por la vida, aprendió iridología y reflexología; aunque nunca las estudió ni practicó formalmente.

Era el orgulloso padre de una Licenciada en Educación y una Odontóloga, pronto se convertiría en abuelo. Chiqui, su pequeña nieta, era la nena de sus ojos. Con ella volvió a ser niño otra vez; pero, un mes antes del segundo cumpleaños de la nena, un malestar no lo dejaba dormir. Se sentía mal y le pidió a mi Mamá que le avisara a mi hermana, la odontóloga, que vivía con ellos. Decidieron llevarlo a un Centro de Diagnóstico Integral (CDI) para que lo evaluaran.

Dejé a Chiqui con sus otros abuelos. Papá pasó la noche en el CDI, no mejoraba. Decidimos llevarlo a una clínica privada. Allí le realizaron diversos exámenes y fue cuando le diagnosticaron lo que realmente tenía: un infarto masivo.

He de referir que, en el CDI, el trato del personal de salud fue extraordinario. La cercanía, el respeto a los familiares, el trato afable con los pacientes... no distinguías a los médicos del resto del personal; porque ninguno usaba bata blanca.

Con pocos recursos económicos, trasladamos a mi Papá a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), al segundo día, lo pasan a la

Unidad de Cuidados Coronarios. Cuando lo evalúan, sale la médica residente de tercer año (R3) del postgrado de Cardiología y solicita conversar con los familiares. Al darse cuenta que mi hermana es personal de salud, le comenta: me voy a entender contigo, necesito que estés aquí todas las mañanas después de la ronda. Mi madre y yo quedamos excluidas de toda comunicación con los médicos que trataban a mi Papá. Mi madre y yo estábamos al corriente del estado de salud por mi hermana y los enfermeros nos comentaban: se ve mejor de lo que está, si resiste siete días, le damos de alta... Pasamos cinco días sin poder comunicarnos directamente con los Médicos Cardiólogos, ni con mi hermana hablaban; los únicos que informaban a los familiares eran los R3.

El 24 diciembre, mi Papá estaba muy bien. A la hora de la visita, dejaron pasar a los niños. Chiqui vio a su compañero de juegos en una cama y le decía: vamos a jugar, a lo que él le contestaba: tranquila, en un mes estamos jugando como siempre...En la madrugada del 26 de diciembre, mi Papá desmejora. De repente, mi hermana sale de la Unidad y refiere la necesidad de un marcapaso. Le colocaron el marcapaso; pero, poco a poco fue perdiendo las pocas fuerzas que le quedaban. Ya casi no podía hablar. La R3 nos dijo que no iba a resistir mucho; pero que, por ley, estaba obligada a tratar de revivirlo. Fue la única vez que se comunicó con las tres...pasado el mediodía, su corazón dejó de funcionar.

Los recuerdos iban y venían. Recordaba que en el CDI nos trataron muy bien, los médicos hablaban con nosotras hasta que yo comencé a darme cuenta que mi papá estaba peor a medida que pasaban las horas. En la clínica privada también nos trataron bien, los médicos conversaban con nosotros y, en especial las enfermeras, que estaban pendiente de avisarnos cualquier necesidad de mi Papá igualmente, el médico especialista, cuando realizó el ecocardiograma, lo trató muy

bien y me explicó el estado en el cual se encontraba su corazón. En la CHET, en ningún momento un médico cardiólogo nos informó acerca del estado de mi Papá. La médica R3 era la encargada de “comunicarse” con los familiares; pero mi Mamá y yo no existíamos para ella y, en los hombros de mi hermana recae la gran responsabilidad de dejar de ser hija y mantenerse en su rol de personal de salud para “traducir” la información dada por ella.

Pasado el tiempo, culminada mi maestría en Lingüística, comencé a trabajar como profesora del Departamento de Lenguaje y Comunicación de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. He aprendido muchísimas cosas durante estos años huérfana de padre y de abuela, trabajando, conociendo, aprehendiendo e interactuando con tantos profesionales y estudiantes de medicina que hacen vida en esta gran facultad. Durante un proceso de homologación curricular de la carrera de Medicina, el análisis de la malla curricular, que va de la mano con los objetivos de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM), me llevó a reflexionar acerca de las situaciones que se fueron presentando en ambos momentos y, es aquí donde comencé a preguntarme si, ¿cómo históricamente, el lenguaje se ha usado como ente institucionalizador de la práctica médica?, ¿cómo se construyen los significados institucionales que menoscaban los mecanismos discursivos de acercamiento social? ¿cómo se pueden desarrollar habilidades comunicativas que permitan desinstitucionalizar el discurso médico en la relación médico-paciente-familia?

Acerca del Qué investigativo

A lo largo de la historia del hombre, ha prevalecido la concepción del enfermo como un ser incapacitado. Desde la antigüedad, médicos como Hipócrates han postulado que la enfermedad no solo afecta el cuerpo físico del paciente, sino también su capacidad intelectual y moral. Esta visión sostiene que las emociones intensas pueden nublar el juicio y socavar la habilidad para tomar decisiones complejas, relegando al enfermo a un estado de desvalimiento cognitivo y moral. Esta percepción histórica justifica, según algunos teóricos como Katz (1984) y Ramsey (1970) un modelo de relación médico-paciente de corte paternalista. En este modelo, el médico asume el rol de una figura paternal que decide y prescribe tratamientos, mientras que el paciente, conceptualizado metafóricamente como un hijo incapacitado por la enfermedad, confía en la sabiduría y benevolencia del médico.

En este sentido, al explorar la relación médico-paciente desde una perspectiva lingüística y sociológica, se puede vincular el análisis de Parsons (1976) sobre el sistema social, pues estas interacciones están orientadas por reglas que involucran expectativas complementarias relacionadas con roles y sanciones, lo cual encuentra eco en la dinámica tradicional de la relación médico-paciente. Desde las bases establecidas por los teóricos antes mencionados, la relación paternalista en medicina se entiende como un paradigma donde el médico asume el rol de autoridad basado en su conocimiento y experiencia, mientras que el paciente confía y se ajusta a estas expectativas.

Desde el punto de vista de la teoría social, Parsons (1976), sostiene que la práctica médica dirige su atención a superar las alteraciones de salud del

individuo, es decir, la enfermedad. La salud, de acuerdo a lo anterior, se concibe, entonces, dentro de las necesidades funcionales del individuo miembro de una sociedad. Igualmente, este teórico afirma que la práctica médica se define como un conjunto de pautas de las actividades resultantes de la relación entre el médico y el paciente. Dentro de esta propuesta, el rol del médico se clasifica como tarea profesional, de aquí se desprende que su función es cuidar de los enfermos. En la sociedad moderna, afirma Parsons (1976), el médico no se considera un hombre sabio, sino un especialista quien, gracias a su conocimiento y entrenamiento se ubica en un nivel superior al de sus semejantes. Tal situación permite que la sociedad espere de él una alta significación estratégica concebida en planificación de enfoques, diseño de políticas y prácticas de salud, entre otras.

El médico también posee un rol universalista (Parsons, 1976), ya que, su actuación se rige por principios generales que emergen del saber médico y no solo de la persona que tiene enfrente (paciente). Ejerce un papel funcional específico para tratar con la enfermedad y no con el enfermo, lo cual se desprende de la neutralidad afectiva, por lo que esta manera de proceder del médico exige, no responder a las exigencias emocionales del paciente. De igual forma, es un orientador colectivo debido a su responsabilidad para facilitar de la mejor y más hábil manera, la recuperación total del bienestar del paciente, el cual se ve reflejado en la dirección de la Salud Pública y gestión de políticas de salud. Esto implica que participa activamente en la gestión de recursos, la planificación de estrategias de tratamiento y la coordinación de equipos médicos para optimizar los resultados de salud de sus pacientes y, en un sentido más amplio, de la comunidad a la que sirve.

Desde la perspectiva de la teoría social de Parsons (1976), el médico no solo desempeña un papel crucial en la atención individual de la enfermedad, sino que

también influye estratégicamente en la configuración de políticas de salud pública y prácticas médicas, reflejando así una autoridad profesional que trasciende el ámbito clínico. Esta conceptualización se alinea con la visión de Habermas (2001) sobre el lenguaje, quien argumenta que la significación en el discurso emerge del mundo de vida compartido de los hablantes, donde se negocian interpretaciones y se establecen convenciones sociales. Igualmente, postula un enfoque pragmatista del lenguaje que supera la concepción tradicional de éste como un simple medio de captar la realidad, integrando las dimensiones comunicativas y sociales de los procesos discursivos.

Así, tanto la práctica médica según Parsons como la teoría habermasiana del lenguaje enfatizan la importancia de las interacciones sociales y discursivas en la construcción de significados y prácticas profesionales que inciden en la comprensión y gestión de la salud en la sociedad contemporánea.

Al postular que la concepción pragmatista del lenguaje como parte del mundo de vida de los hablantes, Habermas (2001) compromete las relaciones de significación entre hablantes desde varias perspectivas de la interpretación del discurso. Se supera, entonces, la concepción del lenguaje como un medio para captar la realidad, atada siempre al paradigma de la filosofía de la conciencia. El modelo de la significación está asociado, directamente, a los contenidos semánticos (convenciones sociales entre el signo y la reducción a un solo sentido de los significantes). De esta forma; este autor logra insertar, en las ciencias sociales, la comprensión de la realidad en términos comunicativos; es decir, considera que los hechos y los procesos sociales pueden ser investigados desde la lingüística; porque los sistemas de significación y representación se elaboran, culturalmente, en sociedades cada vez más discursivas.

Indiscutiblemente, y de acuerdo a lo anterior, el hombre se encuentra inmerso en una mediación simbólica con el mundo objetivo, subjetivo e intersubjetivo. Así, se sitúa al sujeto en un mundo estructurado simbólicamente y compartido con otros sujetos. Esta comprensión del lenguaje desde lo comunicativo, lo lleva a explicar las condiciones que permiten el entendimiento intersubjetivo, desde la reflexión, para argumentar el desarrollo de la comprensión. Esta construcción racional de la competencia comunicativa, le permiten al autor, definir la validez y el potencial crítico del entendimiento intersubjetivo como medio para el logro de consensos.

Para profundizar en el análisis de la intersubjetividad en la comunicación, Habermas (2001), se basa, entonces, en esa racionalidad dialógica que se desarrolla a través del proceso de interacción social donde, el lenguaje como medio de comprensión posee un papel preponderante. Este análisis trae consigo la conjunción de presupuestos universales de la acción comunicativa orientada al entendimiento. Así, pues, la intención del hablante debe ser compartir un contenido verdadero para que el oyente comparta el saber del hablante; expresar sus intenciones de forma clara y concisa para que el oyente pueda creer en el hablante; la elección correcta de la manifestación para concordar o discordar y; luego, acordar con el oyente.

El discurso es, entonces, una práctica social. Afirman Calsamiglia y Tusón (1999) que se refiere a la construcción de piezas textuales orientadas a unos fines en interdependencia con el contexto (cognitivo, lingüístico, local y sociocultural). Los individuos cuentan con un repertorio comunicativo, el cual puede estar formado por una o varias lenguas, por diversas variedades lingüísticas y por otras herramientas comunicativas. La lengua les ofrece a sus usuarios una variada cantidad de

opciones tanto fónicas, como gráficas, léxicas y morfosintácticas de las cuales escoger al momento de interactuar discursivamente. Dicha elección no se da al azar; por el contrario, depende, consciente o inconscientemente, de parámetros contextuales como la situación, la intención, los destinatarios, entre otros. Estos parámetros cognitivos y socioculturales son dinámicos y; por tanto, pueden ser revisados, negociados y cambiados.

Esta comunicación social es compleja, ya que posee diversos modos de organización al momento de manifestarse y, de igual forma, posee diversos niveles que entran en juego en su construcción, desde las formas lingüísticas más pequeñas hasta los elementos contextuales extralingüísticos, culturales o históricos y; por último, de acuerdo a la modalidad en la que se presente: oral o escrita. También se considera heterogénea; puesto que no es una simple y mecánica transmisión de información entre dos polos; por el contrario, es un proceso interactivo complejo que incluye la constante interpretación de intenciones expresadas verbalmente o no, de forma velada o directa. La heterogeneidad lingüístico-discursiva está regulada, entonces, por una serie de normas o principios de carácter textual y sociocultural que van orientando a las personas en la elaboración de piezas coherentes y apropiadas para cada ocasión comunicativa.

Las personas, como miembros de grupos socioculturales, formamos parte de redes funcionales de relaciones de poder o de solidaridad, de resistencia y dominación que configuran las estructuras sociales, las cuales se encuentran siempre en tensión entre la igualdad y la desigualdad, la identidad y la diferencia. En este sentido, las identidades sociales se construyen, mantienen y cambian a través de los usos discursivos; puesto que, es en ellos donde se activan y materializan esas diferentes caras o máscaras que se eligen para cada ocasión.

La unidad básica del estudio discursivo es el enunciado, entendido como “producto concreto y tangible de un proceso de enunciación realizado por un Enunciador y destinado a un Enunciatario” (Calsamiglia y Tusón, 1999: 17), el cual puede tener o no la forma de una oración. De igual forma, es necesario tomar en cuenta el contexto en que se emite tal enunciado, el cual va a estar determinado por el enunciado anterior y por el contexto o escenario en que tenga lugar la interacción.

De todo lo anterior, se puede entender el discurso médico como un constructo complejo que emerge de interacciones socioculturales y académicas. Parsons (1976) sostiene que la práctica médica no solo implica el tratamiento de enfermedades individuales, sino que también conlleva una responsabilidad profesional en la configuración de políticas de salud y la dirección de sistemas de atención médica, influenciando así la salud pública y las normativas profesionales.

Habermas (2001), por su parte, enfatiza que el lenguaje y la significación son productos pragmáticos de la comunicación humana, arraigados en el mundo de vida compartido donde se negocian y establecen interpretaciones y convenciones sociales. Esta visión del lenguaje sugiere, entonces, que el discurso médico no es simplemente descriptivo, sino que también es un instrumento de poder y legitimación dentro de estructuras sociales y académicas más amplias.

Además, Calsamiglia y Tusón (1999) aportan la idea de que el discurso profesional, como el médico, se construye dentro de marcos discursivos específicos que incluyen normas profesionales, convenciones científicas y expectativas sociales, influyendo en cómo se comunica el conocimiento médico y se gestiona la relación médico-paciente. Este mismo enfoque, lo plantean Pinzón, Suárez y Garay (1993) cuando afirman que la cultura va a jugar un papel fundamental en la construcción del discurso médico y; por tanto, las diferentes concepciones sobre la

salud, la enfermedad, el cuerpo y el rol del médico, se verán reflejadas en la forma en que se comunican los profesionales de la salud con sus pacientes.

En conjunto, estas perspectivas destacan que el discurso médico es producto dinámico y contextualizado que refleja y reproduce estructuras socioculturales, contribuyendo así a la comprensión de cómo se construye y se legitima el conocimiento médico en la sociedad contemporánea.

El análisis del discurso médico en la relación médico-paciente revela la complejidad de las interacciones humanas dentro del contexto sanitario, donde el lenguaje no solo transmite información clínica, sino que también modela las dinámicas de cuidado y la experiencia del paciente y su entorno familiar. Este hecho discursivo se adapta estratégicamente para comunicar información compleja de manera comprensible y empática, destacando así la importancia de la teoría del cuidado humano en la práctica médica contemporánea. Esta teoría se centra en la relación transpersonal entre el cuidador, el paciente y su familia, con el objetivo de establecer una conexión profunda y significativa que va más allá de los procedimientos técnicos (Watson, 1979).

Ahora bien, en el ámbito académico, la formación médica no solo debe enseñar el lenguaje médico como un código técnico y especializado, sino que también debería enfatizar el desarrollo de habilidades comunicativas; ya que, no solo facilitan la transmisión efectiva de conocimientos clínicos (Calsamiglia y Tusón, 1999), y, de igual forma, promueven una atención más compasiva y sensible a las necesidades del paciente y su familia. Estas habilidades son fundamentales, según Kendall (1982) y Rosen (1958), para mejorar la calidad del cuidado médico, facilitando una comunicación empática y comprensiva entre el médico, el paciente y su familia.

Por su parte, los aportes de la teoría social de Schutz (1967) acerca de la intersubjetividad y la construcción del mundo social proporcionan un marco conceptual valioso para entender cómo se establecen las relaciones entre médicos y pacientes en el contexto médico. En este sentido; el autor sugiere que los individuos construyen significados compartidos a través de la interacción social, lo cual es fundamental para la comunicación efectiva y el establecimiento de relaciones de confianza en el entorno sanitario. Esta perspectiva destaca que la calidad de la atención no solo depende de la transmisión de información clínica precisa, sino también de la capacidad del profesional para entender y responder a las preocupaciones emocionales y existenciales del paciente.

Ahora bien; dentro de la institución sanitaria, el discurso médico se ve influenciado por estructuras organizativas y jerárquicas, pero debe adherirse también a principios éticos que enfatizan el respeto y la dignidad de la persona enferma. Según Bloom y Wilson (1985) y Freidson (1961), estas normativas no sólo guían la práctica clínica, sino que también sustentan relaciones de confianza y colaboración fundamentales en el proceso de atención. Además, reflejan y reproducen valores culturales y sociales más amplios, articulando dinámicas de poder y creencias dentro de la práctica médica y en la sociedad en general.

Entonces; el estudio del discurso del profesional de la medicina, desde una perspectiva sociológica y basada en la teoría del cuidado humano (Watson, 1979) destaca la necesidad no solo de incluir el factor fundamental: familia, al binomio médico-paciente; pues al involucrar activamente a los familiares en la toma de decisiones y en el cuidado del paciente, los médicos pueden fortalecer el apoyo social y emocional disponible, mejorando la experiencia de cuidado y promoviendo mejores resultados de salud (Greenberg & Goldman, 2008); si no también, formar

profesionales de la salud hábiles en la comunicación interpersonal y culturalmente sensibles. Estas habilidades no solo mejoran la confianza del paciente, sino que también fortalecen la calidad y efectividad de la atención médica en un entorno cada vez más diverso y complejo.

La comunicación médico-paciente-familia, es fundamental para lograr los objetivos de curación y mejora de la calidad de vida del paciente (Villarreal, 2015). Este proceso se ve profundamente influenciado por el lenguaje y el discurso que caracterizan la interacción entre los actores. El lenguaje no solo cumple una función instrumental para transmitir información médica, sino que también configura las relaciones sociales, culturales y emocionales que se establecen en el contexto clínico.

Austin (1982), en su Teoría de los Actos de Habla, la cual fue una de las primeras en el área de la pragmática de la filosofía del lenguaje; define un acto de habla como una acción que involucra el uso de la lengua natural y que se encuentra sujeto a determinados principios de pertinencia y, consta de tres niveles elementales, a saber: acto locutivo, que consiste en decir algo; acto ilocutivo, se realiza al decir algo y; acto perlocutivo, consecuencias que producen los actos ilocutivos.

En los actos de habla destacan cómo las interacciones verbales (performativas y constativas) entre médico y paciente no solo describen la realidad, sino que también la crean y transforman dentro del encuentro médico. Los enunciados performativos, como los saludos, las órdenes o las promesas, no solo informan, sino que también realizan acciones al ser pronunciados. Por otro lado, los enunciados constatativos se refieren a hechos y descripciones de la realidad médica.

Sin embargo, para Searle (1969) el acto de habla se refiere, directamente, al acto ilocutivo; puesto que es el acto enunciativo en sí mismo. Afirma que diversas oraciones con un mismo contenido proposicional pueden diferir dependiendo de la fuerza ilocucionaria; así pueden presentarse como afirmación, orden, pregunta o deseo. En otras palabras, debe existir un hablante y un oyente; porque la fuerza ilocutiva debe ejercerse sobre otra persona.

En este caso, la fuerza ilocutiva del receptor está determinada por el hablante y es completamente diferente de su efecto perlocutivo. Así, en el caso de órdenes como “cierra la puerta” o “cállate”, su fuerza ilocutiva es de directriz sobre otra persona, independientemente, de que su efecto perlocutivo sea obediencia, rabia, incompreensión o negativa. De esta forma; sostiene el autor que todo acto ilocutivo incluye un aspecto intersubjetivo que conecta dos centros de experiencia de una forma determinada; es decir, define la relación que se entabla entre un hablante y otro gracias a esa emisión.

De igual forma, se observa similitudes entre estos actos, a saber: la intención de guiar la conducta del otro se puede observar en las órdenes, mandatos, sugerencias, consejos, permisos; para representar la realidad objetiva se usan declaraciones, informes, argumentaciones, afirmaciones, peticiones. En este punto, cada intercambio verbal no solo transmite información, sino que también establece relaciones de poder y autoridad. Así; este marco teórico es esencial para comprender cómo las dinámicas comunicativas, mediadas por el lenguaje y el discurso, moldean tanto las prácticas médicas como las percepciones del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento.

Ahora bien; para abordar el análisis de la relación médico-paciente/familia es fundamental integrar la teoría de los actos de habla con las ideas de Michel Foucault

sobre el discurso y el poder. Según la teoría de los actos de habla (Austin, 1982; Searle, 1969), el lenguaje no solo transmite información, sino que también desempeña roles performativos que influyen en las acciones y percepciones de los participantes en la interacción comunicativa. Estos actos se clasifican según la intención del hablante y el efecto esperado en el receptor, abarcando desde afirmaciones y preguntas hasta órdenes y promesas, como se explicó anteriormente. Esta categorización es esencial para analizar cómo se establecen y mantienen las relaciones de poder y conocimiento en contextos específicos, como la relación médico-paciente/familiar.

Foucault (1970), por su parte, profundiza en cómo los discursos no son meros vehículos de comunicación neutrales, sino que están inextricablemente vinculados a relaciones de poder que regulan y controlan tanto la producción como la interpretación del conocimiento. En el contexto médico, no solo describe enfermedades y tratamientos, sino que también actúa como un mecanismo de normatividad y control social, definiendo lo que es normal o patológico y moldeando las identidades y subjetividades de los individuos implicados.

Cuando se aplica este marco teórico al análisis de la relación médico-paciente/familia, se pueden identificar varios elementos clave. Los actos de habla directivos, por ejemplo, se utilizan frecuentemente en la interacción médica para influir en las decisiones y comportamientos del paciente o familiar (Searle, 1969). Al prescribir tratamientos específicos o recomendar cursos de acción, el médico ejerce un acto de habla directivo con la intención de guiar la conducta del receptor hacia un resultado deseado. Por otro lado, los actos de habla asertivos son fundamentales para la construcción del conocimiento médico compartido, ya que informan sobre el

estado de salud del paciente y la eficacia de los tratamientos propuestos (Austin, 1982).

Desde la perspectiva foucaultiana, la relación médico-paciente-familia también se entiende como un espacio donde se negocian relaciones de poder. El médico, en virtud de su autoridad institucional y conocimientos especializados, ejerce un poder discursivo que puede influir en las percepciones y decisiones de los pacientes y familias. Los discursos médicos no solo informan sobre la salud y la enfermedad, sino que también contribuyen a la configuración de identidades y comportamientos dentro del marco normativo de la práctica médica y las instituciones de salud (Foucault, 1970).

Es crucial reconocer también cómo los discursos excluidos o silenciados en el ámbito médico pueden generar resistencia por parte de los pacientes y familias. Estos discursos podrían incluir perspectivas alternativas sobre la salud y el tratamiento, así como experiencias subjetivas que no se alinean con el paradigma médico predominante. Esta exclusión puede motivar a los pacientes y familias a buscar formas alternativas de conocimiento y cuidado, desafiando, de esta forma, las estructuras de poder establecidas en la relación médico-paciente-familiar.

En el contexto de la formación médica, las relaciones de dominación verticales juegan un papel crucial y se manifiestan a través del discurso de múltiples maneras, influenciando profundamente la dinámica de la relación médico-paciente/familiar. En palabras de Foucault (1976), el poder no es simplemente una estructura externa que controla desde arriba, sino que se construye y se ejerce a través de prácticas discursivas específicas que determinan qué se considera legítimo, válido y correcto dentro de un campo particular, en este caso, la medicina. En este sentido; las instituciones y los profesionales médicos poseen un

conocimiento especializado y una autoridad reconocida que se transmite de manera formal a los estudiantes. Este proceso de socialización profesional no solo implica la adquisición de conocimientos técnicos y científicos, sino también la internalización de normas, valores y patrones de comportamiento que reflejan y refuerzan las estructuras de poder existentes (Foucault, 1976).

El discurso médico también actúa como un mecanismo de normalización. De esta forma, el discurso médico define lo que se considera "normal" y "anormal" en términos de salud y enfermedad, estableciendo así, categorías de identidad y comportamiento que afectan tanto a los pacientes como a sus familias (Foucault, 2003). Esta dinámica de poder vertical se proyecta directamente en la relación médico-paciente-familia. El médico, como portador del saber experto y autoridad institucional, ejerce una influencia significativa sobre las percepciones y decisiones de los pacientes y familias. El discurso médico puede ser persuasivo y autoritario, orientando las opciones de tratamiento, las expectativas de recuperación y las formas en que se comprenden y gestionan las condiciones de salud (Foucault, 1976).

Lo anterior, puede observarse en diversas situaciones comunicativas como, por ejemplo, los términos técnicos y especializados utilizados por los médicos pueden no solo facilitar la comunicación interna entre profesionales, sino también excluir a los pacientes y familiares de procesos de toma de decisiones informadas, creando así asimetrías en la relación. Igualmente, la manera en que se presentan y se discuten los diagnósticos y opciones de tratamiento puede influir en la percepción del paciente sobre su propia salud y capacidad de participar activamente en su cuidado (Foucault, 1976).

Estas dinámicas de poder no son estáticas ni unidireccionales. Los pacientes y familias, a través de formas de resistencia como preguntas críticas, búsqueda de segundas opiniones o decisiones informadas, pueden desafiar y reconfigurar las relaciones de poder establecidas en el contexto médico. Esta resistencia puede impulsar cambios hacia prácticas más colaborativas y empoderadoras, donde las voces de los pacientes y familias sean escuchadas y consideradas en igualdad de condiciones con el conocimiento médico experto (Foucault, 2003).

En consecuencia; se puede afirmar que la relación médico-paciente/familia es una interacción fundamental en la atención médica, donde el médico y el paciente, junto con sus familiares o cuidadores, colaboran para el manejo de la salud. Este vínculo no se limita solo a la transmisión de información médica y aplicación de tratamientos, sino que abarca dimensiones emocionales, sociales y éticas que influyen directamente en el bienestar del paciente.

Desde una perspectiva práctica, esta relación se caracteriza por varios elementos esenciales. En primer lugar, la confianza mutua y una comunicación efectiva son pilares fundamentales; por tanto, es crucial que el paciente y su familia se sientan cómodos expresando sus inquietudes y expectativas, mientras que el médico debe asegurarse de ser claro y comprensible al explicar diagnósticos, tratamientos y pronósticos; de igual forma, el respeto por la autonomía del paciente y la empatía hacia sus necesidades emocionales y psicológicas son aspectos centrales que fortalecen esta relación colaborativa.

La relación médico-paciente-familia, vista a través de la teoría social de Schutz (1967), proporciona un marco comprensivo para entender cómo las interacciones y dinámicas se desarrollan en el contexto de la atención médica. Esta teoría se centra en la experiencia cotidiana y la vida práctica de los individuos,

destacando la importancia de los significados subjetivos y las interpretaciones compartidas en la construcción de la realidad social (Schutz, 1967). Desde esta perspectiva, las relaciones humanas, como la relación médico-paciente/familiar, no son simplemente transacciones técnicas, sino que implican significados intersubjetivos que se negocian y reinterpretan continuamente en interacciones concretas (Schutz, 1967).

En este sentido, la relación médico-paciente/familia se convierte en un microcosmos donde se entrelazan las preocupaciones prácticas, emocionales y éticas que son fundamentales para la comprensión mutua y el manejo efectivo de la salud y la enfermedad. De igual forma; la confianza y la comunicación efectiva entre el médico y el paciente/familia son cruciales, ya que facilitan la co-construcción de significados y la negociación de objetivos compartidos en el cuidado de la salud. Emerge no solo de la competencia técnica del médico, sino también de su capacidad para comprender y responder a las necesidades y perspectivas únicas del paciente y su familia dentro de su contexto de vida cotidiana (Schutz, 1967).

Además, la colaboración activa en la toma de decisiones de salud se alinea con la teoría del mundo de la vida de Husserl (1962) pues las acciones se basan en entendimientos compartidos y en la búsqueda de metas comunes que son cultural y socialmente significativas. Esto implica que el médico no solo actúa como un experto técnico, sino como un participante comprometido en la vida del paciente y su familia, reconociendo sus experiencias y valores como componentes esenciales del proceso de atención.

En otras palabras, es ver al ser más allá de la enfermedad al reconocer y valorar su bagaje cultural. Esta relación ha de convertirse en un espacio donde las narrativas personales y las interpretaciones subjetivas se entrelazan con el

conocimiento médico formal. Esta intersección dinámica permite no solo una atención médica más holística y centrada en el paciente, sino también una relación más empática y colaborativa que respeta y valora la agencia de cada individuo y su familia en la gestión de la salud y la enfermedad.

Es crucial reconocer, entonces, que esta relación no es estática ni unilateral. Los pacientes y sus familias no son simplemente receptores pasivos de información y tratamiento, sino que también son agentes activos que pueden desafiar, resistir y negociar las estructuras de poder establecidas a través de formas de expresión, cuestionamiento y toma de decisiones informadas (Foucault, 1975). Esta capacidad de resistencia y agencia por parte de los pacientes y familias es fundamental para fomentar una relación médico-paciente-familiar más colaborativa, empática y centrada en las necesidades individuales y contextuales.

Por lo tanto, la comprensión y gestión de las dinámicas de poder y conocimiento en la relación médico-paciente-familiar son cruciales para promover una atención médica más centrada en el paciente, inclusiva y respetuosa de la autonomía individual y el contexto familiar; es decir, en donde se destaque la importancia de los valores compartidos, las experiencias personales y la negociación continua de la realidad social. Esta perspectiva integrada no solo mejora la calidad de la atención médica, sino que también fortalece la confianza y colaboración entre todas las partes involucradas en el proceso de cuidado de la salud y promueve una relación más satisfactoria y efectiva entre el médico, el paciente y su entorno familiar.

Por otra parte, la teoría de la acción comunicativa de Habermas (2001) ofrece un marco para explorar cómo se construyen y negocian significados en las interacciones médico-paciente. Es crucial, entonces, explorar cómo el discurso

médico no solo influye en la percepción de la enfermedad y las decisiones clínicas, sino también en la construcción de la identidad del paciente como sujeto enfermo. La manera en que los médicos comunican diagnósticos y tratamientos puede influir en cómo los pacientes se perciben a sí mismos, afectando su identidad y autoestima. Esta construcción identitaria puede tener implicaciones profundas en la forma en que los pacientes manejan su enfermedad y participan en su cuidado (Charon, 2008).

La creciente demanda de una práctica médica más centrada en el paciente (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1993), exige, a la Universidad venezolana la formación de profesionales capaces de integrar competencias comunicativas y humanísticas, que permitan transformar esa relación tradicional, reconociendo al paciente como un ser integral con emociones, valores y contextos socioculturales específicos. De este modo, resulta esencial incluir el desarrollo de habilidades comunicativas en la formación académica de los médicos para mejorar la calidad de la atención sanitaria y fomentar una interacción más empática y efectiva con los pacientes.

Además, es importante considerar el papel de las emociones en la comunicación médico-paciente/familia. Pueden influir significativamente en la interacción comunicativa del paciente y su entorno. Las respuestas emocionales pueden afectar la forma en que se recibe y se interpreta la información médica, así como la capacidad del paciente para seguir recomendaciones de tratamiento (Birks et al, 2007). Por lo tanto, entender y manejar estas emociones es crucial para una comunicación efectiva.

Otros factores como las características individuales del paciente, el contexto cultural y social, y el sistema de salud en general también influyen en la

comunicación médico-paciente/familiar. Ejemplo de ello se observa en la investigación de Schouten y Meeuwesen (2006) que destaca cómo las diferencias culturales pueden afectar las expectativas y la calidad de la comunicación en contextos médicos. Estos factores deben ser considerados para proporcionar una visión integral de las dinámicas comunicativas en la práctica médica.

En este orden de ideas; me propongo estudiar, entonces, el discurso médico como una construcción académica en la que participan, no solo el médico y el paciente o la familia, sino, también, estructuras socioculturalmente avaladas y arraigadas en cada uno de los participantes y que hacen su aparición a través del discurso, que pueden llevar a una ruptura del canal comunicativo o a una inadecuada interpretación del enunciado.

El discurso son formas lingüísticas que se ponen en funcionamiento para construir formas de comunicación y de representación del mundo sanitario, al generar prácticas discursivas que, a la vez, lo hacen posible, nos adentramos en el entramado de relaciones sociales, de identidades y de conflictos con una historia y características socioculturales determinadas. Se inicia con el comienzo de la humanidad y se va desarrollando a través del tiempo, dejando huellas de dialogicidad en sus manifestaciones discursivas.

Atendiendo estas consideraciones, cabría preguntarse:

- ✓ ¿Cuál ha sido el papel histórico del conocimiento y la práctica médica en la configuración del discurso médico?
- ✓ ¿Cómo se utilizan las herramientas discursivas en el ámbito del discurso médico y el mundo de la vida de los participantes?
- ✓ ¿Cuáles procesos curriculares facilitan la interacción discursiva en el mundo de la vida de los participantes?

Líneas Maestras

Línea maestra estratégica

Generar un conocimiento teórico que permita comprender el discurso médico, como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los participantes.

Líneas maestras tácticas

- ✓ Identificar el papel histórico del conocimiento y la práctica médica en la configuración del discurso médico.
- ✓ Describir el uso de las herramientas discursivas para formar y legitimar nuevas realidades sociales en el ámbito del discurso médico y el mundo de la vida de los participantes.
- ✓ Descifrar la interacción social del discurso médico como construcción académica y el mundo de la vida de los participantes.

Justificación

La presente investigación aborda un problema social dentro de la práctica médica: el discurso médico, como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los médicos, pacientes y familiares. Esta praxis médica, sustentada por teorías clásicas como la de Parsons (1976), ha sido ampliamente criticada por no considerar adecuadamente los aspectos comunicativos y emocionales que son esenciales en la relación médico-paciente/familia contemporánea.

Como se puede inferir; una comunicación deficiente entre médicos, pacientes y familiares, puede tener consecuencias poco satisfactorias. En este orden de ideas, algunos estudios han demostrado que una comunicación deficiente

puede llevar a diagnósticos incorrectos, a una baja adherencia al tratamiento y a la disminución en la satisfacción del paciente (Beckman & Frankel, 1984). De allí, entonces, se observa la relevancia de este tipo de estudios; ya que una buena interacción comunicativa en la práctica médica, es necesaria para evitar consecuencias adversas y enriquecer los resultados en salud.

En palabras de Bernal (2010) la justificación de una investigación debe referirse a las razones del porqué y el para qué de la misma. Consiste, entonces en exponer las razones por las cuales es importante llevar a cabo dicho estudio.

En el contexto teórico, surge la necesidad de examinar cómo el discurso médico, al constituirse como una construcción discursiva, influye las percepciones y experiencias de los pacientes. A partir de los estudios de Austin (1982) y Searle (1969) sobre los actos de habla, se puede concebir cómo el lenguaje en estas interacciones discursivas no solo describe la realidad médica, sino que también participa en su configuración. Además, los planteamientos de Foucault (1970) acerca del discurso y el poder permiten comprender cómo las prácticas discursivas en medicina no solo transmiten conocimientos, sino que también ejercen control y normatividad sobre las experiencias de salud de los pacientes y su familia.

El enfoque metodológico utilizado cualitativo basado en la matriz epistémica fenomenológica, bajo el paradigma científico interpretativo con un método fenomenológico – hermenéutico para su análisis. Esto permitió examinar de manera detallada las estrategias comunicativas empleadas por los profesionales de la salud y su impacto en la vivencia de la enfermedad por parte de pacientes y familiares. Es importante destacar que la prioridad de la investigación cualitativa, en palabras de Bonilla y Domínguez (citado por Bernal, 2010) es cualificar y describir, a partir de

sus rasgos determinantes, el fenómeno social en cuestión, de acuerdo a cómo sean percibidos por los elementos que están dentro de la situación estudiada.

Por último, desde la perspectiva de la relevancia social, la cual se relaciona con los aportes sociales que genera una investigación para un grupo humano en específico, para una comunidad o para la sociedad, los hallazgos de esta investigación tienen importantes aplicaciones prácticas; pues, los resultados influirían directamente en la transformación del vínculo, históricamente, conocido como relación médico – paciente, al incluir a un tercer participante de gran relevancia en esta ecuación: el familiar y, al hacerlo tendría una gran influencia en el diseño de programas de formación, especialmente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, promoviendo una atención más centrada en el binomio paciente - familia y adaptada a sus necesidades específicas.

Más allá del ámbito académico, esta investigación es relevante para el público en general, ya que contribuye a facilitar la comunicación entre médicos, pacientes y familiares, promoviendo una atención sanitaria más humanizada y centrada en éste. La integración de habilidades comunicativas en la formación de los futuros profesionales de la salud es fundamental para alcanzar estos objetivos y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Así, el estudio contribuye a una práctica médica más empática y efectiva, adaptada a las necesidades y contextos específicos de los pacientes.

MOMENTO II

MARCO EPISTÉMICO

En el presente apartado, haremos, en primer lugar, una revisión de Tesis doctorales relacionadas con ésta. de esta forma; en esta primera sección abordaré las investigaciones que se han venido desarrollando en el área del discurso médico en la comunicación médico paciente. Los mismos están organizados tomando en cuenta el lugar geográfico donde se llevó a cabo la investigación, considerando primero los internacionales, luego los latinoamericanos y, por último, los nacionales. De igual forma, cada grupo se enumeró de manera cronológica, desde los más recientes hasta los más antiguos.

Luego, encontraremos un recorrido teórico por la teoría de sistemas y subsistemas sociales, las construcciones discursivas, la teoría de la acción comunicativa, las concepciones del mundo de la vida, el discurso médico y la relación médico-paciente. Y, finalmente, se abordarán los aspectos legales relacionados con esta investigación

Antecedentes

Primeramente; revisaremos una tesis doctoral elaborada por Temprano Peñín (2015) referida a la *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*. Se realizó en la provincia de Zamora, España y su objetivo es conocer las necesidades de comunicación y la resiliencia de los

pacientes oncológicos, crónicos y agudos en la relación terapéutica médico-paciente con la finalidad de obtener unos datos que ayuden a mejorar esta comunicación y la capacidad de resiliencia en la enfermedad en nuestro medio. Afirma que la comunicación y la resiliencia forman parte de la relación terapéutica médico-paciente y que la capacidad del médico de comunicar con efectividad es un componente vital de resiliencia que va ligado a la empatía; ya que, ella engloba una apreciación de cómo se perciben los mensajes verbales y no verbales y la capacidad de la escucha activa. Por tanto; la comunicación es parte esencial de relacionarnos; pues se extiende desde el interior del individuo hasta sus relaciones con los demás.

Fue un estudio descriptivo de tipo clínico y transversal. La muestra estuvo constituida por 300 pacientes; a saber, 100 con cáncer, 100 con enfermedad aguda y 100 enfermos crónicos del Complejo Asistencias de Zamora. Como instrumento de investigación, se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (versión española de Heilemann, Lee y Kury, 2003), compuesto por 25 ítems y el Cuestionario de Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010), compuesto por 15 ítems diferenciando la frecuencia y la importancia de las situaciones comunicativas.

En los resultados se aprecia que es significativa al 0,05, la diferencia en las necesidades de comunicación entre los diferentes tipos de enfermedad, así como desde cuándo presentan el diagnóstico. En este sentido; las mujeres dan más importancia que los hombres a la comunicación con el médico. El nivel de estudios, el estado civil del sujeto, el medio urbano o rural de procedencia no va a ayudar de forma estadísticamente significativa para afrontar la enfermedad ni en el tema de la comunicación. De igual forma; la comunicación, tanto en frecuencia como en

importancia, y la resiliencia son variables relacionadas significativamente. De lo anterior se desprende que es importante la información y de la comunicación en la relación terapéutica médico-paciente en los tres grupos de enfermedad aguda, crónica y oncológica. La comunicación del paciente con el médico es una de las herramientas psicológicas más importantes para afrontar la enfermedad y atender al paciente en sus necesidades físicas, emocionales y psicosociales.

Podemos observar, entonces, la importancia de que el médico maneje las competencias necesarias para poder establecer un puente comunicativo efectivo con el enfermo, ya que de ello depende la comprensión de la enfermedad, del tratamiento y de atender las necesidades físicas, emocionales y psicosociales del paciente.

Pérez Domínguez (2015) elaboró una tesis doctoral en la que estudia: *La relación médico-paciente en atención primaria: comunicación no verbal en la atención a pacientes inmigrantes en una población del Vallés Occidental*. Esta investigación se llevó a cabo en Barcelona, España y buscaba analizar, principalmente, si existen diferencias en la asistencia médica a pacientes inmigrantes y nativos medidas a partir de aspectos de comunicación no verbal. De forma secundaria, analizar diferencias en la atención sanitaria según datos medibles como la frecuentación, duración de las visitas, pruebas y derivaciones solicitadas, características demográficas y de la visita sanitaria, así como barreras de comunicación y estilos de conducta utilizados por pacientes y facultativos; y contrastar estos resultados con las opiniones de estos últimos.

Explica la autora, que la diversidad idiomática y cultural de pacientes migrantes destaca como elemento sobreañadido en la relación médico-paciente, lo que puede traducir diferencias al ofrecerles una calidad asistencial adecuada.

Dentro del ámbito comunicativo, existen aspectos subyacentes de carácter no verbal que traducen información sustancial de esta relación y paralelamente de la calidad de la asistencia sanitaria. El estudio se desarrolló en un centro de Atención Primaria de Terrassa (España), donde un observador único asistió a las visitas realizadas por facultativos a pacientes inmigrantes y nativos seleccionados al azar. Se recogieron datos acerca de la comunicación no verbal, aspectos demográficos y de salud de los pacientes, motivos de consulta, pruebas complementarias y derivaciones solicitadas, prescripción terapéutica, barrera de comunicación, estilos de conducta utilizados por pacientes y facultativos y tiempo total dedicado a cada uno. Posteriormente; se realizó una sesión de grupos focales con los facultativos del centro para contrastar resultados. La muestra estuvo conformada por 123 pacientes inmigrantes y 119 nativos.

Luego de realizado el análisis, se observó que el colectivo inmigrante resultó ser más joven; no hubo diferencias en el número o motivos de consulta; sin embargo, entre los nativos eran más frecuentes ciertas patologías crónicas (degenerativa ósea, hipertensión arterial, dislipemia, depresión/ansiedad y enfermedad respiratoria crónica). Tampoco se observó diferencias en el tiempo dedicado a las visitas. Se registró una mayor solicitud de pruebas complementarias por visita en inmigrantes, no así en el recuento anual, ni en el número de derivaciones; y los pacientes nativos mostraron mayor frecuentación anual ($p=0,003$), atribuible a la presencia de más patologías crónicas ($p= 0,003$). En el ámbito comunicativo; se detectó mayor barrera en los pacientes inmigrantes, mayoritariamente sociocultural e idiomática ($p 0,0001$); y se registró un mayor porcentaje de fallos de comunicación no verbal en pacientes nativos.

Ahora bien; al analizar cada categoría, sólo encontraron diferencia en la de "mirar a los ojos", fallo más frecuente entre los nativos ($p = 0,016$). Por otra parte; los profesionales de la salud se mostraron negociadores y los pacientes de modo neutral para con ellos. Los grupos focales revelaron que a los facultativos les genera ansiedad, impaciencia y mayor esfuerzo la atención a inmigrantes. Todo lo anterior, lleva a afirmar que los pacientes inmigrantes son más jóvenes, tienen menor comorbilidad, consultan por motivos semejantes a los nativos; pero con menor frecuentación anual; se les dedica el mismo tiempo en cada visita, pero se les piden más pruebas complementarias y presentan una mayor barrera de comunicación idiomática y sociocultural. Sin embargo; se detecta un mayor número de fallos en la comunicación no verbal en el colectivo nativo. La atención de pacientes inmigrantes genera dificultades para los facultativos, pero se muestran negociadores y colaboradores en la calidad de la asistencia que ofrecen a todos los pacientes.

Podemos rescatar, de la investigación presentada, que es necesario, no solo tener habilidades comunicativas orales, si no saber reconocer y manejar las emociones tanto propias como ajenas, para que el discurso pueda ser significativo y, por tanto, influya en la mejora de la condición del enfermo.

Continuando con los estudios de origen latinoamericano, específicamente en la Región Caribe de Colombia, la tesis doctoral de Erazo (2018), titulada: *La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: Un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente*, aportó, en palabras de su autora, una nueva mirada sobre el tema, elaborando un modelo sobre las variables que inciden en la intención de adherencia al tratamiento, y los efectos directos e indirectos que se suscitan en ella. En este

sentido; sostiene que una de las claves del éxito del tratamiento médico es la relación médico-paciente y, la misma, se ha estudiado en mayor proporción en contextos europeos y norteamericanos y, por tanto, con condiciones socioeconómicas, educativas y culturales particulares. Su contribución metodológica, al subcampo de la comunicación en salud, se observa en la creación de instrumentos narrativos que sirven para recrear una consulta médica y la validación estadística de la Escala informativa de cumplimiento de la medicación (MARS), la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) y la Escala de Comunicación en Educación Física (ECEF) para su utilización en el logro de los objetivos propuestos. Se realizó un diseño transversal de tipo explicativo, con una muestra de 805 sujetos de una población de estudiantes universitarios, distribuidos de la siguiente forma: 80 correspondieron a la validación de la manipulación de las variables independientes en las narraciones, 305, a la prueba piloto y 420 a la situación experimental.

El modelo emergente reveló la relación directamente proporcional entre la calidez del médico y el intercambio de información acerca de la intención de adherencia al tratamiento. La investigación también contribuyó teóricamente, al evidenciar el papel mediador de la empatía como predictora del comportamiento de adherencia al tratamiento y la concentración del mayor peso del componente cognitivo asociado a dichos resultados. Otro aporte teórico importante es el reconocimiento de la comunicación verbal como condicionante moderado en la intención de adherencia al tratamiento a partir de las creencias en salud del paciente. En consecuencia; los predictores significativos del modelo llevan a confirmar que la relación médico-paciente es un ejemplo claro de heterogeneidad, en la que confluyen una multitud de médicos y pacientes, de forma indistinta, con

diversas características, lo que trae consigo que cada interacción sea única, mostrándose más compleja y multicausal de lo que, hasta ahora, se ha considerado.

La importancia de esta investigación radica en la visibilización de la necesidad de que los médicos sean formados más desde lo humano y que dicha formación se dé desde la complejidad del ser y favoreciendo el desarrollo de herramientas de acercamiento social (discursivas, de activismo social, entre otras) y de valores humanos, éticos y morales que consoliden un largo compromiso social.

En el contexto venezolano, la tesis doctoral presentada por Granado (2019) titulada: *Interacción en la intersubjetividad: aproximación teórica desde la praxis discursiva del médico docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo*, realizado en la ciudad de Valencia, Venezuela, tuvo como propósito generar una aproximación teórica que permitiera comprender la interacción en la intersubjetividad del médico docente de FCS-UC, desde su praxis discursiva. En este sentido; la investigadora afirma que la praxis discursiva del profesor universitario denota no solo el nivel académico que posee como parte de un colectivo, sino que constituye un elemento clave a ser explorado desde la interacción y la intersubjetividad de dos subjetividades, la del médico y la del docente, en un mismo sujeto: el médico docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Carabobo (FCS-UC).

Para tales efectos, su marco de referencia estuvo conformado por la teoría social de Alfred Schütz y la teoría comunicativa de Jürgen Habermas. De igual forma; consideró la Teoría Andragógica de Marcos Knowles y el análisis del discurso de Teun Van Dijk. La metodología empleada fue corte cualitativo y el método, la Teoría Fundamentada (Corbin y Strauss, 2002), pues buscaba develar los significados de las actuaciones lingüísticas del docente universitario, de

profesión médico, en torno a su ejercicio docente. Para tal fin; 05 informantes médicos de diferentes especialidades: 03 mujeres y 02 hombres, en edades comprendidas entre los 25 y 65 años, se convirtieron en las voces y haceres de los sujetos de investigación en sus roles de médico-docentes, quienes permitieron a través del análisis, una aproximación teórica sobre la interacción y la intersubjetividad desde su praxis discursiva.

En este sentido; las unidades de análisis se conformaron por los memos contruidos para analizar cada una de las categorías centrales reveladas: Vocación Vs Profesión, Formación Profesional, Ética, Valores, Interacción e Intersubjetividad. Los hallazgos, desde la praxis discursiva, permitieron interpretar al médico docente de la FCS UC como una subjetividad interactuando en dos subjetividades que le caracterizan y le identifican (médico y docente) en un solo SER; es decir; las subjetividades del médico docente se constituyen en una entidad viva, un binomio indestructible, autónomo y vinculado en un solo sujeto: un médico docente para quien se desdibujan los límites de cada uno de sus roles. Entonces; estas subjetividades son indivisibles y se proyectan a los estudiantes por medio del discurso, desde la interacción simbiótica, dialógica y semiótica, integradas en un solo SER. Por tanto; estas subjetividades se engranan y complementan entre sí por medio de la acción social y se manifiestan en el quehacer educativo.

La importancia de esta investigación radica en el encuentro de esos roles sociales del médico y lo que se conoce como la vocación; es decir, las voces médica y educadora. En la conjugación de ellas reside el ser (médico docente) que se proyecta a las generaciones de relevo a través del discurso.

Ahora bien; pasemos a profundizar acerca de las bases teóricas de esta investigación.

Los sistemas y subsistemas sociales

La teoría de sistemas y subsistemas sociales creada por Parsons (1976) se basa en tres esquemas conceptuales que funcionan como marcos de referencia: el organismo humano en cuanto a conducta y personalidad del individuo, los sistemas culturales que caracterizan a una sociedad y, finalmente, el medio o entorno, constituido por personas y siempre abiertos a intercambios. Los sistemas se componen de muchos subsistemas; así, el Estado está compuesto por los subsistemas económico, industrial, político, de salud, educativo, entre otros. Estos subsistemas poseen variaciones de interdependencia y equilibrio. Por tanto, el sistema es un grupo de elementos que poseen, en diversos grados, dependencia funcional (Parsons, 1976).

Para comprender la complejidad del sistema social, Parsons sugiere considerar tanto su estructura como sus procesos. Debido a la posición central del lenguaje dentro de la sociedad, se debe considerar éste como el esquema principal para el análisis de los procesos de los sistemas sociales. La sociedad, como sistema primario o fundamental, es altamente compleja. Para su estudio, se hace necesario clasificarla funcionalmente en cuatro categorías primordiales: sistema de mantenimiento, integración del sistema, consecución de fines u objetivos y adaptación. Este orden implica una serie de relaciones de control del sistema social dado (Parsons, 1976).

Dentro de esta teoría, el autor también considera los componentes estructurales de los sistemas sociales, organizándolos en cuatro categoremás: todo sistema social posee un sistema de valores, un sistema de normas, colectividades (como las clases sociales) y actores que desempeñan roles específicos. Esta

clasificación incluye los recursos de una sociedad y los sistemas que la rodean, así como los intercambios entre subsistemas (Parsons, 1976).

En este sentido; el paradigma AGIL que desarrolla Parsons es fundamental para comprender la teoría de sistemas y subsistemas sociales. Este modelo enfatiza cuatro funciones principales en cualquier sistema social: Adaptación (A), Logro de metas (G), Integración (I) y Latencia (L). Estas funciones se distribuyen entre diferentes subsistemas, cada uno con un papel específico en la estabilidad y funcionalidad del sistema social en general (Parsons, 1976). A manera de ejemplo, en el subsistema de adaptación, las instituciones económicas deben responder a cambios en el entorno económico global, ajustando sus políticas y estrategias para mantener la estabilidad. Un estudio de Beckman y Frankel (1984) muestra cómo la adaptación en la práctica médica requiere ajustar las estrategias comunicativas para mejorar la recolección de datos durante las consultas. En el subsistema de logro de metas, las políticas gubernamentales buscan alcanzar objetivos específicos como el desarrollo sostenible o la justicia social, estableciendo metas claras y movilizando recursos para su consecución. La integración, por su parte, se refiere a la cohesión y el mantenimiento del orden social, como se observa en las instituciones jurídicas y normativas que regulan el comportamiento social. La latencia, finalmente, se relaciona con la preservación de patrones culturales y valores compartidos, un papel que desempeñan las instituciones educativas y religiosas (Charon, 2006).

Es importante señalar que la teoría de sistemas y subsistemas sociales de Parsons ha recibido críticas por su enfoque funcionalista y su énfasis en el orden y la estabilidad social. Críticos como C. Wright Mills y Jürgen Habermas argumentan que esta perspectiva tiende a ignorar las dinámicas de poder y conflicto inherentes a

las relaciones sociales y puede subestimar la capacidad de cambio y resistencia de los actores sociales (Habermas, 2001).

Al explorar el impacto del discurso médico en la relación de poder entre médicos y pacientes revela cómo el lenguaje y las prácticas comunicativas influyen no solo en la percepción de la enfermedad y las decisiones clínicas, sino también en la autonomía y participación del paciente en su cuidado (Foucault, 1972). La teoría de sistemas y subsistemas sociales ofrece un marco para entender estas dinámicas, destacando la importancia de las normas y valores culturales en la configuración de las relaciones sociales (Schouten & Meeuwesen, 2006).

Finalmente, la teoría de sistemas y subsistemas sociales proporciona una base conceptual para analizar la acción humana en contextos complejos, considerando tanto los factores estructurales como los procesos interactivos que conforman la vida social.

Las construcciones discursivas, la teoría de la acción comunicativa y el mundo de la vida

Hablar del discurso como práctica social implica una relación dialéctica o bidireccional entre el evento discursivo particular y la situación, institución y estructura social que lo configura. De esta forma, el discurso es socialmente constitutivo y, de igual forma, está socialmente constituido. Así, el discurso constituye situaciones, identidades sociales, objetos de conocimiento y relaciones entre personas y grupos de personas. Y, es constitutivo en dos sentidos, ya que ayuda a mantener y reproducir el *status quo* social, pero también contribuye a su transformación. El material lingüístico se pone, entonces, al servicio de la construcción de la vida social, variada y complejamente, en combinación con otros

factores como los gestos (discurso oral), los elementos cognitivos, lingüísticos y sociales, quienes se articulan en la formación del discurso.

La concepción pragmatista del lenguaje parte del mundo de vida de los hablantes, en otras palabras, compromete las relaciones de significación entre hablantes desde varias perspectivas de la interpretación del discurso. Se supera, entonces, la concepción del lenguaje como un medio para captar la realidad, atada siempre al paradigma de la filosofía de la conciencia. El modelo de la significación está asociado directamente a los contenidos semánticos (convenciones sociales entre el signo y la reducción a un solo sentido de los significantes). Habermas (2001) logra insertar, en las ciencias sociales, la comprensión de la realidad en términos comunicativos; es decir, considera que los hechos y los procesos sociales pueden ser investigados desde la lingüística; porque los sistemas de significación y representación se elaboran culturalmente en sociedades cada vez más discursivas.

A través de la filosofía del lenguaje, la hermenéutica, la antropología de la cultura, la teoría de sistemas, el marxismo, la teoría crítica, entre otras; Habermas desarrolla sus ideas, partiendo de una crítica a todos los postulados y autores que lo antecedieron y contemporáneos (Solares, 1997). Su objetivo es fundar una Teoría de la Comunicación Universal basada en tres intenciones básicas: esbozar una Teoría de la Acción Comunicativa en contraposición a la racionalidad instrumental o de acuerdo a fines; construir un concepto de sociedad de dos niveles: sistema y mundo de la vida versus la noción de Marx del capitalismo (lucha entre capital y trabajo) y fundar una Teoría de la Modernidad como proyecto inacabado opuesta a la noción de la teoría crítica europea como el ocaso de Occidente (Nietzsche, Spengler, Kierkegaard).

Partiendo de la Teoría de la Acción Comunicativa, también llamada Racionalidad Sustantiva, se habla de una racionalidad comunicativa, la cual se encuentra vinculada con la constitución de la intersubjetividad. Es una acción social básica clasificada en: una acción comunicativa orientada al entendimiento, en la que el actor de la interacción participa de un proceso de entendimiento sobre planes de acción, tanto común como compartido. En este sentido, la racionalidad comunicativa se da en la medida en que un actor, en una secuencia de interacciones, hace una "oferta de acto de lenguaje" y, a partir de ella, la cuestión en conflicto se decide, a través del mejor argumento y fundamentación. Y una acción racional orientada al éxito que busca manipular o influenciar a las personas o cosas de forma estratégica. En este caso, alude a personas capaces de cumplir reglas de acción racional. Una elección racional se encuentra en referencia a una lógica económica o burocrática y/o jurídica que establece los medios más adecuados de acción.

La racionalidad sustantiva busca el entendimiento visto como un acuerdo sobre el que se prueba la justeza de una afirmación basado en tres dimensiones: cognitiva, en la que la rectitud de una propuesta puede ser sometida a prueba objetiva; moral, aquella en la que la pretensión de validez se realiza de acuerdo a normas establecidas y psicológica, en la que la adecuación de una expresión es juzgada en relación con la circunstancia interna de la persona. Las cuestiones relativas a la manipulación, el dominio o el engaño en los procesos de entendimiento reales se presentan en esta teoría como "estructuras de comunicación distorsionadas".

Austin (1962) presenta su Teoría de los Actos de Habla, la cual fue una de las primeras en el área de la pragmática de la filosofía del lenguaje. Define un acto de habla como una acción que involucra el uso de la lengua natural y está sujeto a

ciertos principios de pertinencia y consta de tres niveles elementales, a saber: acto locutivo consiste en decir algo; acto ilocutivo, se realiza al decir algo y acto perlocutivo, consecuencias que producen los actos ilocutivos. Sin embargo, para Searle (1969) el acto de habla se refiere directamente al acto ilocutivo, puesto que es el acto enunciativo en sí mismo. Afirma que diversas oraciones con un mismo contenido proposicional pueden diferir dependiendo de la fuerza ilocutiva; así pueden presentarse como afirmación, orden, pregunta o deseo. En otras palabras, debe existir un hablante y un oyente, porque la fuerza ilocutiva debe ejercerse sobre otra persona. Si no existe un receptor intencional, tampoco existe el acto ilocutivo (Stiles, 1993). En este caso, la fuerza ilocutiva del receptor está determinada por el hablante y es completamente diferente de su efecto perlocutivo. Así, en el caso de órdenes como “cierra la puerta” o “cállate”, su fuerza ilocutiva es de directriz sobre otra persona, independientemente de que su efecto perlocutivo sea obediencia, rabia, incompreensión o negativa.

Afirma este autor que todo acto ilocutivo incluye un aspecto intersubjetivo que conecta dos centros de experiencia de una forma determinada; es decir, define la relación que se entabla entre un hablante y otro, gracias a esa emisión. De igual forma, se observan similitudes entre estos actos, a saber: la intención de guiar la conducta del otro se puede observar en las órdenes, mandatos, sugerencias, consejos, permisos; para representar la realidad objetiva se usan declaraciones, informes, argumentaciones, afirmaciones, peticiones. Sin embargo, dentro de cada grupo, las etiquetas pueden llegar a solaparse (una emisión puede describirse como declaración o afirmación), mientras que las distinciones entre los grupos parecen mucho más delimitadas. Esto sugiere que existen principios subyacentes que permiten mantener separados a los grupos.

En este sentido; existen tres principios clasificatorios, de acuerdo a Stiles (1993), que emplean una dicotomía natural (hablante vs. otro). Así, una emisión puede tener como fuente de experiencia, de referencia y como foco, al hablante o al otro. Existen, entonces, ocho combinaciones posibles de valores del hablante y del otro, basadas en los tres principios (fuente de experiencia, de referencia y foco), los cuales definen grupos de actos ilocutivos intersubjetivos mutuamente excluyentes. Las ocho categorías que este autor denomina Modalidades de Respuesta Verbal (MRV) son: relevancia (Rv), recomendación (Rm), aleccionamiento (A), confirmación (C), interrogación (Ig), interpretación (Ip), reconocimiento (Rc) y reflexión (Rf).

Tabla 1

Taxonomía de Actos Ilocutivos Intersubjetivos

Principios de Clasificación			Categorías del Acto
Fuentes de Experiencia	Marco de Referencia	Foco	Modalidades de Respuesta Verbal (MRV)
Habla nte	Habla nte	Habla nte	Revelación
	Habla nte	Otro	Recomendación
	Otro	Habla nte	Aleccionamiento
	Otro	Otro	Confirmación
Otro	Habla nte	Habla nte	Interrogación
	Habla nte	Otro	Interpretación
	Otro	Habla nte	Reconocimiento
	Otro	Otro	Reflexión

Nota Stiles, 1993

Los principios de esta taxonomía se basan en la concepción psicológica de los procesos cognitivos humanos, en la cual considera a los individuos como centros de experiencia y a la experiencia como un río que fluye por cada uno de los centros. El acto comunicativo se construye en un punto de contacto entre dos corrientes. La

emisión es la realización gramatical del acto comunicativo y es la unidad de medida de la taxonomía. Por tanto, la emisión incluye cualquier oración independiente, oraciones dependientes no restrictivas, los términos de atención, reconocimiento o saludo y los elementos de un predicado compuesto. La enumeración busca evitar los casos en los que el sentido de una emisión exige dos clasificaciones diferentes.

La intención metodológica de la teoría de la acción comunicativa radica en el desarrollo de un concepto de sociedad en dos niveles, sistema y mundo de vida, más allá de la lucha entre burguesía y proletariado como viejas categorías del materialismo histórico. El mundo de la vida es el suelo del saber explícito, es la noción del contexto en sentido pragmático, es el trasfondo en el que y desde el que el agente no puede verse a sí mismo sino como iniciador de secuencias de acción. La interacción de los agentes es el medio de reproducción del mundo sociocultural. Es el lugar de interacción de los implicados. De todos estos rasgos, tomemos la noción de mundo de vida como medio donde se desarrolla la acción comunicativa.

Afirma Husserl (1962) que el mundo de la vida es aquel que se refiere a la experiencia sensible, es el que viene dado, de antemano, como irrefutable evidencia aunado a toda la vida mental que se alimenta de ella. En el mundo de la vida, la experiencia no se resume a la sensible; ya que, toda experiencia está cargada de múltiples significaciones (valorativas, estéticas afectivas, entre otras). Por tanto, el mundo de la vida es toda la riqueza de significaciones que subyacen en el contenido, efectivamente, presente.

El mundo, entonces, no puede ponerse en duda y, por tanto, no puede someterse a una “epojé”; es decir, a una suspensión del juicio. Habermas (1997) define este término como “mundo de vida” y parte de la idea de que todo ser humano tiene una comprensión básica, intuitiva y poco reflexiva del mundo de vida y

este se manifiesta de tres formas diferentes, a saber: el Mundo objetivo integrado por las cosas del mundo y a las que atribuimos una existencia objetiva; el Mundo social, que está conformado por las relaciones interpersonales que entablamos con otros individuos y, por último, el Mundo subjetivo, constituido por las vivencias personales y privadas, conocidas por el propio sujeto. Los presupuestos de la acción comunicativa están ligados a estas tres dimensiones del mundo de vida, en el sentido en que la pretensión de validez de un acto de habla puede referirse a cada una de ellas. Por tanto; la Pretensión de verdad hace referencia a las afirmaciones del mundo objetivo; la Pretensión de rectitud se refiere a las afirmaciones del mundo social y, la Pretensión de veracidad está referida al mundo subjetivo.

El mundo de vida es, entonces, el conjunto de saberes, evidencias, convicciones que se sustraen a la discusión, aunque toda acción comunicativa puede cuestionar y tematizar parcialmente aspectos de este mundo. En este sentido, el mundo de la vida es el espacio básico de toda acción comunicativa y lo que se da por supuesto para toda discusión. Habermas retoma la dualidad de las estructuras del mundo de vida y considera que las nuevas formas de la vida social moderna pueden analizarse en términos de la relación entre racionalización del mundo de vida y expansión de la racionalidad formal de los sistemas.

En pocas palabras; la Teoría de la Acción Comunicativa (Habermas, 2001) marca un cambio significativo en el entendimiento de la racionalidad y la comunicación dentro de la sociedad. Se diferencia de las perspectivas tradicionales al enfatizar la importancia del entendimiento mutuo y la interacción social como componentes fundamentales de la acción racional, en lugar de centrarse únicamente en el éxito individual o la eficiencia instrumental. A través de esta teoría,

el autor logra vincular las dimensiones cognitiva, moral y psicológica del discurso, proporcionando un marco más inclusivo y reflexivo para analizar las dinámicas sociales y los procesos comunicativos. Esta perspectiva no solo reconoce la complejidad y la interdependencia de los elementos sociales y lingüísticos en la construcción de la realidad, sino que también subraya la importancia de la interacción y el entendimiento mutuo en la reproducción y transformación de las estructuras sociales.

El Discurso médico y la relación médico paciente

Los inicios y avances de las ciencias van quedando registrados en la historia de la humanidad. Los avances científicos y tecnológicos de cada época, han permitido que la profesión médica sea, cada día, más especializada en técnicas y procedimientos. Sin embargo; sigue irremediablemente unida al quehacer lingüístico (Oses y Leal, 2022); ya que el que sana no puede existir sin el que enferma y, para que se entiendan, debe mediar un proceso comunicativo. Así, el primero debe formarse y especializarse, al máximo, en su profesión sin descuidar el desarrollo de sus competencias comunicativas; pues son éstas las que le permitirán relacionarse, de forma efectiva, con su paciente, sin dejar de lado o invalidar el mundo de la vida de ambos. En este sentido, Ackerknecht (1985) destaca que la medicina es un producto sociocultural que se ha desarrollado a lo largo de la historia, influenciado por diversos factores sociales, culturales, políticos y económicos. De esta forma; el discurso médico se entiende, entonces, como una construcción social que refleja las creencias, valores y normas de la sociedad en la que se desarrolla.

La medicina, al comienzo de la civilización, en la antigua Mesopotamia, alrededor del 4000 a.C., se basaba en el uso de la magia, a través de conjuros,

contra los espíritus malignos que atacaban a los mortales. La enfermedad, por tanto, era considerada como una posesión demoníaca del cuerpo humano y, la forma más fácil de curarla, era obligarlo a salir del mismo. Para esta misma época, la medicina egipcia era, igualmente, mágico-religiosa; por tanto, eran los sacerdotes los que interpretaban augurios y predecían el curso de la enfermedad (pronóstico). Sin embargo; los egipcios superan la magia y los médicos sacerdotes comienzan a usar yodo, laxantes, eméticos e, incluso, a hacer operaciones (Jaramillo-Antillón, 2011). Para esta cultura las prácticas y procedimientos buscaban, no solo la sanación de algún padecimiento, sino también el mantenimiento de los estándares de belleza de la época y los ritos funerarios.

Alrededor del siglo XVII a.C., en Mesopotamia, se promulga el Código de Hammurabi, el cual contiene disposiciones específicas relacionadas con la práctica médica y la relación médico-paciente. En este sentido; establece varias leyes, específicamente de la 215 a la 218, que regulan las prácticas médicas y las consecuencias para los médicos en caso de errores o negligencia. Estas disposiciones indican que, en la sociedad babilónica, bajo el Código de Hammurabi, existía un marco legal, basado en la Ley del Talió, para regular las prácticas médicas y proteger los derechos y la seguridad de los pacientes (Laín, 1982). Si bien la relación entre médico y paciente no se aborda en términos modernos de ética médica o consentimiento informado, las leyes reflejan una preocupación por la competencia y la responsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión, así como la protección de los pacientes contra prácticas médicas negligentes o dañinas.

En el mundo griego, la medicina tiene un origen mitológico. A Apolo, dios de la medicina, a quien se le conocía también como *Alexikakos*, el que evita los males, se encargó de transmitir su conocimiento médico al centauro Quirón, quien educó a

héroes como Jasón, Hércules y Aquiles, además de Asclepio (Esculapio), quien más tarde se destacó por sus habilidades curativas extraordinarias. Asclepio, hijo de Apolo y Coronis, fue criado en la naturaleza y desde joven demostró una capacidad prodigiosa para sanar, lo que le valió la adoración local. Zeus, enfadado por sus curaciones, lo fulminó con un rayo. Así, Esculapio es representado con una vara alrededor de la cual se enrosca una serpiente. Entre los descendientes de Esculapio destacan *Hygieia*, diosa de la salud, y *Panacea*, diosa de los remedios. La primera fue introducida en Roma por médicos griegos de Epidauro en el 239 a.C., simbolizando el cuidado de la salud física y mental; mientras que, la segunda personifica el ideal de la medicación eficaz e inofensiva. Desde entonces, la salud y la medicina están estrechamente relacionadas, con la serpiente sagrada siendo símbolo de curación en la tradición griega y visto de forma antagónica, en la tradición judía y cristiana.

Por su parte; en Egipto, alrededor de 2.700 años a.C, el arquitecto y médico de la corte del faraón Zoser, Imhotep, era considerado el primer médico del mundo y; por tanto, divinizado por este pueblo (Jaramillo-Antillón, 2011).

Ahora bien; la medicina como técnica, se establece entre los siglos VI y V a C. en Grecia, y se erige como pilar de la medicina hipocrática. Esta nueva visión se basa en la idea de una naturaleza universal y de particulares que usa la razón para acceder al conocimiento de sus constituciones y regularidades; las cuales pueden irse perfeccionando a través de la técnica. Esto sirve de fundamento para la constitución de la acción terapéutica y; con ello, la elevación del médico, quien pasa de ser hechicero o curandero a técnico de la medicina (Laín, 1969). En esta época hipocrática, la relación entre sanador y enfermo se caracteriza por una especie de amistad basada en el amor a la naturaleza y que se manifiesta en el conocer.

De lo anterior se desprende que una persona que cura no sería considerado técnico si desconoce el qué y el porqué de lo que hace. De esta forma; son dos los principios que éste debe seguir: no hacer daño y no tratar a aquellos enfermos que se encuentren cerca de la muerte. En este sentido; para Hipócrates la medicina es un arte que se caracteriza por beneficiar a los que, de ella, se sirven; pero es penosa para el que la práctica, pues suele contaminar y ofender sus sentidos al momento de aplicar los recursos para que el paciente logre escapar de males mayores. El médico, entonces, desde el decoro, debe empeñarse y dedicarse a la recuperación de la salud y ésta debe ser entendida como el bienestar físico y espiritual que lo conduzca a la curación; es decir, es un proceso que va más allá de la ausencia de la enfermedad. Este arte está conformado por tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. La fuerza de la relación médico paciente se potencia en el proceso de curación y se considera, al enfermo, un ser que merece respeto y cuidado.

Hipócrates de Cos se erige, entonces, como una figura central en la historia del discurso médico debido a su enfoque revolucionario en la observación empírica y el razonamiento racional para entender y tratar enfermedades. Tanto él como su escuela han legado al mundo médico no solo el *Corpus Hippocraticum*: una colección de unas setenta obras médicas escritas en griego; si no también las raíces del modelo biomédico, el cual se basa en la observación clínica y en la teoría de que el cuerpo humano es un sistema mecánico que podía entenderse y manipularse, una entidad regida por principios biológicos y físicos, destacando los cuatro humores como determinantes de la salud y la enfermedad.

En este punto; se deja de lado la creencia de que la enfermedad se produce por causas mágicas y se plantea la alteración de los cuatro humores del organismo:

flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla. Este Corpus está constituido por lecciones, libros de texto, ensayos filosóficos, notas e investigaciones sobre diversos temas médicos sin ningún orden en específico. Entre los tratados destaca el Libro de los pronósticos, el Juramento hipocrático, indica cómo debe ser enseñada la medicina, el secreto profesional, entre otros. La cultura griega fortalece el vínculo entre la acción de la palabra y la curación de la enfermedad.

En este sentido; la acción de la palabra se comporta, en palabras de Aristóteles, como un medicamento y llega, incluso, a producir, en algunos pacientes, acciones psicológicas. Sostiene Hipócrates que el enfermo debe tener una participación activa en su curación y que el médico debe abstenerse de usar fármacos hasta establecer una relación terapéutica con el paciente (Garzón, 2011).

La Edad Media llega de la mano del ascenso del cristianismo y trae consigo cambios propios de su forma de entender el mundo. De esta forma; el discurso médico estuvo profundamente influenciado por concepciones religiosas y filosóficas predominantes. La medicina medieval se basaba, en gran medida, en la autoridad de textos antiguos como los de Hipócrates y Galeno, cuyas obras fueron traducidas y preservadas por eruditos árabes y luego reintroducidas en Europa a través de traducciones latinas. El conocimiento médico se entrelazaba, entonces, con la teología cristiana, y los médicos, en su mayoría clérigos o monjes, también eran responsables de cuidar la salud espiritual de sus pacientes.

Entonces, como las órdenes religiosas son las que se encargan de la asistencia sanitaria, la relación médico paciente comienza a ser vista, como un acto de amor previo al conocimiento médico, diagnóstico y prescripción de fármacos. Esta nueva visión deriva del amor al prójimo establecido en los Mandamientos del Nuevo Testamento. Se crean los primeros hospitales cristianos gratuitos para los

enfermos sin recursos y se atienden a los moribundos (caridad). El pertenecer a una clase social va a determinar la asistencia médica que será recibida. La enfermedad es concebida como un castigo divino y la comunicación médico paciente se basa en ofrecer consuelo y enseñar la palabra de Dios.

En este sentido; la relación médico-paciente se basaba en un modelo paternalista, en el cual el médico asumía un papel de autoridad y protección hacia el paciente. Este contexto religioso influyó en la manera en que se percibía y trataba a las mujeres dentro de la medicina medieval. Las mujeres eran comúnmente consideradas como inferiores en términos físicos y morales, y su salud era vista como más vulnerable y propensa a las enfermedades debido a concepciones como la "debilidad" inherente de su naturaleza.

Esta percepción se reflejaba en tratados médicos y prácticas terapéuticas que, en muchos casos, relegaban a las mujeres a roles pasivos o subordinados en el proceso de atención médica (Molina y Molina, 2017). De esta forma; las obras médicas hacen referencia a la anatomía y fisiología femenina de manera simplista y estereotipada, contribuyendo así, a un tratamiento médico diferenciado y, en ocasiones, discriminatorio. La asimetría de poder y la autoridad absoluta se evidenciaba, de igual forma; en la toma de decisiones; ya que el médico asumía ese papel en nombre del paciente. Se observa, entonces, cómo el modelo biomédico se sigue afianzando en la medicina occidental dejando huellas profundas en los grupos sociales menos favorecidos, como es el caso de las mujeres y los pobres.

Durante los siglos XV al XVIII, el discurso médico experimentó transformaciones significativas impulsadas por avances científicos, cambios filosóficos y transformaciones sociales en Europa. En este período, la práctica médica comenzó a alejarse de las explicaciones metafísicas y religiosas hacia

enfoques más científicos y observacionales. Ambroise Paré, pionero de la cirugía moderna, introdujo métodos empíricos basados en la observación directa y la experimentación, abandonando prácticas tradicionales como el tratamiento de heridas con aceite caliente (Jaramillo-Antillón, 2011). Esta transición marcó un cambio hacia una medicina más centrada en el conocimiento práctico y la experiencia clínica, influyendo directamente en la relación entre médico y paciente al promover métodos más seguros y efectivos.

La Reforma Protestante y la Contrarreforma Católica influenciaron las percepciones sobre la enfermedad y la salud. La Reforma enfatizó la responsabilidad personal y la relación directa con Dios, lo que a menudo llevó a interpretaciones de la enfermedad como consecuencia de acciones individuales o pecaminosas. En contraste, la Contrarreforma fortaleció la autoridad eclesiástica y promovió la caridad y la asistencia hospitalaria como actos de devoción religiosa y servicio comunitario (Belda Plans, 2019).

La biomedicina, surgida inicialmente en algunos países europeos a finales del siglo XVIII y principios del XIX, y más tarde en América, incluyendo Estados Unidos en la segunda mitad del siglo XIX, se estableció durante la Primera Revolución Industrial. Este modelo se caracteriza por su enfoque biologicista, individualista, ahistórico, asocial, mercantil y pragmáticamente eficaz. Estas características estuvieron presentes, en cierta medida, en la medicina anterior al siglo XIX, se intensificaron y fortalecieron durante este período hasta convertirse en los rasgos dominantes de la biomedicina. Este enfoque excluye las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, favoreciendo una visión que reduce la historia social de los padecimientos a variables bioecológicas.

En este contexto, la salud de los trabajadores y pacientes se ha interpretado principalmente a través de la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad, en lugar de considerar los ritmos y tiempos de producción o las características y desarrollo de los procesos productivos. Además, el biologicismo del modelo propone una historia natural de la enfermedad que limita la comprensión de la historia social de los padecimientos.

Este enfoque evolucionista, que biologiza y reemplaza la dimensión histórica, también ha contribuido a desarrollar ideologías como el darwinismo social, que históricamente han justificado la explotación y estigmatización de los trabajadores a través de criterios socio-racistas (Menéndez, 2005). En la práctica médica, esto ha influido en la relación médico-paciente, orientándola hacia un tratamiento centrado principalmente en la patología y el tratamiento biomédico, a menudo dejando de lado factores contextuales y emocionales que son cruciales para una atención integral y equitativa.

En este contexto, el biopoder se evidencia en la regulación de las prácticas médicas y sanitarias. En este marco, los estados comenzaron a establecer normativas sobre quiénes podían ejercer la medicina y bajo qué condiciones, lo cual implicaba un control sobre el conocimiento médico y las prácticas terapéuticas. Esta regulación no solo pretendía proteger a los ciudadanos de prácticas médicas potencialmente dañinas, sino también reafirmar la autoridad estatal sobre la salud de la población (Foucault, 2004).

En cuanto a la relación médico-paciente, el biopoder influyó en la organización de las instituciones de salud y en la manera en que se ejercía la autoridad médica. Los médicos, como agentes del biopoder, desempeñaron un papel fundamental en la vigilancia y el control de la salud pública. Esto se

manifestaba en la implementación de medidas profilácticas y de cuarentena durante epidemias, así como en la estandarización de prácticas médicas destinadas a normalizar y disciplinar los cuerpos individuales dentro de una población (Foucault, 1976). El biopoder también se relaciona con el desarrollo de estadísticas sanitarias y censos poblacionales, que permitieron a los estados recopilar información detallada sobre la salud de la población y utilizarla para implementar políticas de salud pública más eficaces y controladoras (Foucault, 2004).

Durante este período, la atención médica hacia las mujeres estuvo marcada por desigualdades de género, limitaciones de acceso a profesionales médicos, y una visión médica que reflejaba las normas patriarcales y religiosas de la época. Esta situación contribuyó a una experiencia de salud diferenciada y, en muchos casos, menos satisfactoria para las mujeres en comparación con los hombres.

Desde la perspectiva foucaultiana, la relación médico-paciente/familiar se entiende como un espacio de negociación de relaciones de poder. El médico, debido a su autoridad institucional y conocimientos especializados, ejerce un poder discursivo que influye en las percepciones y decisiones de pacientes y familias. Los discursos médicos no solo informan sobre salud y enfermedad, sino que también contribuyen a la configuración de identidades y comportamientos dentro del marco normativo de la práctica médica y las instituciones de salud (Foucault, 1970). Es crucial reconocer, entonces, cómo los discursos excluidos en el ámbito médico pueden generar resistencia por parte de pacientes y familias, incluyendo perspectivas alternativas sobre salud y tratamiento. Esta exclusión puede motivar a buscar conocimientos y cuidados alternativos, desafiando las estructuras de poder establecidas (Foucault, 2003).

En la formación médica, las relaciones de poder verticales se manifiestan a través del discurso, influenciando la dinámica de la relación médico-paciente/familiar. Foucault (1975) enfatiza que el poder se ejerce a través de prácticas discursivas que definen lo legítimo en medicina, transmitiendo conocimientos y normas que refuerzan las estructuras de poder existentes. En este sentido, el discurso médico, además de comunicar información objetiva, actúa como mecanismo de normalización y control social, definiendo categorías de identidad y comportamiento en salud y enfermedad (Foucault, 2003). El médico, con su saber experto y autoridad, orienta opciones de tratamiento y expectativas de recuperación, influenciando la autopercepción del paciente y su participación en el cuidado (Foucault, 1975).

Los términos técnicos utilizados por médicos pueden excluir a pacientes y familiares de decisiones informadas, creando asimetrías. La presentación de diagnósticos y opciones de tratamiento puede afectar la percepción del paciente sobre su salud y capacidad de participación activa (Foucault, 1975). Los pacientes y familias pueden resistir a estas dinámicas de poder mediante preguntas críticas, segundas opiniones y decisiones informadas, desafiando y reconfigurando las relaciones de poder médico (Foucault, 2003). Esta resistencia puede promover prácticas médicas más colaborativas y empoderadoras, equilibrando el conocimiento experto con las experiencias y perspectivas de los pacientes.

A la luz de las dinámicas de poder identificadas por Foucault, surge, como elemento fundamental en el contexto médico, el concepto de consentimiento informado. Este concepto no se limita a un procedimiento formal, sino que refleja un principio ético y moral esencial para proteger la autonomía y dignidad del paciente. Se basa, entonces, en el derecho del paciente a tomar decisiones informadas sobre

su salud (Foucault, 1970). Esto implica que el paciente o el familiar del paciente debe recibir información completa y comprensible sobre su condición médica, opciones de tratamiento disponibles, así como los riesgos y beneficios asociados. Además, se deben discutir alternativas posibles para que pueda participar activamente en el proceso de toma de decisiones junto con el profesional de la salud.

En este sentido; es crucial que el consentimiento informado respete las preferencias individuales, los valores culturales y las creencias del paciente (Foucault, 1970). Esto significa que la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente debe ser clara, empática y adaptada al nivel de comprensión del mismo; por tanto, se debe evitar el uso del lenguaje técnico especializado y optar por uno coloquial que incluya terminología médica popular para garantizar que la información sea accesible y comprensible para todos. Se observa, entonces, que el consentimiento informado no es un evento único, sino un proceso continuo y dinámico a lo largo del tratamiento médico. Esto implica que se debe revisar y renovar el consentimiento en caso de cambios en la condición del paciente o nuevas opciones de tratamiento.

Desde esta perspectiva, el consentimiento informado representa una forma de resistencia a las estructuras de poder verticales en la medicina. Al capacitar al paciente para tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado, se desafían las dinámicas tradicionales de autoridad médica unilateral. Este enfoque no solo promueve una atención más centrada en el paciente, sino que también fomenta una relación médico-paciente/familiar más colaborativa y equitativa.

Luego de siglos de cambios sociales, la medicina y la atención médica han sido impactadas significativamente por diversos movimientos sociales, así como por

eventos catastróficos como las dos guerras mundiales. Las reivindicaciones alcanzadas llevan a la toma de conciencia del derecho a recibir asistencia. En este sentido; las luchas de los movimientos de trabajadores y mujeres de los siglos XIX y XX logran la asistencia médica igualitaria obligatoria y pasa a ser considerada un servicio con matiz contractual. Entre ellos, el movimiento por los derechos civiles ha jugado un papel crucial en la lucha por la equidad racial y el acceso igualitario a la atención médica (American Civil Liberties Union, s.f.). Este movimiento ha desafiado la segregación en las instalaciones médicas y la discriminación en la atención, promoviendo la idea de que todos deben recibir atención médica justa e igualitaria sin importar su raza o grupo étnico.

Paralelamente, el feminismo ha marcado una diferencia sustancial en la atención médica, especialmente en lo que respecta a la salud de las mujeres (Nogueiras García, 2023). Históricamente, las mujeres enfrentaron barreras significativas en el acceso a la atención médica integral y en la investigación médica. El movimiento feminista ha abogado fervientemente por el derecho de las mujeres a controlar su salud reproductiva, incluyendo el acceso a la anticoncepción y el aborto seguro, así como una atención médica que aborde específicamente sus necesidades de salud. De igual forma; se exige la asistencia médica ante cualquier dolencia que se pueda presentar. Estos cambios se enmarcan en las exigencias del enfermo quien, siendo sujeto y, en consecuencia, dotado de libertad, inteligencia e intimidad, sigue siendo tratado como objeto.

Asimismo, el movimiento de derechos de los pacientes ha promovido el consentimiento informado, la privacidad del paciente y el respeto por la autonomía del paciente como principios fundamentales en la relación médico-paciente. Ha llevado a la adopción de legislaciones y normativas que protegen los derechos de

los pacientes en todo el mundo, asegurando que la voz y las decisiones de los pacientes sean respetadas y consideradas (American Civil Liberties Union, s.f.).

De manera paralela, el movimiento por la salud mental ha trabajado incansablemente por el reconocimiento de los trastornos mentales como condiciones médicas legítimas (Nogueiras García, 2023). Este movimiento ha desafiado el estigma asociado con las enfermedades mentales y ha promovido el acceso igualitario a los servicios de salud mental. Además, ha abogado por la integración de la atención de la salud mental en los sistemas de atención médica generales, asegurando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y el apoyo necesario.

En el transcurso de este período, específicamente a finales del siglo XIX, el estrés social comienza a ser considerado como un factor que afecta la salud y que, al darse a nivel de la psique, abre las puertas a nuevos ámbitos investigativos, de tratamiento y de relación con dichos enfermos. En este punto; Freud se erige como figura principal modificando la relación médico paciente, al incluir al sujeto dentro de la medicina. Considera que esta relación es fundamental y hace uso de la historia clínica como instrumento, a través del cual el enfermo pueda contar lo que le ocurre y relacionarlo con su entorno (trabajo, historia familiar), y se incorpora un nuevo elemento: los afectos del paciente en sus procesos corporales. En esta encrucijada; la palabra se transforma en el mejor recurso para crear, en el paciente, un estado de ánimo que favorezca la recuperación de la salud (Garzón, 2011).

Luego de los períodos históricos marcados por las dos guerras mundiales, el discurso médico experimentó transformaciones significativas que impactaron la relación médico-paciente de varias maneras. Durante la Primera Guerra Mundial, la atención médica se vio obligada a enfrentar desafíos sin precedentes debido a la

escala de los traumas físicos y psicológicos entre los soldados. Este contexto impulsó la necesidad de desarrollar técnicas avanzadas de tratamiento de heridas y rehabilitación, así como de establecer servicios médicos de emergencia más eficientes (Talbot, 2014). Además, se intensificó el enfoque en la salud mental y el bienestar emocional de los pacientes, reconociendo la importancia de abordar tanto las necesidades físicas como psicológicas de quienes recibían atención médica en situaciones de crisis (Talbot, 2014).

La Segunda Guerra Mundial, por su parte, amplió aún más estos avances al promover la investigación y el desarrollo de tratamientos médicos más sofisticados, incluidos antibióticos, vacunas y procedimientos quirúrgicos avanzados (Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Esta guerra también catalizó mejoras en la atención médica de emergencia y en la organización de los sistemas de salud, con un enfoque renovado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud pública (Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Estos avances no solo mejoraron la capacidad de los médicos para tratar enfermedades y lesiones, sino que también fortalecieron la relación médico-paciente/familiar al enfocarse en la comprensión integral de las necesidades y preocupaciones de los pacientes en tiempos de crisis y recuperación.

Además de los aspectos técnicos y organizativos, las guerras mundiales transformaron la percepción pública de los profesionales de la salud, elevando su estatus social y reconocimiento por su contribución vital durante los conflictos (Talbot, 2014; Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Esto ayudó a consolidar la confianza entre médicos y pacientes, fundamentada en la competencia técnica y la dedicación profesional demostrada en momentos críticos de la historia. Luego de la Segunda Guerra Mundial, varios sociólogos y pensadores comenzaron a explorar profundamente las interacciones y dinámicas dentro del campo médico.

Sigerist, entre 1956 y 1959, estableció las bases para comprender las complejas relaciones entre la práctica médica y las consideraciones sociales. Sociólogos como Koss, Goss y Reader ampliaron este estudio desde diferentes perspectivas. Koss, en 1954, analizó la vinculación entre las clases sociales menos privilegiadas y los servicios de salud, revelando disparidades en el acceso y la prevalencia de enfermedades. Goss y Reader, en 1956, se centraron en la reflexión sobre la relación médico-paciente, profundizando en la dinámica interpersonal y su influencia en el tratamiento médico.

De igual forma; Straus (1957), amplió aún más el campo de investigación al explorar tanto el conocimiento sobre los usuarios de servicios de salud como las estructuras institucionales de la medicina. Freeman, Levine y Reeder (1963) consolidaron estos estudios al abordar temas como la salud y la enfermedad, la política sanitaria y los métodos de estudio sociomédico, destacando contribuciones clave como las de Freidson (1961), quien desafió los fundamentos de la teoría parsoniana al explorar cómo la medicina, como institución, moldea las percepciones sociales y evalúa la enfermedad, integrando la visión del paciente como un actor activo en el proceso de atención médica.

Estos estudios sentaron las bases para investigaciones posteriores que continuaron cuestionando la calidad y el tipo de atención médica proporcionada, reflejando un interés creciente en las dimensiones socioculturales de la medicina hasta los años setenta, cuando autores como Coe y Rosen revitalizaron el estudio de la historia de la medicina y la medicina social. Coe, en su enfoque en la Sociología de la Medicina, y Rosen, en "De la policía médica a la medicina social" (1974), profundizaron en cómo los movimientos sociales y los cambios históricos

han influido en la relación entre médicos y pacientes, así como en la organización de los sistemas de salud.

Estas contribuciones destacan la evolución del discurso médico hacia un enfoque más integral y crítico de las prácticas médicas, considerando la perspectiva del enfermo como un ser pensante y sintiente, cuyas percepciones y experiencias juegan un papel crucial en la interacción médica.

En la actualidad, la sociedad secular desecha la idea de la enfermedad como castigo y, el paciente, tampoco acepta la voluntad del médico sin crítica ni objetar. Sin embargo; esa idea freudiana revolucionaria de ver al paciente como sujeto se ha ido perdiendo en las últimas décadas.

La tecnologización extrema que ha caracterizado a la postmodernidad, ha afectado significativamente, la comunicación médico paciente y, por tanto, la relación que, entre ambos, se establece. De esta forma; el médico va quedando relegado a cumplir un rol de experto y manejo de técnicas, siendo obligado a dejar de lado los afectos. Este médico postmoderno debe recurrir, entonces, a la disociación afectiva, al discurso distante, al recorte de la información, al dominio y control de cualquier implicación emocional.

En consecuencia; el paciente vuelve a ser tratado como objeto y no como un ser libre, pensante e inteligente (Dörr, 2004). Esta situación trajo consigo que, para 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamara la atención hacia una práctica médica más personalizada, enfatizando la importancia de la entrevista como base de la práctica clínica, en la que el desarrollo de las destrezas comunicativas permitiría una mejor relación médico paciente, un diagnóstico más efectivo y, por tanto, un mejor pronóstico.

Sin embargo; los grandes avances tecnológicos del siglo XX y parte del XXI, han permitido mayor especialización en el área médica, mejoramiento de técnicas específicas, mejores diagnósticos, tratamientos y recursos, lo que ha hecho poco viable volver a ver la subjetividad del paciente; pues queda relegada a la información ofrecida por sofisticados aparatos tecnológicos.

Históricamente, el sanador ha sido visto como alguien que posee habilidades curativas que van más allá de los conocimientos médicos formales. Esta figura actúa, esencialmente, como un facilitador de la sanación integral, ofreciendo apoyo emocional, escucha activa y orientación espiritual cuando es pertinente. En contraste con el enfoque científico biomédico, que se centra en la causa y el tratamiento de las enfermedades desde una perspectiva física, el sanador reconoce y respeta la complejidad del ser humano, considerando la interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales en el proceso de curación

La concepción de la sanación, en este contexto ampliado, implica más que la mera eliminación de síntomas; implica facilitar un proceso de transformación y recuperación integral. Esto puede incluir la promoción del autocuidado, la gestión del estrés, la mejora de la calidad de vida y el fortalecimiento de la resiliencia emocional. En lugar de centrarse exclusivamente en la enfermedad, el sanador promueve el bienestar general del paciente, ayudando a restaurar el equilibrio y la armonía en todas las dimensiones del ser.

La integración de estas perspectivas en el discurso médico ofrece una visión más completa y humana de la atención sanitaria contemporánea. Los teóricos como Kleinman (1988) han abogado por un enfoque narrativo y culturalmente sensible para comprender las experiencias de enfermedad y sanación, destacando la importancia de las creencias culturales y personales en la recuperación de la salud.

Desde esta perspectiva, la práctica del sanador se alinea con modelos de cuidado centrados en el paciente, que valoran la colaboración, el respeto y la comprensión mutua entre el profesional de la salud y el paciente (Habermas, 2001).

Con la idea de dar un enfoque teórico relacionado con el discurso médico en la relación médico-paciente/familiar, a finales del siglo XX, surge la teoría de los sistemas familiares (Bowen, 1978), la cual enfatiza la interdependencia familiar y cómo las dinámicas intrafamiliares pueden afectar la salud del paciente y la adherencia al tratamiento. Este enfoque sugiere que los médicos deben considerar no solo al paciente individual, sino también a su familia como un sistema en el que las tensiones y los conflictos pueden influir en los resultados de salud.

Por su parte; el Modelo Biopsicosocial de Engel (1977) subraya la necesidad de considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión de la salud y la enfermedad. En el contexto de la relación médico-paciente familiar, este modelo insta a los médicos a evaluar no solo los síntomas físicos del paciente, sino también sus emociones, su contexto social y familiar, y cómo estos factores pueden influir en la enfermedad y en la respuesta al tratamiento.

En 1988; surge la Medicina Narrativa de Kleinman, quien enfatiza la importancia de las historias personales y familiares en la comprensión de la enfermedad y el sufrimiento. Al escuchar y valorar las narrativas de los pacientes y sus familias, los médicos pueden desarrollar una comprensión más profunda de sus preocupaciones y expectativas, mejorando así la empatía y la relación terapéutica.

Finalizando el siglo XX e iniciando el XXI, se desarrolla la Teoría del Cuidado Centrado en la Familia. Sostiene que, al involucrar activamente a los familiares en la toma de decisiones y en el cuidado del paciente, los médicos pueden fortalecer el

apoyo social y emocional disponible, mejorando así la experiencia de cuidado y promoviendo mejores resultados de salud (Greenberg & Goldman, 2008).

De igual forma; surge la teoría de la comunicación familiar, la cual viene a desempeñar un papel crucial al examinar cómo los patrones de comunicación entre los miembros de la familia y con los proveedores de atención médica influyen en la gestión de la salud del paciente. Kathleen Galvin ha contribuido significativamente al campo de la comunicación familiar, enfocándose en la importancia de los procesos de comunicación para la comprensión mutua y la toma de decisiones en contextos de salud. Su investigación destaca cómo los estilos de comunicación, la apertura emocional y la claridad en la información médica pueden facilitar una mejor gestión de la salud y un mayor bienestar emocional para los pacientes y sus familias (Galvin, 2006). Mientras que; Carma Bylund ha explorado cómo los proveedores de atención médica pueden mejorar la comunicación con los pacientes y sus familias, promoviendo un entorno de apoyo que facilite la comprensión de los diagnósticos, tratamientos y opciones de cuidado. Su trabajo subraya la importancia de la empatía, la escucha activa y la adaptación del lenguaje médico para promover una comunicación más efectiva y colaborativa (Bylund et al., 2010).

Ambas perspectivas teóricas destacan la necesidad de considerar la dinámica familiar en el proceso de atención médica, reconociendo que la comunicación no solo transmite información, sino que también construye relaciones de confianza y apoyo mutuo. En este sentido, la teoría de la comunicación familiar ofrece un marco invaluable para comprender cómo mejorar la calidad de la atención médica mediante prácticas comunicativas más efectivas y centradas en las necesidades emocionales y prácticas de los pacientes y sus familias. Se destaca la importancia de una comunicación efectiva entre los miembros de la familia y los

profesionales de la salud, ya que; los patrones de comunicación pueden facilitar o dificultar la comprensión mutua y la toma de decisiones compartidas sobre el tratamiento médico, afectando así la calidad de la atención y la satisfacción del paciente y su familia con el cuidado recibido.

En conjunto, estos enfoques teóricos no solo enriquecen la comprensión de las dinámicas familiares dentro del contexto médico, sino que también informan y guían el discurso médico hacia prácticas más colaborativas, empáticas y centradas en el paciente y su familia. Al integrar estos enfoques en la práctica clínica, los profesionales de la salud pueden mejorar la calidad del cuidado ofrecido y satisfacer las necesidades individuales y familiares de manera más efectiva.

Así; la relación médico-paciente ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, siendo moldeada por complejas interacciones socioculturales y por el avance continuo de las ciencias médicas. En este contexto, la revisión documental subraya la importancia de comprender el discurso médico como una construcción dinámica que se adapta y cambia con el tiempo, afectando profundamente la experiencia y el tratamiento del paciente. Esta comprensión es fundamental para mejorar las prácticas médicas y fortalecer la relación médico-paciente/familiar, asegurando una atención más humana, efectiva y ética en el cuidado de la salud.

Aspectos formativos

La Federación Mundial para la Educación Médica (WFME, por sus siglas en inglés) es la organización que rige la formación de estos profesionales. Su subsidiaria en la región es la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM o PAFAMS, por sus siglas en inglés) y, en el ámbito nacional, la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM). En conjunto, tienen

la misión de promover la calidad de la educación médica con impacto en la salud y contribuir al liderazgo de la misma, mediante la promoción de un sistema de formación y una cultura de calidad para los profesionales de la salud que beneficie a la población (FEPAFEM, 2016).

En este sentido; se plantean los siguientes objetivos:

1. Investigar los factores críticos en Educación Médica y Ciencias de la Salud.
2. Promover las diferentes actividades realizadas por las instituciones afiliadas o relacionadas.
3. Asesorar a sus afiliados para mejorar la calidad de sus egresados, a fin de alcanzar los requisitos internacionales mínimos para la acreditación.
4. Trabajar con Asociaciones Nacionales, Facultades de Medicina e Instituciones Públicas y Privadas dedicadas a la educación y al cuidado de la salud, a través de programas, seminarios y otras actividades que son desarrolladas conjuntamente.
5. Estimular la Armonización de las actividades de Educación Médica Continua que realizan las instituciones afiliadas y relacionadas.
6. Mantener y desarrollar el Centro de Información y Documentación en Educación Médica y Salud (CIDEMS), para promover el conocimiento en el ámbito de la enseñanza e investigación médica.
7. Difundir información relevante relacionada con la Educación Médica.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo está inscrita como miembro de esta Federación. Por el núcleo Aragua es representante la Dra. Hercilia Riobueno y, por el núcleo Carabobo, la Dra. Mercedes Materán.

El funcionamiento formal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo se da en marzo de 1958. En 1971, se crea el ciclo básico y, en junio de 1972, debido a la creación de las escuelas de Bioanálisis, Enfermería y Odontología, la Facultad de Medicina, de forma experimental, se transforma en la Facultad de Ciencias de la Salud, quedando conformada por cuatro escuelas. En el año 1989, se culmina la condición experimental y, en 1991 la escuela de odontología se separa y pasa a ser Facultad de Odontología. De esta forma; la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) queda conformada por tres escuelas (Enfermería, Bioanálisis y Medicina). En la actualidad, la sede Carabobo está conformada por cinco escuelas: Medicina, Enfermería, Bioanálisis, Ciencias Biomédicas y Tecnológicas, y Salud Pública y Desarrollo Social.

Por su parte; la sede Aragua, conocida como la Morita, inicia sus actividades el 16 de septiembre del año 1974 con las carreras Medicina y Bioanálisis y, actualmente, cuenta también, con Enfermería gracias a una extensión de esta Escuela.

Ahora bien; uno de los primeros esfuerzos que se llevan a cabo para mejorar la enseñanza médica, ocurre en 1959 en Estados Unidos, específicamente, en la Escuela de Medicina de Illinois. Establecen una Oficina de Investigaciones sobre enseñanza de la Medicina en la que un pedagogo médico y un psicólogo especializado realizaron encuestas a profesionales en el período de un año con el objeto de conocer las dificultades que tenían en el proceso de enseñanza. Entre otros datos, en este estudio se recolectó información acerca del número ideal de horas/semana de un docente de ciencias básicas de la salud sobre la base de 300 estudiantes.

La Cumbre Mundial de la Educación Médica, en 1993, conocida como la Declaración de Edimburgo, se da inicio al desarrollo del movimiento internacional que busca articular la educación médica y la organización sanitaria. De esta cumbre se producen 22 recomendaciones acerca de las políticas a seguir en la educación médica, entre las que destaca la referida a la comunicación con los pacientes y el público. Sostiene la recomendación que “las adecuadas habilidades de comunicación con los pacientes, con los colegas y con el público son necesidades básicas del trabajo clínico” (Cumbre Mundial de educación médica 1993, 2000). Continúa afirmando que la insatisfacción de los pacientes, familiares y público en general se debe más a las deficiencias comunicativas que a cualquier otra deficiencia profesional. Por tanto; las escuelas de Medicina deben accionar identificando la forma de mejorar las destrezas comunicativas en los futuros médicos. Se deben incluir la observación y la participación en diversas actividades comunicativas, se debe estimular la comunicación tanto en su forma escrita, como oral con público en diversos contextos socioculturales. Para tales efectos; el personal debe ser competente y asegurar la promoción de tales habilidades.

De esta forma; todos los países se vieron en la necesidad de desarrollar estrategias que permitieran aumentar el prestigio de la enseñanza y que se premiara tanto la capacidad investigativa como la calidad de la enseñanza.

En el ámbito nacional; nuestras universidades han tenido que ir haciendo reformas y ajustes curriculares con modificaciones fundamentales que den cuenta de estos requerimientos y se adapten a las políticas de salud del país.

En el caso particular de la Universidad de Carabobo, la reforma comenzó a finales del siglo pasado, con la implementación de cambios estructurales que permitieran, a nuestros egresados, estar a altura de otras universidades del mundo.

En 1997, cuando egresa la primera cohorte del régimen anual, al llevar a cabo la validación interna del diseño curricular se encontraron, entre otras, las siguientes fallas (Universidad de Carabobo, 2013):

- ✓ Falta de articulación horizontal y vertical en los programas de las asignaturas.
- ✓ Exceso de indicadores alfa (conocimiento), lo cual no guarda relación con el perfil del médico que se desea formar para el país.
- ✓ Poca flexibilidad y conexiones entre las asignaturas.
- ✓ Poca claridad tanto de los objetivos como de las estrategias de enseñanza.
- ✓ Niveles de complejidad y de especialización muy altos.

Basados en lo anterior, se crearon las actuales Misión y Visión de la Escuela de Medicina y el perfil del egresado. De igual forma, se modificaron y ajustaron contenidos en las asignaturas y se capacitó al personal docente para la “visualización de un nuevo proceso enseñanza-aprendizaje más activo, que permita desarrollar en el estudiante una capacidad de análisis crítico, de anticipación y visión prospectiva, que pueda elaborar propuestas alternativas y le permitan enfrentar problemáticas emergentes” (Universidad de Carabobo, 2013: 9).

De esta forma, en 2012, la FCS, acogiendo a los lineamientos emanados del Vicerrectorado Académico, realiza un proceso de Autoevaluación y Rediseño de sus programas, que inicia con la Homologación de la carrera de Medicina de ambas sedes.

En esta oportunidad, el perfil del egresado queda conformado de la siguiente forma: el egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo deberá:

- ✓ Ser un servidor capaz de atender a la persona de manera integral, es decir, como individuo, como integrante de una familia y de la comunidad, en equilibrio con el medio ambiente, en los niveles de prevención de enfermedad, y promoción y restitución de la salud. Estará capacitado para prestar un servicio de alta calidad, completo, continuo y personalizado, en el marco de una relación duradera basada en la confianza.
- ✓ Ser un individuo con una concepción clara de su propia identidad y de su valor personal que le permita valorarse a sí mismo en su justa medida para luego valorar a los demás, ser tolerante de las debilidades propias y ajenas para aceptar y respetar la diversidad humana.
- ✓ Ser un profesional que desempeñará su labor con un alto sentido de la moral y de la ética, tanto en su manera de pensar y sentir, como en su conducta observable. En la toma de decisiones debe demostrar congruencia entre su sentir y su hacer.
- ✓ Ser un individuo con capacidad de decisión, consciente del alcance de su competencia profesional, a fin de poder referir al paciente de manera oportuna y/o seleccionar las tecnologías apropiadas con un criterio eficiente, optimizando así permanentemente la atención que presta.
- ✓ Ser un buen comunicador capaz de educar al individuo y a los grupos, capacitarlos para que adopten modos de vida saludable.
- ✓ Ser un líder que facilite la conciliación de las necesidades de salud individual y colectiva de la comunidad, y emprender medidas en su nombre.
- ✓ Poseer capacidades gerenciales para trabajar eficientemente en equipo con individuos y organizaciones dentro y fuera del sistema asistencial, con el fin de atender las necesidades de los pacientes y las comunidades a través del uso

adecuado de los datos y recursos disponibles. Será capaz de planificar y evaluar la actividad médica en todos sus niveles de atención.

- ✓ Poseer conocimiento básico y herramientas que le permitan continuar estudios a nivel de especialización y/o para aplicar el método científico a la investigación y resolución de los problemas de salud, de acuerdo a la realidad globalizada del mundo actual.

Entre sus funciones destaca ser promotor de salud, la prevención de enfermedades, restitución de la salud, investigación en salud y gestión en salud.

En este sentido; y plegados tanto a los lineamientos emanados de AVEFAM como a los del Vicerrectorado Académico de la Universidad de Carabobo, se consideran cuatro componentes para organizar las asignaturas del plan de estudio. En primer lugar; el componente general con asignaturas necesarias comunes para todas las carreras de la FCS. El componente específico conformado por asignaturas especializadas o específicas de cada carrera. El componente de formación integral, que incorpora asignaturas de orden cultural, ético, humanista y social. Por último; el componente electivo se refiere a asignaturas de libre escogencia que permitirán la flexibilidad del plan de estudios, y que tendrán temas de interés para los profesionales del área y reforzarán su competencia profesional.

En referencia al último punto; se proponen que las asignaturas electivas se inserten en las siguientes áreas temáticas (Universidad de Carabobo, 2013):

- ✓ Social o de Impacto social (Promoción, Prevención de la salud).
- ✓ Humanista.
- ✓ Gerencia y Liderazgo.
- ✓ Comunicación.

- ✓ Investigación.
- ✓ Educación para la Salud

De esta forma; la organización del plan de estudios por componente queda conformada de la manera siguiente:

1. El Componente general comprende unidades curriculares que fomentan, en el participante, el desarrollo del pensamiento crítico, el logro de habilidades para la comunicación y la convivencia, la adquisición y fortalecimiento de valores personales y sociales, que permitan la interacción positiva aún en realidades sociales adversas, de manera tal que pueda influir en la promoción de la salud. De igual forma; se orientan hacia el fortalecimiento de valores ciudadanos (actitudes), comprensión de la realidad social del país y de las comunidades, lo cual posibilitará la instrumentación de la práctica del Servicio Comunitario. Este grupo de Unidades Curriculares contribuyen a la formación integral del participante, como sustrato para la adquisición de las habilidades y destrezas específicas de la profesión (Universidad de Carabobo, 2013). A saber: Educación física y Deporte, Arte y Cultura, Ética y Deontología, Historia de la Medicina, Inglés Instrumental, Salud y Sociedad, Procesamiento y Análisis de la Información en Ciencias de la Salud.
2. El componente básico comprende unidades curriculares organizadas para desarrollar conocimientos teórico-conceptuales necesarios para la comprensión de los contenidos específicos de la Carrera (Universidad de Carabobo, 2013): Medicina psicosomática, Estadística y Demografía, Proyecto de investigación, Trabajo de investigación, Epidemiología básica, Epidemiología aplicada y las asignaturas electivas: Emergencias toxicológicas, Entrenamiento médico desastres, Ciencias de

las Salud y Actividad física , Educación sexual, Lenguaje y Comunicación, Ecología Ambiente y Salud.

3. El componente específico está conformado por un conjunto de unidades curriculares dirigidas a la adquisición de conocimientos y el desarrollo de las habilidades, destrezas y actitudes requeridas para el ejercicio eficiente, actualizado y tecnológico de las competencias propias del Egresado (Universidad de Carabobo, 2013): Anatomía humana, Histología y Embriología, Fisiología y Biofísica, Bioquímica, Psicología médica, Fisiopatología, Semiología, Microbiología, Educación para la salud, Práctica médica, Parasitología, Inmunología, Farmacología, Anatomía patológica, Clínicas médica terapéutica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica y ginecología I, II y III, respectivamente, Psicopatología, Medicina legal, Pasantía del ejercicio profesional en salud pública.

Ahora bien; la Federación Mundial de Educación Médica (WFME, 2020) ha actualizado sus estándares para hacerlos más flexibles y adaptables a diferentes culturas y contextos. En lugar de imponer requisitos específicos, los nuevos estándares ofrecen principios generales que las instituciones pueden adaptar a sus propias necesidades y circunstancias. Esto reconoce que la educación médica es influenciada por factores sociales y culturales, y que lo que funciona en un lugar puede no funcionar en otro. Dejando de lado, entonces, el reconocimiento de que la educación médica es una disciplina basada en la evidencia.

Estos nuevos estándares invitan a las instituciones u organizaciones a interpretarlos según su propia cultura, recursos, aspiraciones y valores, mientras abordan las áreas especificadas de rendimiento. Esperaríamos una variedad de estándares localmente relevantes derivados dentro del marco amplio que se establece en esta publicación.

La WFME reconoce la diversidad de sistemas educativos médicos en el mundo. Algunos países tienen reglas muy estrictas sobre cómo se debe enseñar medicina, mientras que otros dejan más libertad a las escuelas. En este sentido; los nuevos estándares se adaptan a esta diversidad. En lugar de dar instrucciones muy detalladas, los estándares ofrecen principios generales que las escuelas pueden adaptar a su propia realidad. El objetivo es fomentar la reflexión y la adaptación local. Los estándares invitan a las escuelas a pensar sobre su propia misión y valores, y a desarrollar sistemas de enseñanza y evaluación que sean adecuados para sus estudiantes y su contexto. En este sentido; los estándares pueden servir como guía para nuevas escuelas, o como punto de partida para revisar los sistemas ya existentes. Las escuelas pueden usar los estándares tal como están, o pueden crear sus propios estándares más detallados basados en los principios de la WFME. El objetivo es ayudar a las escuelas de medicina a desarrollar programas de alta calidad que se adapten a las necesidades de sus estudiantes y de sus comunidades.

Los estándares se presentan en ocho áreas: misión y valores, currículo, evaluación, estudiantes, personal académico, recursos educativos, aseguramiento de la calidad y gobernanza y administración.

Los estándares globales de la WFME (2020) enfatizan la importancia de formar a los médicos como excelentes comunicadores. Para lograr esto, recomiendan que la formación médica sea adaptada al contexto específico en el que los futuros profesionales ejercerán. Esto implica diseñar experiencias de aprendizaje que no solo abarquen conocimientos técnicos, sino también habilidades interpersonales y comunicativas. En este proceso, la evaluación también juega un papel crucial. Los estándares proponen un sistema de evaluación continua que

incluya retroalimentación específica sobre las habilidades comunicativas de los estudiantes. Esta retroalimentación permite, a los futuros médicos, identificar sus áreas de mejora y trabajar en ellas de manera sistemática.

La integración de la comunicación en el currículo médico es fundamental. Esto puede lograrse a través de módulos específicos dedicados a ella, así como mediante la inclusión de evaluaciones que evalúen directamente la interacción médico-paciente. De esta manera, se garantiza que los médicos en formación desarrollen las habilidades necesarias para comunicarse de manera efectiva en diversas situaciones clínicas.

El médico es, en esencia, un educador. Sobre sus hombros recae la gran responsabilidad de comunicar, comprender, guiar, negociar y seguir aprendiendo.

Aspectos legales

Los aspectos legales de la presente investigación están conformados por aquellos articulados extraídos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999); el Código de Deontología Médica (2003); la Ley del Ejercicio de la Medicina (2011) y los Estándares para la Educación Médica Básica de la Federación Mundial para la Educación Médica (FEME, 2020).

Para el logro de una de las finalidades de la presente investigación, la cual consiste en interpretar el significado de la interacción social del discurso médico como construcción académica, se ha considerado el contenido de los artículos 83 y 84 del Capítulo V de la CRBV, referido a los Derechos Sociales y de las Familias. El ejercicio de la Medicina implica un compromiso social para contribuir con la preservación de la salud a través de sus conocimientos, competencias y actitudes. En este sentido, cabe citar seguidamente los artículos referidos:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

En estos artículos se observa que, para el Estado venezolano la salud es un derecho social fundamental que debe garantizar con el apoyo de profesionales formados en las instituciones de educación superior del país. Para tales efectos, del Capítulo VI: De los Derechos Sociales y Educativos, se han considerado los artículos 102, 103, 104, 106 y 109.

Artículo 102 La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria. El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad. La educación es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes del pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio de su personalidad en una sociedad democrática basada en la valoración ética del trabajo y en la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social, consustanciados con los valores de la identidad nacional y con una visión latinoamericana y universal. El Estado, con la participación de las familias y la sociedad, promoverá el proceso de educación ciudadana, de acuerdo con los principios contenidos en esta Constitución y en la ley.

Artículo 103 Toda persona tiene derecho a una educación integral de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado. La impartida en las instituciones del Estado es gratuita hasta el pregrado universitario. A tal fin, el Estado realizará una inversión prioritaria, de conformidad con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas. El Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo. La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad y a quienes se encuentren privados o privadas de su libertad o

carezcan de condiciones básicas para su incorporación y permanencia en el sistema educativo.

Artículo 104. La educación estará a cargo de personas de reconocida moralidad y de comprobada idoneidad académica. El Estado estimulará su actualización permanente y les garantizará la estabilidad en el ejercicio de la carrera docente, bien sea pública o privada, atendiendo a esta Constitución y a la ley, en un régimen de trabajo y nivel de vida acorde con su elevada misión. El ingreso, promoción y permanencia en el sistema educativo, serán establecidos por ley y responderá a criterios de evaluación de méritos, sin injerencia partidista o de otra naturaleza no académica.

Artículo 105. La ley determinará las profesiones que requieren título y las condiciones que deben cumplirse para ejercerlas, incluyendo la colegiación.

Artículo 109. El Estado reconocerá la autonomía universitaria como principio y jerarquía que permite a los profesores, profesoras, estudiantes, egresados y egresadas de su comunidad dedicarse a la búsqueda del conocimiento a través de la investigación científica, humanística y tecnológica, para beneficio espiritual y material de la Nación. Las universidades autónomas se darán sus normas de gobierno, funcionamiento y la administración eficiente de su patrimonio bajo el control y vigilancia que a tales efectos establezca la ley. Se consagra la autonomía universitaria para planificar, organizar, elaborar y actualizar los programas de investigación, docencia y extensión. Se establece la inviolabilidad del recinto universitario. Las universidades nacionales experimentales alcanzarán su autonomía de conformidad con la ley.

En conjunto, estos artículos de la Constitución consagran la formación de profesionales de la salud como un derecho fundamental y una responsabilidad del

Estado, quien debe garantizar una formación de calidad, integral y basada en principios éticos para que los profesionales de la salud puedan contribuir al bienestar de la población.

En tercer lugar, de la CRBV, Sección Tercera: De la Función Pública se contemplan los artículos 144 y 146, referidos a las normas que regulan las funciones del médico como empleado de la Administración Pública en el ejercicio de la Medicina, por lo cual su ingreso, ascensos y retiro se deben efectuar tal como está contemplado en los instrumentos jurídicos que norman su desempeño. Se reproduce literalmente el contenido de los artículos señalados.

Artículo 144. La ley establecerá el Estatuto de la función pública mediante normas sobre el ingreso, ascenso, traslado, suspensión y retiro de los funcionarios o funcionarias de la Administración Pública, y proveerán su incorporación a la seguridad social. La ley determinará las funciones y requisitos que deben cumplir los funcionarios públicos y funcionarias públicas para ejercer sus cargos.

Artículo 146. (...) El ingreso de los funcionarios públicos y las funcionarias públicas a los cargos de carrera será por concurso público, fundamentado en principios de honestidad, idoneidad y eficiencia. El ascenso estará sometido a métodos científicos basados en el sistema de méritos, y el traslado, suspensión y retiro será de acuerdo con su desempeño.

Por su parte; el Código de Deontología Médica (2003), en el Título I, Capítulo Primero, referido a la Declaración de Principios, sostiene que es posible conocer algunos de los conceptos asociados al conjunto de principios y reglas que guían la conducta profesional del médico en Venezuela mediante preceptos de carácter moral, los cuales aseguran una práctica honesta y conducta honorable. En este

sentido; los conceptos definidos en dicho segmento son Ethos médico, Código de Ética y Ley de Ejercicio de la Medicina, vinculados entre sí.

Seguidamente; en el Capítulo Segundo del mismo Código, se vislumbra el juramento que realiza todo médico en Venezuela. Dicho juramento posee gran importancia para este trabajo pues, en él se observa el compromiso adquirido por estos profesionales para el ejercicio de la Medicina ante el Estado, las instituciones y el pueblo venezolano. Tal como queda expresado en su contenido, el accionar del médico se regirá por los principios éticos y deontológicos allí contenidos, adoptado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central el 14 de febrero de 1984 y transcrito fielmente a continuación:

Juramento

Se evoca a Luis Razetti, apóstol de la moral médica en Venezuela, para realizar el juramento a cumplir y los siguientes postulados, que han sido transcritos literalmente.

- a) Desempeñaré mi profesión con esmero y dignidad, velando con el máximo respeto por la vida de más semejantes y aún bajo amenaza no empleare más conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad.
- b) Profesaré a más (sic) maestros el respeto y gratitud que se hayan hecho merecedores e intentaré, con todos los medios a mi alcance, mantenerme permanentemente informado de los avances del conocimiento médico.
- c) No permitiré que la satisfacción intelectual derivada de mi capacidad para identificar y tratar las enfermedades y de contribuir al progreso de la ciencia médica me hagan olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona.

d) No intentaré nuevos tratamientos o procedimientos de investigación si los riesgos para el paciente exceden los posibles beneficios, cumpliendo estrictamente las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en los Seres Humanos.

e) No permitiré que motivos de lucro interfieran el ejercicio libre e independiente de mi juicio profesional.

f) Preservaré en absoluto secreto las confidencias que se me hagan durante mi actuación profesional, aún después de la muerte del enfermo.

g) Mi reverencia por la vida al atender enfermos terminales no colidará con mi obligación fundamental de aliviar el sufrimiento humano.

h) Mantendré con todas más (sic) fuerzas el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica y no haré distinción en el ejercicio de más obligaciones ni por adhesión a partido político o posición social.

i) No estableceré diferencias en mi dedicación y en la calidad de la atención prestada al enfermo, se trate de servicios médicos contratados, de carácter individual o de índole gratuita.

j) Daré estricto cumplimiento a los principios éticos de nuestra profesión, procurando para los demás aquello que, en circunstancias similares, desearía para mí y para mis seres queridos.

Este juramento conlleva a su práctica continua y; por ende a la transferencia de estos valores de generación en generación de médicos, tanto en las instituciones de salud como en las universidades.

Por su parte, el artículo 2º consagra el conocimiento médico como base fundamental del hacer profesional en el campo de la Medicina en la sociedad contemporánea, en el cual la actualización y el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) les brindará las herramientas para su

capacitación; lo cual les permitirá aplicar dichos conocimientos y ponerlos al servicio de la relación médico - paciente.

De igual forma; la Ley del Ejercicio de la Medicina, Título II, Capítulo Primero Deberes Generales de los Médicos expresa:

Artículo 2°. El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida.

Artículo 11. El médico en su ejercicio profesional público o privado deberá actuar de acuerdo con las normas y condiciones morales y materiales que rigen la realización del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico/paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional.

El contenido de estos artículos conlleva a la reflexión sobre el acto médico basado en el respeto, la dignidad y en la relación médico – paciente, por parte del profesional de la salud.

Artículo 19. La Medicina es una profesión noble y elevada y no un simple comercio. La conducta del médico debe ajustarse siempre y por encima de toda consideración, a las normas morales de justicia, probidad y dignidad.

Parágrafo Uno: En el campo científico informarán y orientarán sobre los adelantos científicos, nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, estimulando a los organismos médicos, académicos y científicos para que las declaraciones públicas de sus miembros sean hechas por intermedio de los directivos o miembros autorizados de las respectivas corporaciones.

El médico no debe ejercer, al mismo tiempo que la Medicina, otra actividad incompatible con la dignidad profesional. También se observa que queda establecido que, además del respeto y la dignidad, la justicia y la probidad deben caracterizar al profesional que ejerce la Medicina.

Artículo 24. Para la prestación idónea de sus servicios profesionales, el médico debe encontrarse en condiciones psíquicas y somáticas satisfactorias, mantenerse informado de los avances del conocimiento médico y mostrar una conducta moral irreprochable.

Artículo 44. Todo médico debe procurar su afiliación a alguna sociedad científica que tenga relación con las ciencias médicas y contribuir con sus conocimientos, tiempo y energía a que estos organismos representen los ideales de la profesión.

Los artículos precedentes hacen un llamado al cuidado de la salud mental y física, a la rectitud moral y a la necesidad de dedicación en tiempo y energía para hacer posible la concreción de los ideales de la profesión médica a partir de la actualización y capacitación ya mencionadas en líneas anteriores.

En cuanto a lo estipulado en el Título II, Capítulo Primero, en torno al Ejercicio Institucional de la Medicina y de los Deberes del Médico en Materia de Medicina Social, se resaltan siguientes artículos que han servido de insumo para el análisis efectuado.

Artículo 82. Se entiende por ejercicio institucional de la Medicina la prestación de servicios por medio de médicos contratados por instituciones oficiales o privadas, a la población en general o grupos definidos de la misma.

Para el caso particular de los sujetos que participaron en este estudio, la prestación de servicios se lleva a cabo en dos hospitales públicos de la Región Central del país.

Artículo 83. Los médicos al servicio de organizaciones dedicadas al ejercicio institucional de la Medicina deberán cumplir su trabajo profesional de acuerdo con las normas tradicionales del acto médico. Este se basará, por tanto, en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico-paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional.

Conviene resaltar la relevancia que el trato digno y de la relación médico – paciente poseen dentro de las instituciones públicas y se encuentra presente en toda la normativa que rige la actividad del profesional de la medicina.

La matriz epistemológica presentada en la Tabla 2 es la herramienta que sirvió para organizar y visualizar, de forma clara, el estudio. En este sentido; la investigación utiliza la fenomenología para describir las experiencias subjetivas de los participantes y, a través de entrevistas en profundidad, se busca comprender cómo los médicos y los pacientes viven y experimentan la interacción médica. Una vez recolectados estos datos, se utilizó la hermenéutica para interpretar los significados que se encuentran en esos relatos.

Finalmente, el análisis del discurso permite identificar los mecanismos lingüísticos que se utilizan para construir y transmitir esos significados. De esta forma, ofrece una visión general de una investigación que, al analizar el discurso médico, arroja luz sobre cómo construimos nuestra realidad y cómo el lenguaje juega un papel crucial en la relación médico-paciente-familiar.

Tabla 2

Matriz Epistemológica

Título: El Discurso Médico como Construcción Discursiva y el Mundo de la Vida de los Participantes

Línea maestra estratégica: Generar un conocimiento teórico que permita comprender el discurso médico, como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los participantes

Líneas maestras tácticas	Preguntas	Tarea	Fuente	Recolección	Metódica	Técnica de Análisis
Identificar el papel histórico del conocimiento y la práctica médica en la configuración del discurso médico	¿Cuál ha sido el papel histórico del conocimiento y la práctica médica en la configuración del discurso médico?	Investigar en la literatura referente al tema	Textos	Documental	Hermenéutica	Análisis de contenido
Describir el uso de las herramientas discursivas para formar y legitimar nuevas realidades sociales en el ámbito del discurso médico y el mundo de la vida de los participantes.	¿Cómo se utilizan las herramientas discursivas en el ámbito del discurso médico en el mundo de la vida de los participantes?	Investigar las herramientas discursivas en el ámbito del discurso médico en el mundo de la vida de los participantes	Médicos Pacientes Familiares de paciente	Entrevista en profundidad	Fenomenología Hermenéutica	Análisis del discurso
Descifrar la interacción social del discurso médico como construcción académica y el mundo de la vida de los participantes	¿Cuáles procesos curriculares facilitan la interacción discursiva en el mundo de la vida de los participantes?	Identificar los procesos curriculares facilitan la construcción del Discurso Médico como mecanismo de acercamiento social al mundo de vida de los participantes	Programa Curricular de la carrera de medicina	Documental	Hermenéutica	Análisis de contenido

Nota Molina Boscán (2024)

MOMENTO III

RECORRIDO METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación

Esta investigación está sustentada en el enfoque cualitativo, utilizando el abordaje fenomenológico – hermenéutico como método interpretativo.

En este sentido, desde el punto de vista fenomenológico, se basa en Husserl (1962), dado que, para este autor, la fenomenología es una ciencia que busca descubrir las estructuras que son esenciales de la conciencia; en este sentido, no busca describir un fenómeno en particular si no descubrir su esencia o *éidos*, universalmente, válida y científicamente útil. Se centra, entonces, en el estudio de realidades vivenciales poco comunicables, al considerar que el mundo está compuesto por eventos y hechos, por valores, bienes, vivencias, entre otros.

El mundo de vida es, entonces, el referido a la experiencia sensible sumado al de la vida mental que se alimenta de aquella. La experiencia es multisignificativa; es decir, se alimenta de valores, afectos, entre otros y, es allí, precisamente, donde subyace el contenido. Por tanto; el contenido se relaciona con la idea de que nuestra vida no es solo una serie de eventos, sino que cada evento tiene un significado personal y único para cada persona. De esta forma; hablamos del mundo de nuestra vida y, en él, cada uno de nosotros cuenta con un fondo de sentido permanente de forma implícita.

Dentro de este marco metodológico, Gadamer (1998), considera a la hermenéutica, como una herramienta para acceder a la comprensión e interpretación correcta de los fenómenos. Comprender e interpretar textos abarca toda la experiencia humana en el mundo, incluyendo la visión científica. No

obstante, la hermenéutica para Habermas (2001), es una vía crítica que busca llegar al núcleo del pensamiento. La interpretación hermenéutica se centra en los códigos lingüísticos y la racionalidad humana, considerando tanto la acción expresada en el texto como el pensamiento mediado por el lenguaje.

Momentos Investigativos

La investigación se abordó utilizando la episteme del Círculo Hermenéutico propuesto por Gadamer (1998) y el análisis del discurso para descubrir los efectos constructivos del discurso (Urra et al, 2013), permitiendo una interpretación global de los textos. Dilthey, citado por Martínez (2004), define el círculo hermenéutico como un "movimiento del pensamiento que va del todo a las partes y de las partes al todo," aumentando el nivel de comprensión en cada movimiento. De esta forma, el círculo hermenéutico evidencia un proceso dialéctico virtuoso. Gadamer (1998) afirma que el objetivo no es destruir el argumento del otro, sino valorar su fuerza y encontrar su verdadero valor.

En este punto es importante aclarar que los textos, en palabras de Parker (2015) pueden tener formas variadas; es decir, pueden ser: hablados, escritos, símbolos o imágenes. No son significativos en su forma individual, sino que necesitan la interacción con otros textos, con los diversos discursos en que ellos se conforman, y con la naturaleza de su producción, disseminación y consumo.

De esta forma; los discursos son captados y promulgados en una gran variedad de textos, los cuales son considerados, tanto en su forma individual o no, como una unidad discursiva (sujeto-unidad) o un material de manifestación discursiva (objeto de estudio). En este sentido; Cortez y Camacho (2003) explican que para ser o plasmarse como discursos requieren de una modalidad oral o escrita (textos), un género como forma de interacción y representación (panel, debate,

entrevista); un registro (técnico, formal, coloquial); un modelo de tipo textual (argumentativo, narrativo, retórico), y un ámbito cultural del lector o de la audiencia (jóvenes, adultos, hombres, mujeres, tecnológico, científico)

El Círculo Hermenéutico requiere, entonces, la disposición del intérprete para entender los significados ofrecidos por el sujeto a través del texto. Se aplica una rigurosidad metodológica que adecua temporalidad y contexto sociocultural, respetando el formato semántico. La comprensión es la fase inicial del Círculo Hermenéutico, apoyándose en construcciones teóricas basadas en fuentes originarias y constatadas en el mundo de la vida. La interpretación implica una mediación entre el intérprete y el texto, permitiendo una comprensión profunda de las situaciones.

La episteme del Círculo Hermenéutico presenta tres niveles de análisis que lo permean y le dan consistencia al proceso de interpretación. El primer nivel es de análisis formal y, se intenta aprehender el primer formato del corpus narrativo; es decir; comprender la composición del texto, las relaciones y las conexiones en el tiempo y los lazos efectuales. El segundo nivel es el análisis semántico. Se aborda el mismo desde dos posturas: la estructura superficial de los elementos (sujetos o agentes, acciones, estados, objetos, tiempos, lugares y situaciones) y, el análisis de la estructura profunda o de contenidos significantes; de esta forma, se establecen redes de interconexión entre ambas estructuras, descubriendo significados ocultos en la semántica o la gramática. El tercer nivel de análisis se refiere al ámbito sociocultural. Aquí, el texto debe sumergirse en el contexto que cobija al ser-texto y explorar las condiciones socioculturales en dónde se produce para armar, categorialmente, una base en la que confluyan las dinámicas de pensamiento, los

marcos de organización sociocultural y la codificación de la realidad comprendida e interpretada.

Se utilizó el análisis del discurso (AD), el cual es (Urra et al, 2013) tanto un método como una metodología con perspectiva cualitativa. Involucra un conjunto de supuestos concernientes a los efectos constructivos/críticos del lenguaje, en donde los discursos son mirados como constitutivos del mundo social.

Fairclough (1993) explica que existen dos grandes escuelas de análisis: la anglosajona con un análisis más lingüístico, que detalla el texto y el habla (microdiscursos), y otra que viene evolucionando desde la teoría social, influenciada por Foucault y otros teóricos, tiende a un AD más complejo con análisis interdiscursivo, de construcciones de ideologías, creencias, y acciones que se reflejan en las prácticas sociales (macrodiscursos).

En este sentido; el AD se realizó a través de un análisis lingüístico de categorías (Suurmond, 2005); el cual es un sistema de conceptos interconectados, en el cual un sistema de categorías es un sistema de pensamiento particular conforme a un sujeto. En este sentido; Stone, citado por Yunov (2003) afirma que las categorías son constructos mentales; es decir, límites intelectuales que asignamos sobre el mundo y la realidad, lo que nos permite aprehenderla y vivir de una forma determinada; ya que la naturaleza no tiene categorías. Éstas, entonces, “conforman clasificaciones detalladas de un número de ítems de acuerdo a las cualidades percibidas para estar en ellas” (Urra et al, 2013: 54).

De esta forma; los nombres de las categorías conforman conjuntos, compuestos por los miembros con características similares o diferentes. Para su análisis, sostiene Yunov (2003), se busca categorías de errores, conocimiento

tácito, puntos de vista, registros, características/ silencios ocluidos, y así situar el conocimiento local y los cambios.

Es importante resaltar que se utilizó el análisis faoucauldiano (Suurmond, 2005) como intercepción para revisar los discursos de poder en el área médica. Es un análisis de la posición de las personas y la forma en que ésta reproduce la relación del saber/poder. Sostiene Foucault (2003) que el micro poder es donde se tejen las relaciones de poder y puede ser ejercido por quien, asimétricamente, se encuentre por encima del otro. Esta perspectiva se focaliza en las prácticas discursivas dentro del discurso, que están acompañadas por las palabras y frases que permiten, a los que hablan, tener una posición de ellos en relación al poder. Es, entonces, un dispositivo ideológico presente, especialmente, en el discurso médico y, en su análisis, se inspeccionan frases, términos, tono, ejemplos, usos del lenguaje, palabras claves, entre otros.

Para el desarrollo del proceso de abordaje cualitativo, fue necesario la lectura reiterada de los registros de entrevista que ofrecieron los informantes. Posteriormente, se utilizó el Programa Atlas.ti/8 como plataforma de organización de los aportes develados en relación con el tema. De la misma manera, este registro de procesos de abordaje arrojó tres tipos de reporte que fueron interpretados: Tablas de categorizaciones en vivo, donde la investigadora escribió cada categoría emergente en forma paralela al segmento de discurso que le permitió identificarla; informe de síntesis de rasgos significativos encontrados en el proceso, que incluye la creación de familias de macrocategorías y la cuantificación de las mismas a través de una tabla de una sola celda donde se estructuran verticalmente y en forma detallada y, por último, el mapa o la red de relaciones entre categorías que ofrece

múltiples posibilidades que van más allá de la interpretación y que permiten develar una realidad que ofrece diversidad de perspectivas.

Sujetos Significantes

Se seleccionaron cinco sujetos significantes: dos médicos, dos pacientes y un familiar de paciente. Los sujetos significantes son aquellos que pueden dar testimonio de sus vivencias, siendo protagonistas de su historia dentro de un mundo sociocultural. Ese mundo contiene al sujeto significativo y sus relaciones de valores, pertenencia y lenguaje.

Para el caso del presente estudio, los sujetos significantes se identificaron de la siguiente forma: El informante 1 es la Balanza. Se trata de una médica con 3 años de graduada de la Universidad de Carabobo, que ha trabajado como médico ocupacional y que realiza estudios de postgrado en Anestesiología. El informante 2 se identifica como el Puente. Es una odontóloga egresada de la Universidad de Carabobo y familiar de paciente. El informante 3 es el Esquivo. Se trata de un médico egresado de la Universidad de Carabobo, que realiza estudios de Traumatología. Los informantes 4 y 5 son, respectivamente, el Conciso, un paciente de cirugía y, la Búsqueda del equilibrio, paciente de ginecología.

Instrumento de recolección de datos

La entrevista cualitativa permite que la información se recopile de forma detallada; ya que, el informante comparte oralmente con el investigador lo relacionado a un tema particular o un evento acaecido en su vida (Fontana y Frey, 2005). En la entrevista a profundidad, el entrevistador lleva una guía del tema o los temas a cubrir, términos y orden de las preguntas. Estos últimos tienden a cambiar en el curso de la entrevista y pueden surgir nuevas interrogantes basadas en lo dicho por el entrevistado; por tanto, las preguntas son abiertas y flexibles. Este tipo

de entrevista facilita la cooperación y la empatía, permite ver hasta dónde llega el conocimiento del entrevistado y una mejor evaluación de lo que piensa y, a su vez, puede producir respuestas inesperadas. Para Goetz y Lecompte (1998) es preferible buscar y seguir protocolos usados consistentes con los fines y el diseño de la investigación que se esté realizando.

Escenario de investigación

La investigación se circunscribe en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) de la ciudad de Valencia. Todos los sujetos de investigación se relacionan, como personal médico, pacientes y familiar de paciente con esta reconocida institución carabobeña.

Estructura metodológica

La recolección de la información se llevó a cabo en la CHET, a través de entrevistas profundas usando el grabador de un teléfono Samsung Galaxy A21S, las cuales luego, fueron transliteradas en formato de texto a través de un procesador de palabras.

Al completar ese paso; se dio inicio al proceso de análisis de la información cualitativa a partir de la categorización, la codificación y la triangulación. Para tales efectos, Bustingorry et al (2006) afirma que la primera “hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico”. En este sentido; las categorías admiten un significado y se pueden referir a contextos, actividades, situaciones, acontecimientos, comportamientos, relaciones entre personas, sentimientos, opiniones, perspectivas sobre un problema, métodos, procesos o incluso, estrategias (Bustingorry, S; Sánchez, I; Ibáñez, F, 2006).

La codificación, por su parte, se refiere a la operación concreta de asignarle, a cada unidad, un código propio de la categoría en la que se considera incluida.

Estos códigos, que representan a las categorías, consisten, entonces, en marcas que se añaden a las unidades de datos y que sirven para indicar la categoría a la cual pertenecen.

Finalmente, la triangulación se refiere, en palabras de Flick, U (2007), como “una estrategia para validar los resultados obtenidos con los métodos individuales” (p.244). Este mismo autor, de igual manera, sostiene que “la triangulación se puede utilizar como un enfoque para fundamentar más el conocimiento obtenido con los métodos cualitativos” (p. 244). Para el caso específico de esta investigación, la estrategia utilizada se distingue como triangulación metodológica entre métodos, pues, en ella, la información recolectada se presenta bajo el uso de dos técnicas y se busca la relación.

MOMENTO IV

CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS PARA EL ACERCAMIENTO SOCIAL

En los momentos precedentes, se establecieron el marco epistémico y el recorrido metodológico usado para generar un conocimiento teórico que permita comprender el discurso médico, como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los participantes. Con el objetivo de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, se llevó a cabo un análisis fenomenológico del discurso de los participantes. En este momento, se presenta y analiza la información recabada a través de la entrevista a profundidad, la cual permitió la construcción de categorías fundamentales para el desarrollo del constructo fenomenológico propuesto, cuyo contenido se presenta y se triangula en el Momento V como parte de los aportes del presente trabajo de investigación.

El estudio generó tres tipos de registros para analizar la información. En primer lugar, las tablas de categorización en vivo, que presentan un registro detallado y simultáneo de las categorías que surgieron a medida que se analizaba el discurso. En segundo lugar, el informe de síntesis que es un resumen más general que agrupó las categorías en "familias de macrocategorías" y las cuantificó para obtener una visión general de los temas más recurrentes. Y, en tercer lugar; el mapa o red de relaciones, que es una representación visual que muestra cómo las diferentes categorías se relacionan entre sí, ofreciendo una perspectiva más amplia y compleja de la información.

De esta forma, a continuación, se presentan los registros organizados por informantes y por segmentos de entrevistas, con sus respectivos análisis.

Entrevista 1 Sujeto de investigación: la Balanza

Tabla 3

Entrevista 1. Segmento 1

Categoría	Descripción
Comunicación familiar	Su capacidad puede estar limitada de acuerdo a la patología que presente. <u>A veces hay que recurrir a los familiares</u> , si el paciente está inconsciente o no logra comunicarse coherentemente. <u>A veces, decidir sin consultar, aunque no se debe, pero toca; porque hay situaciones, emergencias, que se te van presentando, claro, no en consulta, y se debe decidir sobre la marcha.</u>
Decisiones apresuradas	No puedes esperar a que el paciente salga de la anestesia o salir de quirófano para preguntar a los familiares, simplemente, se actúa y luego se informa.
Evasión de vínculos	El esfuerzo es igual tanto si lo conozco bien o no. Es dar lo mejor por cada paciente que llega a tus manos. Y, claro, dependiendo de la condición que presente. Sin embargo; existen relaciones mayores, por ejemplo, <u>nosotros no deberíamos tratar a nuestros familiares directos, porque podríamos caer en errores, sin embargo, en esos casos formamos parte del grupo médico que los atiende.</u>

Trabajo colaborativo	Bueno, en la relación médico-paciente, siempre te inculcan, desde que empiezas a estudiar, <u>que no deben</u>
Ética	<u>haber lazos con el paciente, entonces, está difícil de que lo</u>
Ausencia de vínculo	<u>vea como un hijo</u>
Presencia de vínculo	<u>Si se ha establecido un vínculo al inicio del tratamiento del paciente, el médico se convierte en esa madre que está pendiente de ellos y es estricta con el cumplimiento de su tratamiento.</u>
Visión colaborativa	<u>Ayudar al que lo necesite... de servicio. No soy capaz de negar mi ayuda a nadie, aun estando fuera del hospital o de la consulta. Trato siempre de dar mi mejor esfuerzo y colaborar con quien lo necesite.</u>
Intento por hacerse entender	<u>Busco la forma en que me entienda, a menos que el paciente sea otro médico o algún personal de salud que entienda las indicaciones sin ser coloquial.</u>
Preguntas	<u>Preguntándole si entendió y diciéndole que repita todo lo</u>
Comprensión	<u>que debe hacer en sus propias palabras, a ver si</u>
Paráfrasis	<u>entendió o no entendió. Procuro utilizar terminología</u>
Léxico accesible	<u>médica popular para que me entiendan mejor.</u>

La apertura de esta primera entrevista, devela la perspectiva familiar en torno a decisiones que, en ocasiones, se asumen de forma apresurada y que se

vinculan con el proceso de comunicación con el profesional de la medicina. Éste, por su parte, trata de evadir vínculos, aunque se presenten, por un asunto vinculado con la ética. Se evidencia una visión colaborativa y un intento por hacer entender a los familiares de los pacientes los temas que emergen de sus preguntas a través de la paráfrasis y el uso de un léxico accesible a las personas que solicitan la información, en vista de que los términos médicos se consideran de exigencia semántica en muchos casos. En el segundo fragmento de esta primera entrevista, se devela la visión del paciente.

Tabla 4

Entrevista 1. Segmento 2.

Categoría	Descripción
Comunicación dirigida	Al paciente, si están los dos, bueno, a los dos; pero, <u>la forma de comunicárselo sería la que el paciente entienda</u>
Paciente como interpretante	<u>el diagnóstico, tratamiento</u> y, <u>si el familiar quiere mayor información, ya sería una comunicación aparte entre médicos</u> . Nunca pongo al paciente por debajo del familiar
Familiar como interpretante	médico o personal de salud. <u>Mi paciente es el que debe recibir mi cuidado y atención. Aunque de darse una</u>
alternativo	<u>emergencia y no tener tiempo de explicaciones, me</u>
Comunicación contextualizada	<u>dirigiría directamente al familiar médico para solventar y, luego, con calma, explicar al paciente</u>
Visión esencial	<u>No, eso no afecta mi trato. Nunca ha sido un factor importante en mi vida</u>

Establecimiento de clima comunicacional	<u>Sacarles conversación sobre su vida sus actividades cotidianas,</u>
Interacción oral	<u>cuando comienzan a hablar se relajan y se puede hacer el examen físico,</u>
Preguntas y respuestas concretas	<u>a medida que avanzo voy haciéndole preguntas de si le duele, cuando comenzó la molestia y</u>
Confianza	<u>van respondiendo con mayor confianza</u>
Contacto visual	Sí, claro, aunque hay quienes se ponen a escribir mientras el paciente habla, pero <u>yo prefiero mirarlos y que sientan</u>
Atención	<u>que les presto atención porque así me gusta que me atiendan</u>
Explicación	<u>Le voy a explicando qué es lo que estoy haciendo y para</u>
Interacción oral	<u>qué lo estoy haciendo. Les busco conversación</u>
Enseñanza	<u>Sí bueno cuando vimos bioética nos enseñaron a cómo</u>
descontextualizada	<u>tratar al paciente y teníamos una parte práctica en cuanto</u>
Práctica en la vida	<u>a eso, pero nunca nos dijeron que palabras usar</u>

Ausencia de estrategias discursivas	<u>No</u>
Práctica diaria	<u>Nada, con la práctica diaria, cada paciente es distinto y con cada uno hay que tener un trato diferente.</u>
Empirismo	<u>Cada uno es una escuela y te enseña cosas diferentes, no solo del trato al paciente, sino de la vida misma</u>

En este proceso de comunicación que se da en los contextos médicos, debe prevalecer la mediación para la comprensión, por ello para garantizar la efectividad del paciente y de los familiares como sujetos interpretantes, el discurso debe estar contextualizado y debe ser coherente con la visión esencial del paciente para el establecimiento de un clima de interacción y de confianza en el que las preguntas y respuestas concretan se caractericen por la atención, el contacto visual, explicaciones vinculadas con la vida y hasta el elemento didáctico de la enseñanza si fuere necesario.

En muchos casos, este tipo de comunicación falla debido al empirismo y la ausencia de estrategias comunicativas que garanticen esa confianza con paciente y familiares, debido a que la práctica diaria del médico lo absorbe, lo sumerge en sus tecnicismos y la dinámica profesional que dista de un discurso cotidiano y comprensible en muchas ocasiones. Esta necesidad de determinar rasgos en este tipo de comunicación se profundiza en el tercer segmento de la entrevista.

Tabla 5

Entrevista 1. Segmento 3.

Categoría	Descripción
Establecimiento de vínculo	Exacto. <u>No todos son iguales y, al ser diferentes entonces las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente.</u>
Lenguaje gestual	<u>Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el</u>
Orientación de la comunicación	<u>paciente,</u> pero poco a poco, <u>te vas a recuperando,</u>
Paciente - contexto	<u>a veces, no lo logras y el paciente no regresa más,</u>
Ruptura o no consolidación de la comunicación	<u>pero normalmente uno vuelve a agarrar el cauce</u>
Desconocimiento de políticas de salud	<u>No, no lo conozco y, si es de 1993 en la universidad tampoco nos dijeron nada de eso</u>
Confianza	Supongo, porque <u>se estaba perdiendo la empatía con el</u>
Empatía	<u>paciente a la hora de comunicarle diagnósticos o no se lograba la confianza para que el paciente te dijera lo que sentía, cuáles eran sus padecimientos reales</u>
Autonomía en el ejercicio	<u>No porque cada quien es como es y trata a sus pacientes como mejor le parezca</u>

Discurso adaptado al interpretante	Depende de qué estemos hablando. <u>Si estamos hablando de un paciente, bueno hablaríamos en términos médicos; generalmente uno no es tan coloquial entre</u>
Lenguaje propio de la medicina	<u>médicos si estamos hablando de enfermedades y todo eso. Cuando escuchas hablar a los médicos, entre ellos,</u>
Terminología especializada entre profesionales de la salud	<u>es posible que no entiendas casi nada, porque todo va a estar basado en terminología médica: diagnósticos, tratamientos, pronósticos, procedimientos...</u> eso es como cuando tú me hablas de estrategias comunicativas o discursivas, yo creo que sé de lo que me estás hablando; pero, a veces, dudo; porque no es con lo que trabajo cotidianamente
Ausencia de relación uniforme-poder	<u>Obviamente al tener una bata o uniforme te perciben como personal de salud pero que tenga otro significado</u> <u>No creo identificación y ya no creo que eso me haga más o menos</u> Aunque <u>hay personas médicos que los ves</u>
Bioseguridad	<u>en cualquier parte con la bata puesta</u> la bata Es una <u>herramienta de trabajo que tiene que ver con la bioseguridad no es para tenerla encima del hospital fuera del hospital o la consulta</u>

Aunque en muchas ocasiones se evita, se da un vínculo de contextualización entre médico y paciente que parte de la expresión corporal del médico, del lenguaje gestual que genera confianza y empatía. A pesar de la autonomía en el ejercicio

médico, es preciso respetar el lenguaje propio de la medicina, pero contextualizando protocolos discursivos que permitan la comprensión, ya que entre colegas puede utilizarse el lenguaje especializado, pero con los familiares y el paciente el todo y la semántica debe adaptarse al contexto. En el cuarto segmento se sugieren los efectos de este tipo de discurso y parte de la realidad que se vive en los contextos comunicativos médico-paciente.

Tabla 6

Entrevista 1. Segmento 4.

Categoría	Descripción
Ausencia de empatía	A veces, bueno; <u>porque si me pusiera en el lugar de todos, tuviera la úlcera más grande...si nos pusiéramos en el lugar de todos los pacientes, viviéramos llorando y afectados diariamente.</u>
Objetividad	A veces es necesario poner distancia, que no nos afecte de forma particular; <u>porque no lograríamos la objetividad necesaria para determinar nada y,</u>
Trato ético	ahí, <u>sí se verían vulnerados los derechos del paciente a</u>
Confianza	<u>un trato ético y perderíamos, no solo su confianza, en casos extremos, hasta su vida.</u>
Afecto	¡Sí, muchísimo! <u>No tengo cómo agradecer todo el</u>
Agradecimiento	<u>aprendizaje que me dejan,</u> es especial,

Respeto	<u>el respeto y el cariño, la confianza, sus experiencias de</u>
Experiencias de vida	<u>vida son maravillosos.</u>
Desvalorización de la información	Dependiendo de cómo sean esos conocimientos,
Exigencia de interlocutor paritario	<u>si es un médico que tiene mayor trayectoria y me refuta algo, lo tomaría en cuenta;</u>
Poca valoración de la tecnología	pero dependiendo de dónde venga ese conocimiento;
	<u>porque si es guleado, me disculpas, pero no.</u>
Valoración de la formación	<u>tengo más de 10 años formándome como médico para que vengan a discutirme algo sacado de cualquier página de Internet</u>
Atención especial médico médico	Bueno, como paciente soy cobarde, <u>no me niego a la atención médica, pero soy nerviosa.</u> Me ha ido bien, <u>me han tratado bien.</u> No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas me dan atención VIP, es decir me atienden de primera, no me cobran.
Explicaciones detalladas	Aunque muchas veces tiene sus desventajas; <u>porque entonces no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente.</u>

Explicaciones superficiales	<u>otros son muy someros, las explicaciones son muy vagas y uno no conoce a detalle todas las especialidades médicas.</u> Entonces tienes algunas ventajas; pero no todo es color de rosa.
Necesidad de profundización	<u>Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no me explican por completo las cosas.</u>
Realidad distinta a expectativas	<u>Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser</u>
Rechazo a consultas informales	Bueno, decisiones como tal no... <u>Me tienen como médico virtual, me piden diagnósticos por teléfono. Eso me hace sentir molesta</u> , generalmente les delegó las funciones a los padres, por ejemplo, en el caso de acompañarlos a una consulta, les digo que entremos todos y, <u>en el caso de que no entiendan algo, yo les explico luego; pero me molesta.</u> Creo que todos los médicos, incluso <u>todo el personal de salud, pasamos por esto.</u>
Orientaciones	<u>Ponen en nuestros hombros las decisiones médicas, uno los puede orientar; pero la decisión la toma cada quien, uno no puede decidir por los demás</u>

La ausencia de empatía que, en ocasiones se presenta en el discurso de algunos médicos, se contrapone con la confianza, la seguridad, la objetividad y el

trato ético que considera al otro como interpretante. Si el discurso es contextualizado, humanizado, emergen sentimientos como afecto, agradecimiento, respeto por el profesional que se desencadena experiencias de vida.

La realidad que se devela en este proceso de comunicación, en muchas ocasiones está signada por la desvalorización de la información cuando un interlocutor exige conocimientos previos o componentes léxicos especializados que no están presentes en la vida de familiares o pacientes. Esta realidad compromete la calidad de la atención médico-paciente cuando explicaciones superficiales exigen la necesidad de profundizar y comprender lo que se comunica, porque para familiares y pacientes la realidad no se corresponde con sus expectativas. La formalidad y el rechazo a consultas informales puede convertirse en un elemento contextual influyente. La reafirmación de los rasgos discursivos del médico cuando se dirige al paciente o los familiares se hacen presentes en el quinto segmento de esta primera entrevista.

Tabla 7

Entrevista 1. Segmento 5.

Categoría	Descripción
Confianza	Cuando estaba estudiando, obviamente, <u>no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades,</u>
	ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con
Discurso de	el trabajo como tal, <u>si no estás segura de un diagnóstico,</u>
responsabilidad	<u>el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica</u>
	<u>(en los primeros años, claro).</u>

Inseguridad en el contenido	Después que sales; <u>al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando eras estudiante, ya en lo que vas agarrando</u>
Cotidianidad	<u>confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te</u>
Manejo de ansiedad	<u>presenten.</u>
Situaciones emergentes	Poco a poco <u>te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares.</u>
Preguntas de apertura	<u>Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.</u>
Conversación	Bueno, <u>fue saludándolo, preguntándole su nombre, porqué venía y, generalmente, cuando preguntas eso, comienza todo, porque la gente siempre va por una razón y ya cuando se inspiran a echarte el cuento, todo fluye mejor. Esa es como la pregunta para romper el hielo; ¿por qué vienes?</u> <u>Me sentía nerviosa, me daba miedo no saber qué diagnóstico y tratamiento iba a dar.</u> Sin embargo; tanto

Calma	<u>mis nervios como los del paciente, se fueron calmando</u>
Conversación informal	<u>con el transcurso de la conversación que teníamos,</u> <u>hice mi diagnóstico, pero no se lo dije, primero verifiqué</u> <u>con mi profesor (estaba en lo correcto y estaba que no</u> <u>cabía en mí de tanta dicha y orgullo) y regresé a culminar</u> <u>con la consulta: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</u>
Léxico consciente	<u>Casi siempre, cuando hablo con los pacientes, no uso</u> <u>lenguaje técnico científico, me voy por lo coloquial. Uso</u> <u>palabras que ellos conozcan, si sé algún nombre</u> <u>alternativo o coloquial de lo que el paciente tiene lo</u> <u>uso;</u> por ejemplo, si tiene el tipo de herpes conocido como culebrilla, uso ese término. <u>Siempre dejo abierta la</u> <u>posibilidad, bueno éste es el tratamiento farmacológico,</u> <u>si quiere utilizar hierbas, etcétera, lo puede usar.</u>
Respeto a la cultura	<u>Respetando las creencias del paciente. Esto es muy</u> <u>importante, porque si no eres capaz de respetarles eso,</u> <u>la relación se va a ver afectada y, posiblemente, no</u> <u>regresen contigo.</u>

Un discurso cotidiano, centrado en la responsabilidad, garantiza comprensión que aporta confianza y claridad en lo que se expresa. Esta realidad contrasta con la inseguridad en un contenido inaccesible en un discurso técnico que puede generar ansiedad y el surgimiento de situaciones incómodas entre el médico y los familiares del paciente. Una conversación que llame a la calma, debidamente

contextualizada con preguntas abiertas y hasta con un poco de informalidad garantizan el uso de un léxico consciente y accesible a todos, lo que representa un respeto a la cultura de paciente y familiares.

Estos rasgos que se mencionan en el párrafo anterior, se develan en el siguiente fragmento, que representa el sexto segmento de la primera entrevista que representa la unidad de contenido para el abordaje cualitativo en el contexto de la presente investigación. Como cierre de todas las categorías que han aportado la reconstrucción de una realidad, se presenta una conclusión que surge del sexto segmento de esta primera entrevista.

Tabla 8

Entrevista 1. Segmento 6.

Categoría	Descripción
Preguntas de apertura	Bueno, <u>fue saludándolo, preguntándole su nombre, porqué venía y, generalmente, cuando preguntas eso, comienza todo, porque la gente siempre va por una razón y ya cuando se inspiran a echarle el cuento, todo fluye mejor. Esa es como la pregunta para romper el hielo; <u>¿por qué vienes?</u></u>
Conversación	Me sentía nerviosa, <u>me daba miedo no saber qué diagnóstico y tratamiento iba a dar.</u> Sin embargo; <u>tanto mis nervios como los del paciente, se fueron calmando</u>
Calma	<u>con el transcurso de la conversación que teníamos,</u> hice mi diagnóstico, pero no se lo dije, primero verifiqué con mi profesor (estaba en lo correcto y estaba que no cabía

	<p>en mí de tanta dicha y orgullo) y regresé a culminar con la consulta: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p>
<p>Conversación informal</p>	<p>Casi siempre, cuando hablo con los pacientes, <u>no uso lenguaje técnico científico, me voy por lo coloquial.</u></p> <p><u>Uso palabras que ellos conozcan,</u> si sé algún nombre alternativo o coloquial de lo que el paciente tiene lo uso; por ejemplo, si tiene el tipo de herpes conocido como culebrilla, uso ese término. <u>Siempre dejo abierta la posibilidad, bueno éste es el tratamiento farmacológico,</u></p>
<p>Léxico consciente</p>	<p><u>si quiere utilizar hierbas, etcétera, lo puede usar.</u></p>
<p>Respeto a la cultura</p>	<p><u>Respetando las creencias del paciente.</u> Esto es muy importante, porque <u>si no eres capaz de respetarles eso, la relación se va a ver afectada y, posiblemente, no regresen contigo.</u></p>
<p>Flexibilidad para actividades</p>	<p><u>Si, si son niños y abuelitos, más.</u> Si son niños, juego con ellos, si son abuelitos, los ayudo a entrar a la consulta, a sentarse,</p>
<p>Flexibilidad para manifestaciones</p>	<p><u>si me quieren abrazar, dejo que me abracen.</u></p>

Toda la experiencia que se ha generado en el abordaje de esta primera entrevista, desemboca en un tema que se vincula más con la psicolingüística y que

forma parte de la pragmática del discurso: la flexibilidad en el proceso de comunicación, en la manera como se transmite la información al paciente y a sus familiares así como en las actividades que desarrolla el médico en su contexto y que son percibidas por los interlocutores.

Seguidamente, se presenta el informe contextualizado que presenta cada una de las categorías abordadas anteriormente e identificadas en el Programa Atlas.ti con especificaciones de citas, fragmentos y números de línea que aportan al estudio cualitativo el criterio de confirmabilidad como parte de la excelencia de las investigaciones de esta naturaleza que propone Ruiz (2015), de esta manera, el lector puede establecer comparación específica entre las categorías presentadas y los segmentos textuales expresados por los informantes como una forma de ofrecer seguridad y veracidad en el proceso de investigación cualitativa.

Tabla 9

Síntesis de Categorías de la Entrevista 1.

TD (Nancy Molina)

Informe de códigos

Todos los (76) códigos

○ **Afecto**

1 Cita: 32 p 3 in Entrevista 1

Si, muchísimo! No tengo cómo agradecer todo el aprendizaje que me dejan, es especial, el respeto y el cariño, la confianza, sus experiencias de vida son maravillosas.

- **Agradecimiento**

- 1 Cita: 1:32 p 3 in Entrevista 1**

Si, muchísimo! No tengo cómo agradecer todo el aprendizaje que me dejan, es especial, el respeto y el cariño, la confianza, sus experiencias de vida son maravillosas.

- **Atención**

- 1 Cita: 1:20 p 2 in Entrevista 1**

Sí, claro, aunque hay quienes se ponen a escribir mientras el paciente habla pero yo prefiero mirarlos y que sientan que les presto atención, porque así me gusta que me atiendan.

- **Atención especial Médico-Médico**

- 1 Citas: 1:34 p 3 in Entrevista 1**

Bueno, como paciente soy cobarde, no me niego a la atención médica; pero soy nerviosa. Me ha ido bien, me han tratado bien. No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas, me dan atención VIP; es decir, me atienden de primera no me cobran. Aunque, muchas veces, tiene sus desventajas; porque, entonces, no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente, otros, son muy someros, las explicaciones son muy vagas y uno no conoce, a detalle, todas las especialidades médicas. Entonces, tienes algunas ventajas, pero no todo es color de rosa. Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no

me explican por completo las cosas. Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser.

Ausencia de empatía

1 Cita: 1:31 p 3 in Entrevista 1

A veces, bueno; porque si me pusiera en el lugar de todos, tuviera la úlcera más grande... si nos pusiéramos en el lugar de todos los pacientes viviéramos llorando y afectados diariamente. A veces es necesario poner distancia, que no nos afecte de forma particular, porque no lograríamos la objetividad necesaria para determinar nada y ahí, si se verían vulnerados los derechos del paciente a un trato ético y perderíamos, no sólo su confianza, en casos extremos, hasta su vida.

○ **Ausencia de estrategias discursivas**

1 Citas: 1:23 p 2 in Entrevista 1

No

○ **Ausencia de relación**

○ **Ausencia de relación Uniforme-Poder**

1 Cita: 1:30 pp 2 – 3 in Entrevista 1

Obviamente, al tener una bata o un uniforme te perciben como personal de salud; pero que tenga otro significado, no creo, identificación y ya. No creo que eso me haga más o menos. Aunque hay personas, médicos, que los ves el cualquier parte con la bata puesta. La bata es una herramienta de trabajo que tiene que ver con la bioseguridad, no es para tenerla encima fuera del hospital o la consulta.

- **Ausencia de vínculos**

- 1 Citas: 1:6 p 1 in Entrevista 1**

Bueno, en la relación médico-paciente, siempre te inculcan, desde que empiezas a estudiar, que no deben haber lazos con el paciente, entonces, está difícil de que lo vea como un hijo,

- **Autonomía en el ejercicio**

- 1 Citas: 1:28 p 2 in Entrevista 1**

No. Porque cada quien es como es y trata a sus pacientes como mejor le parezca.

- **Bioseguridad**

- 1 Cita: 1:30 pp 2 – 3 in Entrevista 1**

Obviamente, al tener una bata o un uniforme te perciben como personal de salud; pero que tenga otro significado, no creo, identificación y ya. No creo que eso me haga más o menos. Aunque hay personas, médicos, que los ves el cualquier parte con la bata puesta. La bata es una herramienta de trabajo que tiene que ver con la bioseguridad, no es para tenerla encima fuera del hospital o la consulta.

- **Calma**

- 1 Cita: 1:37 p 4 in Entrevista 1**

Bueno, fue saludándolo, preguntándole su nombre, porqué venía y, generalmente, cuando preguntas eso, comienza todo, porque la gente

siempre va por una razón y ya cuando se inspiran a echarte el cuento, todo fluye mejor. Esa es como la pregunta para romper el hielo; ¿por qué vienes?

Me sentía nerviosa, me daba miedo no saber qué diagnóstico y tratamiento iba a dar. Sin embargo; tanto mis nervios como los del paciente, se fueron calmando con el transcurso de la conversación que teníamos, hice mi diagnóstico.

- **Comunicación contextualizada**

- 1 Citas: 1:16 p 1 in Entrevista 1**

de darse una emergencia y no tener tiempo de explicaciones, me dirigiría directamente al familiar médico para solventar y, luego, con calma, explicar al paciente.

Cuando estás con un paciente, ¿te dejas llevar por

- **Comunicación dirigida**

- 1 Cita: 1:13 p 1 in Entrevista 1**

Al paciente, si están los dos, bueno, a los dos;

- **Comunicación familiar**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 1**

En ocasiones, bueno, porque, en ocasiones, está limitada su capacidad de acuerdo a la patología que presente. A veces hay que recurrir a los familiares, si está inconsciente o no logra comunicarse coherentemente.

- **Confianza**

4 Citas: 1:19 p 2 in Entrevista 1

medida que avanzo, voy haciéndole preguntas de si le duele, cuándo comenzó la molestia y van respondiendo con mayor confianza.

1:27 p 2 in Entrevista 1

Supongo; porque se estaba perdiendo la empatía con el paciente, a la hora de comunicarle diagnósticos o no se lograba la confianza para que el paciente te dijera lo que sentía, cuáles eran sus padecimientos reales.

1:31 p 3 in Entrevista 1

A veces, bueno; porque si me pusiera en el lugar de todos, tuviera la úlcera más grande... si nos pusiéramos en el lugar de todos los pacientes viviéramos llorando y afectados diariamente. A veces es necesario poner distancia, que no nos afecte de forma particular, porque no lograríamos la objetividad necesaria para determinar nada y ahí, si se verían vulnerados los derechos del paciente a un trato ético y perderíamos, no sólo su confianza, en casos extremos, hasta su vida.

1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando

eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten. Poco a poco te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares. Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.

- **Consolidación de comprensión**

- 1 Cita: 1:11 p 1 in Entrevista 1**

- diciéndole que repita todo lo que debe hacer en sus propias palabras,

- **Contacto visual**

- 1 Cita: 1:20 p 2 in Entrevista 1**

- Sí, claro, aunque hay quienes se ponen a escribir mientras el paciente habla pero yo prefiero mirarlos y que sientan que les presto atención, porque así me gusta que me atiendan.

- **Conversación**

- 1 Cita: 1:37 p 4 in Entrevista 1**

- Bueno, fue saludándolo, preguntándole su nombre, porqué venía y, generalmente, cuando preguntas eso, comienza todo, porque la gente siempre va por una razón y ya cuando se inspiran a echarte el cuento, todo fluye mejor. Esa es como la pregunta para romper el hielo; ¿por qué vienes?

Me sentía nerviosa, me daba miedo no saber qué diagnóstico y tratamiento iba a dar. Sin embargo; tanto mis nervios como los del paciente, se fueron calmando con el transcurso de la conversación que teníamos, hice mi diagnóstico, pero no se lo dije, primero verifiqué con mi profesor (estaba en lo correcto y estaba que no cabía en mí de tanta dicha y orgullo) y regresé a culminar con la consulta: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

- **Conversación informal**

- 1 Cita: 1:38 p 4 in Entrevista 1**

Casi siempre, cuando hablo con los pacientes, no uso lenguaje técnico científico, me voy por lo coloquial. Uso palabras que ellos conozcan, si sé algún nombre alternativo o coloquial de lo que el paciente tiene lo uso; por ejemplo, si tiene el tipo de herpes conocido como culebrilla, uso ese término. Siempre dejo abierta la posibilidad, bueno éste es el tratamiento farmacológico, si quiere utilizar hierbas, etcétera, lo puede usar. Respetando las creencias del paciente. Esto es muy importante, porque si no eres capaz de respetarles eso, la relación se va a ver afectada y, posiblemente, no regresen contigo.

- **Cotidianidad**

- 1 Cita: 1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1**

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda,

incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten.

Poco a poco te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando.

- **Decisiones apresuradas**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 1**

A veces, decidir sin consultar, aunque no se debe, pero toca; porque hay situaciones, emergencias, que se te van presentando, claro, no en consulta, y se debe decidir sobre la marcha. No puedes esperar a que el paciente salga de la anestesia o salir de quirófano para preguntar a los familiares, simplemente, se actúa y luego se informa.

- **Desconocimiento de políticas comunicativas**

- 1 Cita: 1:26 p 2 in Entrevista 1**

No, no lo conozco y si es de 1993, en la universidad tampoco nos dijeron nada de eso.

- **Desvalorización de la información de Internet**

- 1 Cita: 1:33 p 3 in Entrevista 1**

Dependiendo de cómo sean esos conocimientos. Si es un médico que tiene mayor trayectoria y me refuta algo, lo tomaría en cuenta; pero dependiendo

de dónde venga ese conocimiento; porque si es guleado, me disculpas, pero no, tengo más de 10 años formándome como médico para que vengan a discutirme algo sacado de cualquier página de internet.

- **Discurso adaptado al interpretante**

- 1 Cita: 1:29 p 2 in Entrevista 1**

Depende de qué estemos hablando. Si estamos hablando de un paciente, bueno, hablaríamos en términos médicos; generalmente, uno no es tan coloquial entre médicos si estamos hablando de enfermedades y todo eso. Cuando escuchas hablar a los médicos, entre ellos, es posible que no entiendas casi nada; porque todo va a estar basado en terminología médica: diagnósticos, tratamientos, pronósticos, procedimientos... eso es como cuando tú me hablas de estrategias comunicativas o discursivas, yo creo que sé de lo que me estás hablando; pero a veces, dudo; porque no es con lo que trabajo cotidianamente.

- **Discurso de responsabilidad**

- 1 Cita: 1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1**

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando

eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten.

Poco a poco te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares. Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.

- **Empatía**

- 1 Cita: 1:27 p 2 in Entrevista 1**

Supongo; porque se estaba perdiendo la empatía con el paciente, a la hora de comunicarle diagnósticos o no se lograba la confianza para que el paciente te dijera lo que sentía, cuáles eran sus padecimientos reales.

- **Empirismo**

- 1 Cita: 1:24 p 2 in Entrevista 1**

Nada, con la práctica diaria, cada paciente es distinto y con cada uno hay que tener un trato diferente. Cada uno es una escuela y te enseña cosas diferentes, no sólo del trato al paciente, si no de la vida misma.

- **Enseñanza descontextualizada**

- 1 Cita: 1:22 p 2 in Entrevista 1**

Si, bueno, cuando vimos bioética nos enseñaron a cómo tratar al paciente, y teníamos una parte práctica en cuanto a eso, pero nunca nos dijeron qué palabras usar.

- **Establecimiento de clima comunicativo**

- 1 Cita: 1:18 p 2 in Entrevista 1**

Sacarles conversación sobre su vida, sus actividades cotidianas. Cuando comienzan a hablar, se relajan y se puede hacer el examen físico,

- **Establecimiento del vínculo**

- 1 Cita: 1:25 p 2 in Entrevista 1**

Exacto, no todos son iguales. Y, al ser diferentes, entonces, las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente. Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el paciente; pero poco a poco, te vas recuperando, a veces, no lo logras y el paciente no regresa más; pero normalmente, uno vuelve a agarrar el cauce.

- **Ética**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 1**

Sin embargo; existen relaciones mayores, por ejemplo, nosotros no deberíamos tratar a nuestros familiares directos, porque podríamos caer en errores

- **Evasión de vínculos**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 1**

No, el esfuerzo es igual tanto si lo conozco bien o no. Es dar lo mejor por cada paciente que llega a tus manos. Y, claro, dependiendo de la condición que presente.

- **Exigencia de interlocutor**

- 1 Cita: 1:33 p 3 in Entrevista 1**

Dependiendo de cómo sean esos conocimientos. Si es un médico que tiene mayor trayectoria y me refuta algo, lo tomaría en cuenta; pero dependiendo de dónde venga ese conocimiento; porque si es guleado, me disculpas, pero no, tengo más de 10 años formándome como médico para que vengan a discutirme algo sacado de cualquier página de internet.

- **Experiencias de vida**

- 1 Cita: 1:32 p 3 in Entrevista 1**

Si, muchísimo! No tengo cómo agradecer todo el aprendizaje que me dejan, es especial, el respeto y el cariño, la confianza, sus experiencias de vida son maravillosas.

- **Explicación**

- 1 Cita: 1:21 p 2 in Entrevista 1**

Le voy explicando qué es lo que estoy haciendo y para qué lo estoy haciendo. Les busco conversación.

- **Explicaciones detalladas**

- 1 Cita: 1:34 p 3 in Entrevista 1**

Bueno, como paciente soy cobarde, no me niego a la atención médica; pero soy nerviosa. Me ha ido bien, me han tratado bien. No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas, me dan atención VIP; es decir, me atienden de primera no me cobran. Aunque, muchas veces, tiene sus

desventajas; porque, entonces, no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente, otros, son muy someros, las explicaciones son muy vagas y uno no conoce, a detalle, todas las especialidades médicas. Entonces, tienes algunas ventajas, pero no todo es color de rosa. Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no me explican por completo las cosas. Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser.

- **Explicaciones superficiales**

1 Cita: 1:34 p 3 in Entrevista 1

Bueno, como paciente soy cobarde, no me niego a la atención médica; pero soy nerviosa. Me ha ido bien, me han tratado bien. No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas, me dan atención VIP; es decir, me atienden de primera no me cobran. Aunque, muchas veces, tiene sus desventajas; porque, entonces, no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente, otros, son muy someros, las explicaciones son muy vagas y uno no conoce, a detalle, todas las especialidades médicas. Entonces, tienes algunas ventajas, pero no todo es color de rosa. Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no me explican por completo las cosas. Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser.

- **Familiar como interpretante alternativo**

- 1 Cita: 1:15 p 1 in Entrevista 1**

Nunca pongo al paciente por debajo del familiar médico o personal de salud. Mi paciente es el que debe recibir mi cuidado y atención.

- **Flexibilidad para actividades**

- 1 Cita: 1:39 p 4 in Entrevista 1**

Si, si son niños y abuelitos, más. Si son niños, juego con ellos, si son abuelitos, los ayudo a entrar a la consulta, a sentarse, si me quieren abrazar, dejo que me abracen.

- **Flexibilidad para manifestaciones de afecto**

- 1 Cita: 1:39 p 4 in Entrevista 1**

Si, si son niños y abuelitos, más. Si son niños, juego con ellos, si son abuelitos, los ayudo a entrar a la consulta, a sentarse, si me quieren abrazar, dejo que me abracen.

- **Inseguridad en el contenido**

- 1 Citas: 1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1**

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque

ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten.

Poco a poco te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares. Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.

- **Intento por hacerse entender**

- 1 Cita: 1:9 p 1 in Entrevista 1**

- Busco la forma en que me entienda, a menos que el paciente sea otro médico o algún personal de salud que entienda las indicaciones sin ser coloquial.

- **Interacción oral**

- 2 Citas: 1:18 p 2 in Entrevista 1**

- Sacarles conversación sobre su vida, sus actividades cotidianas. Cuando comienzan a hablar, se relajan y se puede hacer el examen físico,

- 1:21 p 2 in Entrevista 1**

- Le voy explicando qué es lo que estoy haciendo y para qué lo estoy haciendo. Les busco conversación.

- **Lenguaje gestual**

- 1 Cita: 1:25 p 2 in Entrevista 1**

Exacto, no todos son iguales. Y, al ser diferentes, entonces, las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente. Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el paciente; pero poco a poco, te vas recuperando, a veces, no lo logras y el paciente no regresa más; pero normalmente, uno vuelve a agarrar el cauce.

- **Lenguaje propio de la Medicina**

- 1 Cita: 1:29 p 2 in Entrevista 1**

Depende de qué estemos hablando. Si estamos hablando de un paciente, bueno, hablaríamos en términos médicos; generalmente, uno no es tan coloquial entre médicos si estamos hablando de enfermedades y todo eso. Cuando escuchas hablar a los médicos, entre ellos, es posible que no entiendas casi nada; porque todo va a estar basado en terminología médica: diagnósticos, tratamientos, pronósticos, procedimientos... eso es como cuando tú me hablas de estrategias comunicativas o discursivas, yo creo que sé de lo que me estás hablando; pero a veces, dudo; porque no es con lo que trabajo cotidianamente.

- **Léxico accesible**

- 1 Cita: 1:12 p 1 in Entrevista 1**

Procuró utilizar terminología médica popular para que me entiendan mejor.

- **Léxico consciente**

- 1 Cita: 1:38 p 4 in Entrevista 1**

Casi siempre, cuando hablo con los pacientes, no uso lenguaje técnico científico, me voy por lo coloquial. Uso palabras que ellos conozcan, si sé algún nombre alternativo o coloquial de lo que el paciente tiene lo uso; por ejemplo, si tiene el tipo de herpes conocido como culebrilla, uso ese término. Siempre dejo abierta la posibilidad, bueno éste es el tratamiento farmacológico, si quiere utilizar hierbas, etcétera, lo puede usar. Respetando las creencias del paciente. Esto es muy importante, porque si no eres capaz de respetarles eso, la relación se va a ver afectada y, posiblemente, no regresen contigo.

- **Manejo de ansiedad**

- 1 Cita: 1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1**

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente, no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten.

Poco a poco te vas acostumbrando a solventar las situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares. Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.

- **Necesidad de profundización**

- 1 Cita: 1:34 p 3 in Entrevista 1**

Bueno, como paciente soy cobarde, no me niego a la atención médica; pero soy nerviosa. Me ha ido bien, me han tratado bien. No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas, me dan atención VIP; es decir, me atienden de primera no me cobran. Aunque, muchas veces, tiene sus desventajas; porque, entonces, no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente, otros, son muy someros, las explicaciones son muy vagas y uno no conoce, a detalle, todas las especialidades médicas. Entonces, tienes algunas ventajas, pero no todo es color de rosa. Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no me explican por completo las cosas. Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser.

- **Objetividad**

- 1 Cita: 1:31 p 3 in Entrevista 1**

A veces, bueno; porque si me pusiera en el lugar de todos, tuviera la úlcera más grande... si nos pusiéramos en el lugar de todos los pacientes

viviéramos llorando y afectados diariamente. A veces es necesario poner distancia, que no nos afecte de forma particular, porque no lograríamos la objetividad necesaria para determinar nada y ahí, si se verían vulnerados los derechos del paciente a un trato ético y perderíamos, no sólo su confianza, en casos extremos, hasta su vida.

- **Orientación de la comunicación**

- 1 Cita: 1:25 p 2 in Entrevista 1**

Exacto, no todos son iguales. Y, al ser diferentes, entonces, las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente. Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el paciente; pero poco a poco, te vas recuperando, a veces, no lo logras y el paciente no regresa más; pero normalmente, uno vuelve a agarrar el cauce.

- **Orientaciones**

- 1 Cita: 1:35 p 3 in Entrevista 1**

Bueno, decisiones como tal no. Me tienen como médico virtual, me piden diagnósticos por teléfono.

Eso me hace sentir molesta, generalmente, le delego las funciones a los padres, por ejemplo, en el caso de acompañarlos a una consulta, les digo que entremos todos y, en el caso de que no entiendan algo, yo les explico luego; pero me molesta. Creo que todos los médicos, incluso, todo el personal de salud, pasamos por esto.

- **Paciente como interpretante**

- 1 Cita: 1:14 p 1 in Entrevista 1**

- la forma de comunicárselo sería la que el paciente entienda el diagnóstico, tratamiento y, si el familiar quiere mayor información.

- **Paciente-contexto**

- 1 Cita: 1:25 p 2 in Entrevista 1**

- Exacto, no todos son iguales. Y, al ser diferentes, entonces, las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente. Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el paciente; pero poco a poco, te vas recuperando, a veces, no lo logras y el paciente no regresa más; pero normalmente, uno vuelve a agarrar el cauce.

- **Paráfrasis**

- 1 Cita: 1:11 p 1 in Entrevista 1**

- diciéndole que repita todo lo que debe hacer en sus propias palabras,

- **Poca valoración de la tecnología**

- 1 Cita: 1:33 p 3 in Entrevista 1**

- Dependiendo de cómo sean esos conocimientos. Si es un médico que tiene mayor trayectoria y me refuta algo, lo tomaría en cuenta; pero dependiendo de dónde venga ese conocimiento; porque si es guleado, me disculpas, pero no, tengo más de 10 años formándome como médico para que vengan a discutirme algo sacado de cualquier página de internet.

- **Práctica diaria**

- 1 Cita: 1:24 p 2 in Entrevista 1**

Nada, con la práctica diaria, cada paciente es distinto y con cada uno hay que tener un trato diferente. Cada uno es una escuela y te enseña cosas diferentes, no sólo del trato al paciente, si no de la vida misma.

- **Práctica en la vida**

- 1 Cita: 1:22 p 2 in Entrevista 1**

Si, bueno, cuando vimos bioética nos enseñaron a cómo tratar al paciente, y teníamos una parte práctica en cuanto a eso, pero nunca nos dijeron qué palabras usar.

- **Preguntas**

- 1 Cita: 1:10 p 1 in Entrevista 1**

Preguntándole si entendió.

- **Preguntas de apertura**

- 1 Cita: 1:37 p 4 in Entrevista 1**

Bueno, fue saludándolo, preguntándole su nombre, porque venía y, generalmente, cuando preguntas eso, comienza todo, porque la gente siempre va por una razón y ya cuando se inspiran a echarte el cuento, todo fluye mejor. Esa es como la pregunta para romper el hielo; ¿por qué vienes?

Me sentía nerviosa, me daba miedo no saber qué diagnóstico y tratamiento iba a dar. Sin embargo; tanto mis nervios como los del paciente, se fueron

calmando con el transcurso de la conversación que teníamos, hice mi diagnóstico, pero no se lo dije, primero verifiqué con mi profesor (estaba en lo correcto y estaba que no cabía en mí de tanta dicha y orgullo) y regresé a culminar con la consulta: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

- **Preguntas y respuestas concretas**

- 1 Cita: 1:19 p 2 in Entrevista 1**

- medida que avanzo, voy haciéndole preguntas de si le duele, cuándo comenzó la molestia y van respondiendo con mayor confianza.

- **Presencia de vínculos**

- 1 Cita: 1:7 p 1 in Entrevista 1**

- a menos que, como en la pregunta anterior, haya establecido un vínculo al inicio del tratamiento del paciente, entonces, me convierto en esa madre que está pendiente de ellos y es estricta con el cumplimiento de su tratamiento.

- **Realidad distinta a expectativas**

- 1 Cita: 1:34 p 3 in Entrevista 1**

- Bueno, como paciente soy cobarde, no me niego a la atención médica; pero soy nerviosa. Me ha ido bien, me han tratado bien. No he tenido ningún problema con los colegas. Por ser colegas, me dan atención VIP; es decir, me atienden de primera no me cobran. Aunque, muchas veces, tiene sus desventajas; porque, entonces, no te darían o no te dan la atención completa a como si estuvieras pagando. A veces te explican muy detalladamente, otros, son muy someros, las explicaciones son muy vagas

y uno no conoce, a detalle, todas las especialidades médicas. Entonces, tienes algunas ventajas, pero no todo es color de rosa. Me ha tocado estudiar, investigar, preguntar a amigos de otras especialidades; porque no me explican por completo las cosas. Claro, uno aprende un poco más, pero no es el deber ser.

- **Rechazo a consultas informales**

- 1 Cita: 1:35 p 3 in Entrevista 1**

Bueno, decisiones como tal no. Me tienen como médico virtual, me piden diagnósticos por teléfono.

Eso me hace sentir molesta, generalmente, le delego las funciones a los padres, por ejemplo, en el caso de acompañarlos a una consulta, les digo que entremos todos y, en el caso de que no entiendan algo, yo les explico luego; pero me molesta. Creo que todos los médicos, incluso, todo el personal de salud, pasamos por esto. Ponen en nuestros hombros las decisiones médicas, uno los puede orientar; pero la decisión la toma cada quién, uno no puede decidir por los demás.

- **Respeto**

- 1 Cita: 1:32 p 3 in Entrevista 1**

Si, muchísimo! No tengo cómo agradecer todo el aprendizaje que me dejan, es especial, el respeto y el cariño, la confianza, sus experiencias de vida son maravillosas.

- **Respeto a la cultura**

- 1 Cita: 1:38 p 4 in Entrevista 1**

Casi siempre, cuando hablo con los pacientes, no uso lenguaje técnico científico, me voy por lo coloquial. Uso palabras que ellos conozcan, si sé algún nombre alternativo o coloquial de lo que el paciente tiene lo uso; por ejemplo, si tiene el tipo de herpes conocido como culebrilla, uso ese término. Siempre dejo abierta la posibilidad, bueno éste es el tratamiento farmacológico, si quiere utilizar hierbas, etcétera, lo puede usar. Respetando las creencias del paciente. Esto es muy importante, porque si no eres capaz de respetarles eso, la relación se va a ver afectada y, posiblemente, no regresen contigo.

- **Respeto a la cultura**

- **Ruptura o no consolidación del vínculo**

- 1 Cita: 1:25 p 2 in Entrevista 1**

Exacto, no todos son iguales. Y, al ser diferentes, entonces, las debes ir adaptándote dependiendo del contexto y del paciente. Cometes errores y te das cuenta por la cara que pone el paciente; pero poco a poco, te vas recuperando, a veces, no lo logras y el paciente no regresa más; pero normalmente, uno vuelve a agarrar el cauce.

- **Situaciones emergentes**

- 1 Cita: 1:36 pp 3 – 4 in Entrevista 1**

Cuando estaba estudiando, obviamente, no te sientes médico como tal; porque no tienes responsabilidades, ejerces, como quien dice, libremente,

no tienes una obligación como tal con un paciente, con un horario, con el trabajo como tal, si no estás segura de un diagnóstico, el médico te ayuda, incluso, con la terminología médica (en los primeros años, claro). Después que sales; al principio te sientes inseguro; porque no sabes nada, porque ahora las responsabilidades si son tuyas y no como en el hospital cuando eras estudiante, ya en lo que vas agarrando confianza con todo lo que haces, ya te sientes tranquilo, seguro, vas lidiando con todos los obstáculos que se te presenten.

Poco a poco te vas acostumbrando a solventar la situaciones cotidianas que se van presentando, a saber si algo es, en verdad, urgente o, por el contrario, puede esperar y la urgencia viene dada por la ansiedad del paciente o de los familiares. Bueno, a tantas cosas que se le van presentando a uno con el pasar de los días.

- **Terminología especializada entre médicos**

- 1 Cita: 1:29 p 2 in Entrevista 1**

Depende de qué estemos hablando. Si estamos hablando de un paciente, bueno, hablaríamos en términos médicos; generalmente, uno no es tan coloquial entre médicos si estamos hablando de enfermedades y todo eso. Cuando escuchas hablar a los médicos, entre ellos, es posible que no entiendas casi nada; porque todo va a estar basado en terminología médica: diagnósticos, tratamientos, pronósticos, procedimientos... eso es como cuando tú me hablas de estrategias comunicativas o discursivas, yo creo que sé de lo que me estás hablando; pero a veces, dudo; porque no es con lo que trabajo cotidianamente.

- **Trabajo colaborativo**

- 1 Cita: 1:5 p 1 in Entrevista 1**

- en esos casos formamos parte del grupo médico que los atiende.

- **Trato ético**

- 1 Cita: 1:31 p 3 in Entrevista 1**

- A veces, bueno; porque si me pusiera en el lugar de todos, tuviera la úlcera más grande... si nos pusiéramos en el lugar de todos los pacientes viviéramos llorando y afectados diariamente. A veces es necesario poner distancia, que no nos afecte de forma particular, porque no lograríamos la objetividad necesaria para determinar nada y ahí, si se verían vulnerados los derechos del paciente a un trato ético y perderíamos, no sólo su confianza, en casos extremos, hasta su vida.

- **Valoración de la formación**

- 1 Cita: 1:33 p 3 in Entrevista 1**

- Dependiendo de cómo sean esos conocimientos. Si es un médico que tiene mayor trayectoria y me refuta algo, lo tomaría en cuenta; pero dependiendo de dónde venga ese conocimiento; porque si es guleado, me disculpas, pero no, tengo más de 10 años formándome como médico para que vengan a discutirme algo sacado de cualquier página de internet.

- **Visión colaborativa**

- 1 Cita: 1:8 p 1 in Entrevista 1**

Ayudar al que lo necesite... de servicio. No soy capaz de negar mi ayuda a nadie, aun estando fuera del hospital o de la consulta. Trato siempre de dar mi mejor esfuerzo y colaborar con quien lo necesite.

- **Visión esencial del paciente**

- 1 Cita: 1:17 p 1 in Entrevista 1**

No, eso no afecta mi trato. Nunca ha sido un factor importante en mi vida.

Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

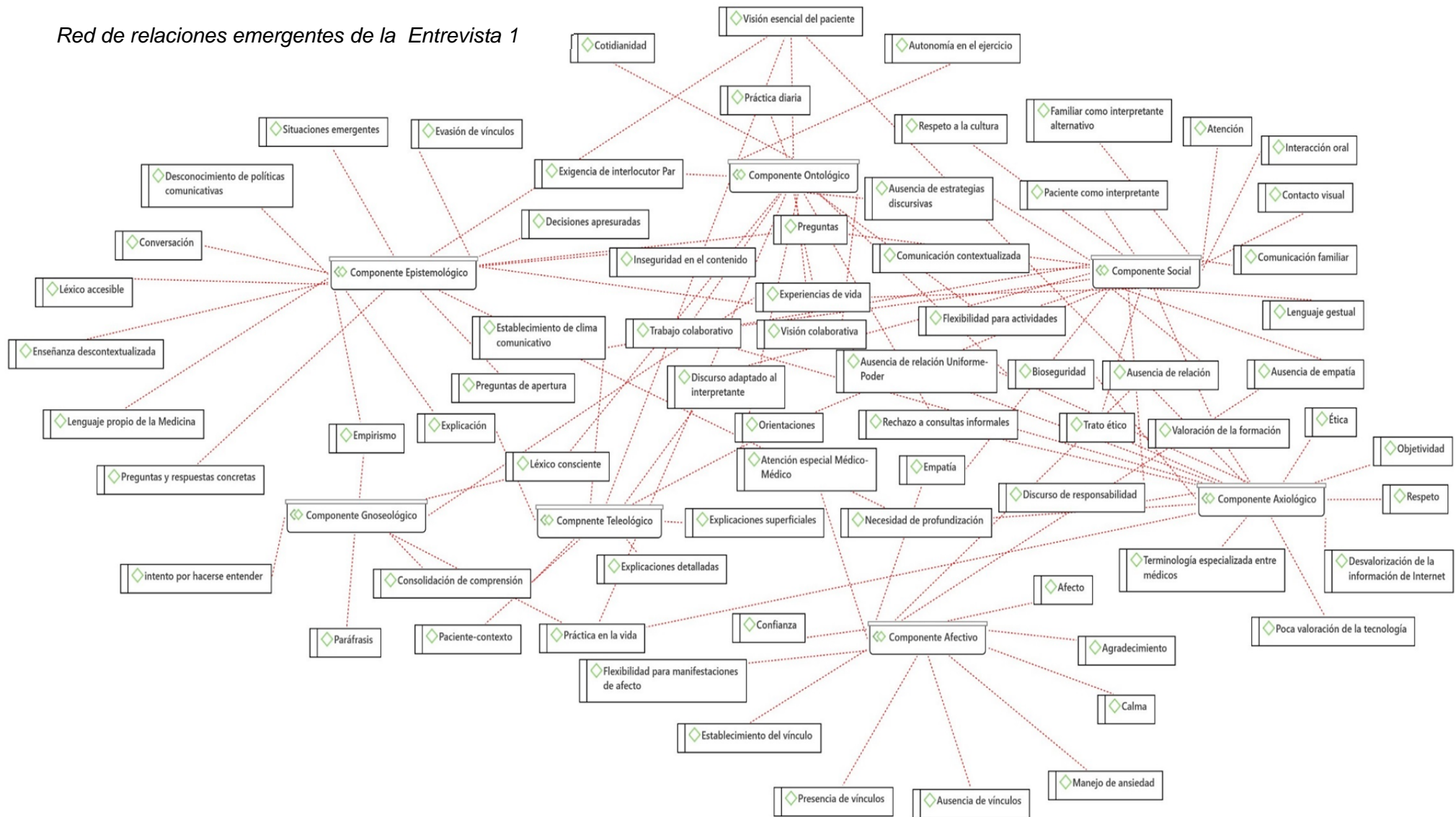
Una vez desglosado el detalle de la categorización en esta primera entrevista, es preciso indicar que las mismas fueron clasificadas tomando como criterios centrales las razones del conocimiento. Se parte del componente con mayor integración de categorías que, evidentemente es el social en vista de que incluye el proceso de la comunicación en contextos cotidianos, las interacciones médico-paciente y familiares y su valoración como interpretantes a partir del filtro de la cultura. Se vincula este componente con el axiológico, porque emerge la ética del médico como una necesidad imperativa los valores manejados por los sujetos que se relacionan posteriormente con un componente afectivo que determina la calidad de la interacción entre todos los involucrados.

De la misma forma, el elemento epistemológico devela el empirismo en contraste con el tecnicismo que conlleva a la necesidad de ajustes en el léxico y en el discurso para que se torne con un carácter didáctico. El componente

gnoseológico centrado en el conocimiento exige claridad y especificidad en lo que se comunica y la teleología, por su parte, demanda atención y orientaciones para la efectividad en el discurso. Las relaciones entre estas familias de categorías se presentan en la siguiente figura que se ha definido como una red de relaciones emergentes de la primera entrevista.

Figura 1

Red de relaciones emergentes de la Entrevista 1



Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

La confrontación de diferentes fuentes de información constituye otro criterio de excelencia de la investigación cualitativa. La categorización de diversos núcleos de información provenientes de diversas fuentes aporta credibilidad a la investigación cualitativa, de acuerdo con la visión de Ruiz (2015), es por ello que se procede a la categorización de la información que aporta la segunda entrevista.

Entrevista 2 Sujeto de investigación: El Puente

Tabla 10

Entrevista 2. Segmento 1

Categoría	Descripción
Contextualización	Bien, bueno, <u>no me trataron como familiar,</u>
Trato dirigido	<u>me trataron como personal de salud con conocimiento de términos.</u>
Discurso adaptado al interpretante	<u>Me sentí como si estuviera trabajando, sentí que ya no era la hija de mi papá, que mis sentimientos no importaban. La verdad, no fui capaz de vivir, como hija, todo lo que pasaba con mi papá; porque yo era la encargada de transmitir la información del médico a mi mamá y hermana. Decidí decirles exactamente lo que me</u>
Discurso responsable	<u>informaban; pero el peso, la responsabilidad de esa labor me impidió vivir o sentirme una más de la familia durante los últimos días de vida de mi padre.</u>

	<u>Ellos me comunicaban lo que tenía mi familiar y yo</u>
Discurso dirigido	<u>debía decidir qué le decía a mi familia. Yo decidí no</u>
Discurso mediado	<u>ocultar nada, les decía exactamente lo que ellos me</u> <u>informaban y trataba de explicar, más o menos, lo que</u> <u>yo entendía; porque, no soy experta en el área, sin</u>
Investigación/	<u>embargo, preguntaba, buscaba información y trataba</u>
Profundización	<u>de explicarles lo mejor que podía. Yo era una</u> <u>intérprete, una mensajera.</u>
	Si, bueno, <u>con los residentes.</u>
Actitud ausente de	
médicos tratantes	<u>La información que yo manejaba nunca la obtuve del</u>
Información de	<u>médico, siempre de los residentes del postgrado.</u>
fuentes secundarias	
	<u>Los médicos tratantes nunca hablaron con nosotras</u>
Ausencia del médico	<u>o conmigo, no los conocimos.</u>
tratante	

La experiencia del segundo sujeto entrevistado refleja, en la apertura de la entrevista, que el discurso de los profesionales de la medicina, en el caso que vivió, se caracterizó por la contextualización y el trato dirigido con evidencia de un discurso responsable y adaptado a las competencias de interpretación que su contexto cultural y gonseológico le permitía. Se destaca la percepción del trato recibido y la imposición de una carga. Este discurso mediado permitió la ampliación de la información a través de la investigación; sin embargo, se hace la observación

que la mejor atención fue proporcionada por los residentes de postgrado y no por el profesional principal de medicina que se encontraba a cargo.

Tabla 11

Entrevista 2. Segmento 2.

Categoría	Descripción
Vulneración derechos familiares	<u>Sentí que no se respetó el derecho de mi familia a estar debidamente informada de la condición de nuestro familiar enfermo.</u> Ellos tenían el mismo derecho que yo a recibir información.
Discurso médico - médico	No, no lo creo. <u>Yo recibía la información, no como familiar, pero la recibía.</u>
Ausencia de formación en competencias comunicativas	<u>No, la verdad, no</u>

Se presenta en este segmento de la entrevista, un elemento importantísimo con tiene que ver con el componente social y el axiológico: el derecho de la familia a estar debidamente informado sobre la condición de salud del familiar. La categoría que emerge para representar esta realidad es la vulneración de los derechos familiares y representa un elemento que podría obstaculizar la fluida interacción entre médico, paciente y familiares en un momento determinado del proceso que implica tratar una enfermedad.

Cuando se trata de discurso entre colegas, se justifica perfectamente el lenguaje técnico y especializado en vista de que ambos profesionales manejan los campos semánticos de las palabras que integran sus discursos; sin embargo, en el caso de la comunicación entre médico, paciente y familiares la información debe ser fluida y comprensible. De acuerdo con la experiencia del sujeto entrevistado, esta realidad no se dio en el caso específico de su vivencia. En el segundo fragmento de la segunda entrevista, se develan los rasgos que contrasta con la realidad descrita en los párrafos anteriores.

Tabla 12

Entrevista 2. Segmento 3

Categoría	Descripción
Empatía	<u>Me pongo en los zapatos de ellos.</u>
Discurso didáctico	<u>Trato de hablarles en términos que ellos conozcan y entiendan.</u>
Ensayo y error	<u>Lo aprendía por ensayo y error. Uno se va dando cuenta si el paciente va en sintonía con uno</u>
Confianza	<u>Eso te ayuda a ir modificando lo que dices y los haces para mantener la comunicación y la confianza</u>
Explicación unilateral	<u>Me enredé más que el carrizo tratando de explicar lo que necesitaba</u>
Situación real	<u>Quería que me entendiera; pero ni esperaba</u>

confusa	<u>respuesta; tampoco preguntaba si me habían entendido, lo seguía explicando de todas formas lo que se me ocurrían</u>
Exposición - Explicación Léxico Funcionalidad	Bueno, <u>yo primero trato de hablar en términos sencillos que el paciente entienda y tratar de explicarle el tratamiento que necesita con sus pro y sus contra para que él tenga las herramientas en la mano para que pueda decidir el mejor tratamiento a realizarse.</u>
Autoconfianza Seguridad	Bueno, eso es algo, <u>yo tengo confianza en lo que yo hago</u> y eso es algo, es lo que yo creo, pues, y, <u>como yo estoy confiada, transmito esa confianza al paciente.</u>
Manejo del entorno Transmisión de confianza	Porque <u>yo estoy segura de lo que estoy haciendo, de lo que sé, de cómo yo me manejo en mi entorno.</u>

En los casos como el anteriormente descrito, la empatía garantizaría un discurso centrado en la confianza y con un valor didáctico que promovería la enseñanza al paciente o a los familiares de la forma cómo tratar o sobrellevar la situación o, al menos, los ayudaría a comprender qué ocurre con su familiar enfermo; sin embargo, la actitud del médico en ocasiones, se genera por ensayo y error por lo que a la hora de explicar o comunicar la realidad vivida por el paciente puede utilizar un discurso unilateral que culminaría en una situación confusa. Esta

realidad se evita con una exposición o explicación funcional con un léxico adecuado y caracterizado por autoconfianza que aporta seguridad en los familiares y los pacientes.

En el siguiente fragmento de esta segunda entrevista se presenta el deber ser del discurso médico ante las demandas o solicitudes de información de familiares o del mismo paciente. Este conjunto de categorías da cuenta de una realidad que permite generar una visión emergente a partir del discurso de los sujetos que aportan estas unidades de información.

Tabla 13

Entrevista 2. Segmento 4

Categoría	Descripción
Conversación	Bueno, <u>hablar y explicarle todo lo que existe en el consultorio; porque hay muchas herramientas y mucho instrumental que dan temor al paciente, más</u>
Explicación de procesos	<u>que todo a niños, entonces, yo les explico todo lo que les voy a hacer, paso a paso, mientras lo voy haciendo.</u> Yo les explico previamente lo que voy a hacer y, luego, mientras les voy haciendo les voy hablando. Por
Extinción del miedo	ejemplo, voy a hacer esto y no vas a sentir nada, ahora
Seguridad	voy a hacer esto; <u>así es que yo voy eliminando el miedo en el paciente tanto niños como adultos muy nerviosos.</u>
Ausencia de conocimientos	No necesariamente; pero, <u>a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una</u>

Orientación	<u>situación de salud y uno, como especialista, puede</u>
Paciente: ser no desvalido	<u>orientarlo.</u>
Soluciones	<u>ofrecerla la mejor solución de acuerdo a su</u>
Elementos culturales	<u>padecimiento y a su pronóstico,</u> <u>incluso, a su estilo de vida.</u>
Control	Si, y bueno, <u>soy muy controladora y dejarle a otro el</u>
Exigencia de explicaciones	<u>control es horrible,</u> sólo <u>les digo que me vayan</u> <u>diciendo lo que van haciendo para yo poder</u>
Mapeo de pensamiento	<u>quedarme tranquila...</u> risas... <u>voy siguiendo todo en</u> <u>mi cabeza y, así, tengo un poco de control de lo que</u> <u>está pasando.</u>

A partir de una conversación cotidiana puede ofrecerse una clara explicación de los procesos por los que atraviesa el paciente, lo que ayuda a eliminar el miedo en los familiares y aporta seguridad a los que acompañan al paciente. Esta estrategia de explicación y mapeo que le funciona en su rol de paciente, la usa también, como una forma de extinguir el miedo en sus propios pacientes cuando se encuentra en su rol de odontóloga. Elementos como la necesidad de conocimiento, en entorno cultural de las personas, las orientaciones y demás rasgos sociales, económicos y contextuales influyen en la adecuada comunicación médico-paciente. En el fragmento final de la segunda entrevista, se evidencian los efectos positivos de un discurso médico adecuado.

Tabla 14

Entrevista 2. Segmento 5

Categoría	Descripción
Preguntas	No me he dado cuenta. <u>Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo.</u> Como te digo, <u>me gusta estar en control de las situaciones.</u> La única vez que, creo, <u>cedí un poco fue en uno de mis partos</u> y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, <u>sin embargo, yo pujaba escondida.</u> mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... <u>no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.</u>

Las personas consultan al médico buscando la comprensión de lo que ocurre con el paciente. El control de la conversación se da cuando la fluidez permite cumplir con los objetivos de la comunicación. La confianza en el profesional de la medicina parte de la seguridad que éste es capaz de transmitir con su discurso y de la empatía con pacientes y familiares.

La síntesis específica de las categorías con su ubicación en el contexto de la entrevista, las citas y números de línea se presentan reiteradamente como un criterio de confirmabilidad que asegura la excelencia de la investigación cualitativa

tomando en cuenta los aportes de Ruiz (2015), es por ello que se exponen en forma expresa y detallada en lo adelante.

Tabla 15

Síntesis de Categorías de la Entrevista 2

TD (Nancy Molina)

Informe de códigos

Todos los (39) códigos

○ **Actitud ausente de médicos tratantes**

1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 2 NM

Si, bueno, con los residentes. La información que yo manejaba nunca la obtuve del médico, siempre de los residentes del postgrado. Los médicos tratantes nunca hablaron con nosotras o conmigo, no los conocimos.

○ **Ausencia de conocimiento**

1 Cita: 1:13 p 2 in Entrevista 2 NM

No necesariamente; pero, a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una situación de salud y uno, como especialista, puede orientarlo, ofrecerla la mejor solución de acuerdo a su padecimiento y a su pronóstico, incluso, a su estilo de vida.

○ **Ausencia de formación en comunicación**

1 Cita: 1:7 p 1 in Entrevista 2 NM

No, la verdad no

- **Autoconfianza**

- 1 Cita: 1:11 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, eso es algo, yo tengo confianza en lo que yo hago y eso es algo, es lo que yo creo, pues, y, como yo estoy confiada, transmito esa confianza al paciente.

Porque yo estoy segura de lo que estoy haciendo, de lo que sé, de cómo yo me manejo en mi entorno.

- **Confianza**

- 2 Citas: 1:8 p 2 in Entrevista 2 NM**

Me pongo en los zapatos de ellos. Trato de hablarles en términos que ellos conozcan y entiendan. Lo aprendí por ensayo y error. Uno se va dando cuenta si el paciente va en sintonía con uno, eso te ayuda a ir modificando lo que dices y lo que haces para mantener la comunicación y la confianza.

- 1:15 p 3 in Entrevista 2 NM**

No me he dado cuenta. Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo. Como te digo, me gusta estar en control de las situaciones. La única vez que, creo, cedí un poco fue en uno de mis partos y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, sin embargo, yo pujaba escondida, mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.

- **Contextualización**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 2 NM**

Bien, bueno, no me trataron como familiar, me trataron como personal de salud con conocimiento de términos.

- **Control**

- 2 Citas:**

- 1:14 p 2 in Entrevista 2 NM**

Si, y bueno, soy muy controladora y dejarle a otro el control es horrible, sólo les digo que me vayan diciendo lo que van haciendo para yo poder quedarme tranquila... risas... voy siguiendo todo en mi cabeza y, así, tengo un poco de control de lo que está pasando.

- 1:15 p 3 in Entrevista 2 NM**

No me he dado cuenta. Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo. Como te digo, me gusta estar en control de las situaciones. La única vez que, creo, cedí un poco fue en uno de mis partos y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, sin embargo, yo pujaba escondida, mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.

- **Conversación**

- 1 Cita: 1:12 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, hablar y explicarle todo lo que existe en el consultorio; porque hay muchas herramientas y mucho instrumental que dan temor al paciente, más que todo a niños, entonces, yo les explico todo lo que les voy a hacer, paso a paso, mientras lo voy haciendo. Yo les explico previamente lo que voy a hacer y, luego, mientras les voy haciendo les voy hablando. Por ejemplo, voy a hacer esto y no vas a sentir nada, ahora voy a hacer esto; así es que yo voy eliminando el miedo en el paciente tanto niños como adultos muy nerviosos.

- **Decisiones autónomas**

- 1 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 2 NM**

No me he dado cuenta. Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo. Como te digo, me gusta estar en control de las situaciones. La única vez que, creo, cedí un poco fue en uno de mis partos y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, sin embargo, yo pujaba escondida, mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.

- **Discurso adaptado al interpretante**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 2 NM**

Me sentí como si estuviera trabajando, sentí que ya no era la hija de mi papá, que mis sentimientos no importaban. La verdad, no fui capaz de vivir, como hija, todo lo que pasaba con mi papá; porque yo era la encargada de transmitir la información del médico a mi mamá y hermana. Decidí decirles exactamente lo que me informaban; pero el peso, la responsabilidad de esa labor me impidió vivir o sentirme una más de la familia durante los últimos días de vida de mi padre.

- **Discurso didáctico**

- 1 Cita: 1:8 p 2 in Entrevista 2 NM**

Me pongo en los zapatos de ellos. Trato de hablarles en términos que ellos conozcan y entiendan. Lo aprendí por ensayo y error. Uno se va dando cuenta si el paciente va en sintonía con uno, eso te ayuda a ir modificando lo que dices y lo que haces para mantener la comunicación y la confianza.

- **Discurso dirigido**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 2 NM**

Ellos me comunicaban lo que tenía mi familiar y yo debía decidir qué le decía a mi familia. Yo decidí no ocultar nada, les decía exactamente lo que ellos me informaban y trataba de explicar, más o menos, lo que yo entendía; porque, no soy experta en el área, sin embargo, preguntaba, buscaba información y trataba de explicarles lo mejor que podía. Yo era una intérprete, una mensajera.

- **Discurso mediado**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 2 NM**

Ellos me comunicaban lo que tenía mi familiar y yo debía decidir qué le decía a mi familia. Yo decidí no ocultar nada, les decía exactamente lo que ellos me informaban y trataba de explicar, más o menos, lo que yo entendía; porque, no soy experta en el área, sin embargo, preguntaba, buscaba información y trataba de explicarles lo mejor que podía. Yo era una intérprete, una mensajera.

- **Discurso médico - médico**

- 1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 2 NM**

No, no lo creo. Yo recibía la información, no como familiar, pero la recibía.

- **Discurso responsable**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 2 NM**

Me sentí como si estuviera trabajando, sentí que ya no era la hija de mi papá, que mis sentimientos no importaban. La verdad, no fui capaz de vivir, como hija, todo lo que pasaba con mi papá; porque yo era la encargada de transmitir la información del médico a mi mamá y hermana. Decidí decirles exactamente lo que me informaban; pero el peso, la responsabilidad de esa labor me impidió vivir o sentirme una más de la familia durante los últimos días de vida de mi padre.

- **Elementos culturales**

- 1 Cita: 1:13 p 2 in Entrevista 2 NM**

No necesariamente; pero, a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una situación de salud y uno, como especialista, puede orientarlo, ofrecerla la mejor solución de acuerdo a su padecimiento y a su pronóstico, incluso, a su estilo de vida.

- **Empatía**

- 1 Cita: 1:8 p 2 in Entrevista 2 NM**

Me pongo en los zapatos de ellos. Trato de hablarles en términos que ellos conozcan y entiendan. Lo aprendí por ensayo y error. Uno se va dando cuenta si el paciente va en sintonía con uno, eso te ayuda a ir modificando lo que dices y lo que haces para mantener la comunicación y la confianza.

- **Ensayo y error**

- 1 Cita: 1:8 p 2 in Entrevista 2 NM**

Me pongo en los zapatos de ellos. Trato de hablarles en términos que ellos conozcan y entiendan. Lo aprendí por ensayo y error. Uno se va dando cuenta si el paciente va en sintonía con uno, eso te ayuda a ir modificando lo que dices y lo que haces para mantener la comunicación y la confianza.

- **Exigencia de explicaciones**

- 1 Cita: 1:14 p 2 in Entrevista 2 NM**

Si, y bueno, soy muy controladora y dejarle a otro el control es horrible, sólo les digo que me vayan diciendo lo que van haciendo para yo poder

quedarme tranquila... risas... voy siguiendo todo en mi cabeza y, así, tengo un poco de control de lo que está pasando.

- **Explicación de procesos**

- 1 Cita: 1:12 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, hablar y explicarle todo lo que existe en el consultorio; porque hay muchas herramientas y mucho instrumental que dan temor al paciente, más que todo a niños, entonces, yo les explico todo lo que les voy a hacer, paso a paso, mientras lo voy haciendo. Yo les explico previamente lo que voy a hacer y, luego, mientras les voy haciendo les voy hablando. Por ejemplo, voy a hacer esto y no vas a sentir nada, ahora voy a hacer esto; así es que yo voy eliminando el miedo en el paciente tanto niños como adultos muy nerviosos.

- **Explicación unilateral**

- 1 Cita: 1:9 p 2 in Entrevista 2 NM**

Me enredé más que el carrizo tratando de explicarle lo que necesitaba. Quería que me entendiera; pero ni esperaba respuesta, tampoco preguntaba si me habían entendido, yo seguía explicando de todas las formas que se me ocurrían... (risas)... fue horrible. Con el tiempo y con paciencia, fui mejorando.

- **Exposición-Explicación**

- 1 Cita: 1:10 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno yo, primero, trato de hablar en términos sencillos que el paciente entienda y tratar de explicarle el tratamiento que necesita con sus pro y sus

contra para que él tenga las herramientas en la mano para que pueda decidir el mejor tratamiento a realizarse.

- **Extinción del miedo**

- 1 Cita: 1:12 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, hablar y explicarle todo lo que existe en el consultorio; porque hay muchas herramientas y mucho instrumental que dan temor al paciente, más que todo a niños, entonces, yo les explico todo lo que les voy a hacer, paso a paso, mientras lo voy haciendo. Yo les explico previamente lo que voy a hacer y, luego, mientras les voy haciendo les voy hablando. Por ejemplo, voy a hacer esto y no vas a sentir nada, ahora voy a hacer esto; así es que yo voy eliminando el miedo en el paciente tanto niños como adultos muy nerviosos

- **Funcionalidad**

- 1 Citas: 1:10 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno yo, primero, trato de hablar en términos sencillos que el paciente entienda y tratar de explicarle el tratamiento que necesita con sus pro y sus contra para que él tenga las herramientas en la mano para que pueda decidir el mejor tratamiento a realizarse.

- **Información de fuentes secundarias**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 2 NM**

Si, bueno, con los residentes. La información que yo manejaba nunca la obtuve del médico, siempre de los residentes del postgrado. Los médicos tratantes nunca hablaron con nosotras o conmigo, no los conocimos.

- **Investigación/Profundización**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 2 NM**

Ellos me comunicaban lo que tenía mi familiar y yo debía decidir qué le decía a mi familia. Yo decidí no ocultar nada, les decía exactamente lo que ellos me informaban y trataba de explicar, más o menos, lo que yo entendía; porque, no soy experta en el área, sin embargo, preguntaba, buscaba información y trataba de explicarles lo mejor que podía. Yo era una intérprete, una mensajera.

- **Léxico**

- 1 Cita: 1:10 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno yo, primero, trato de hablar en términos sencillos que el paciente entienda y tratar de explicarle el tratamiento que necesita con sus pro y sus contra para que él tenga las herramientas en la mano para que pueda decidir el mejor tratamiento a realizarse.

- **Manejo del entorno**

- 1 Cita: 1:11 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, eso es algo, yo tengo confianza en lo que yo hago y eso es algo, es lo que yo creo, pues, y, como yo estoy confiada, transmito esa confianza al paciente.

Porque yo estoy segura de lo que estoy haciendo, de lo que sé, de cómo yo me manejo en mi entorno.

- **Mapeo de pensamiento**

- 1 Cita: 1:14 p 2 in Entrevista 2 NM**

Si, y bueno, soy muy controladora y dejarle a otro el control es horrible, sólo les digo que me vayan diciendo lo que van haciendo para yo poder quedarme tranquila... risas... voy siguiendo todo en mi cabeza y, así, tengo un poco de control de lo que está pasando.

- **Orientación**

- 1 Cita: 1:13 p 2 in Entrevista 2 NM**

No necesariamente; pero, a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una situación de salud y uno, como especialista, puede orientarlo, ofrecerla la mejor solución de acuerdo a su padecimiento y a su pronóstico, incluso, a su estilo de vida.

- **Paciente: ser no desvalido**

- 1 Cita: 1:13 p 2 in Entrevista 2 NM**

No necesariamente; pero, a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una situación de salud y uno, como especialista, puede orientarlo, ofrecerla la mejor solución de acuerdo a su padecimiento y a su pronóstico, incluso, a su estilo de vida.

- **Preguntas**

- 1 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 2 NM**

No me he dado cuenta. Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo. Como te digo, me gusta estar en control de las situaciones. La única vez

que, creo, cedí un poco fue en uno de mis partos y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, sin embargo, yo pujaba escondida, mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.

- **Ruptura de instrucciones**

- 1 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 2 NM**

No me he dado cuenta. Si no entiendo algo; pregunto hasta comprenderlo. Como te digo, me gusta estar en control de las situaciones. La única vez que, creo, cedí un poco fue en uno de mis partos y, aunque suene loco, la doctora de guardia me decía que no pujara; porque faltaba un poco, sin embargo, yo pujaba escondida, mi hermana, que estaba conmigo en la sala de parto, se dio cuenta y fue la que pudo lograr que yo respirara las contracciones y no pujara... no sé si fue entregar el control de la situación; pero me dejé guiar por ella, que no es personal de salud; pero es de mi entera confianza.

- **Seguridad**

- 2 Citas: 1:11 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, eso es algo, yo tengo confianza en lo que yo hago y eso es algo, es lo que yo creo, pues, y, como yo estoy confiada, transmito esa confianza al paciente.

Porque yo estoy segura de lo que estoy haciendo, de lo que sé, de cómo yo me manejo en mi entorno

1:12 p 2 in Entrevista 2 NM

Bueno, hablar y explicarle todo lo que existe en el consultorio; porque hay muchas herramientas y mucho instrumental que dan temor al paciente, más que todo a niños, entonces, yo les explico todo lo que les voy a hacer, paso a paso, mientras lo voy haciendo. Yo les explico previamente lo que voy a hacer y, luego, mientras les voy haciendo les voy hablando. Por ejemplo, voy a hacer esto y no vas a sentir nada, ahora voy a hacer esto; así es que yo voy eliminando el miedo en el paciente tanto niños como adultos muy nerviosos.

○ **Situación real confusa**

1 Cita: 1:9 p 2 in Entrevista 2 NM

Me enredé más que el carrizo tratando de explicarle lo que necesitaba. Quería que me entendiera; pero ni esperaba respuesta, tampoco preguntaba si me habían entendido, yo seguía explicando de todas las formas que se me ocurrían... (risas)... fue horrible. Con el tiempo y con paciencia, fui mejorando.

○ **Soluciones**

1 Cita: 1:13 p 2 in Entrevista 2 NM

No necesariamente; pero, a veces, no tiene el conocimiento necesario para hacer frente a una situación de salud y uno, como especialista, puede orientarlo...

- **Transmisión de confianza**

- 1 Cita: 1:11 p 2 in Entrevista 2 NM**

Bueno, eso es algo, yo tengo confianza en lo que yo hago y eso es algo, es lo que yo creo, pues, y, como yo estoy confiada, transmito esa confianza al paciente. Porque yo estoy segura de lo que estoy haciendo, de lo que sé, de cómo yo me manejo en mi entorno.

- **Trato dirigido**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 2 NM**

Bien, bueno, no me trataron como familiar, me trataron como personal de salud con conocimiento de términos.

- **Vulneración de derechos a familiares**

- 1 Cita: 1:5 p 1 in Entrevista 2 NM**

Sentí que no se respetó el derecho de mi familia a estar debidamente informada de la condición de nuestro familiar enfermo.

Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

Al establecer gráficamente las relaciones entre las categorías y considerando, al igual que se hizo en la primera entrevista, las razones del conocimiento, se observa el énfasis en categorías de naturaleza social y gnoseológica, lo que vincula el discurso docente y todo lo que se relaciona con él, con aspectos socioculturales asociados al conocimiento. La epistemología también se erige al igual que el componente teleológico como familias significativas de categorías en la medida en

que la construcción de una visión sobre el discurso médico y las finalidades del mismo son de importancia para el sujeto que ha sido entrevistado. Se observan influencias axiológicas, afectivas e inherentes al ser que son dignas de ser consideradas en una postura teórica futura. Seguidamente, se presenta la red de relaciones entre categorías de la segunda entrevista.

Figura 2

Red de relaciones emergentes de la Entrevista 2



Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

El abordaje cualitativo de la información aportada por el tercer informante se torna más complejo porque la profundización en el contenido de esta entrevista es evidente. Un aporte significativo al proceso de triangulación de fuentes representa la integración de perspectivas diferentes sobre un mismo tema. Por esa razón, se detalla el abordaje de las categorías en cada segmento.

Entrevista 3 Sujeto de investigación: El Esquivo

Tabla 16

Entrevista 3. Segmento 1

Categoría	Descripción
Actuación/Información	<u>La mayoría de las veces, si, bueno, porque, llegan a mis</u>
Información a familiares	<u>manos con su capacidad limitada o inconscientes,</u> <u>entonces, en ocasiones, uno recurre a los familiares,</u> <u>si se encuentran con ellos; a veces toca decidir de</u>
Actuación de acuerdo con el caso	<u>forma rápida... una emergencia no puede esperar a</u> <u>que lleguen los familiares o que el paciente logre</u> <u>recobrar la conciencia, se actúa de acuerdo a cada</u>
Visión hipocrática	<u>caso, siempre tratando de hacer lo mejor por el</u> <u>paciente, se actúa y luego se informa.</u>
Carencia de vínculos afectivos	Pues no, no me parece. <u>Uno hace su mejor esfuerzo</u> <u>así sea el tipo que te intentó robar la semana anterior</u> <u>en la emergencia del hospital o un paciente que</u>
Cuidado	<u>tienes tiempo conociendo, claro, si es un familiar de</u>

	<u>un médico o de uno, uno tiende a ser más cuidadoso</u>
	<u>o metódico; pero no es tanta la diferencia, a mi modo</u>
Método	<u>de ver.</u>
	Pues, <u>hay pacientes de pacientes que quieren hacer</u>
Control	<u>las cosas como ellos quieren</u> hacerlas y no como
	<u>deben, así como un hijo adolescente, y, bueno, toca</u>
Observación	<u>regañarlos y decirles que si no hacen las cosas como</u>
	<u>son, no los voy a operar; porque los valores deben estar</u>
	<u>controlados para que no se me queden en la mesa de</u>
	<u>operaciones y, ahí sí, el malo soy yo, ¿me entiendes?</u>
Rigurosidad	<u>Son cosas de vida o muerte y tienen que hacer caso</u>
	<u>o pierden todo. Por eso te digo que son como un hijo</u>
Orientación	<u>adolescente; aunque hay algunos que se portan bien y,</u>
	<u>sin problemas sorteamos cirugía y postoperatorio sin</u>
	<u>inconvenientes; pero hay otros que, por Dios, son</u>
	<u>demasiado necios, ellos creen que uno no se da cuenta</u>
	<u>de que no siguen las indicaciones.</u>

Emerge en este contexto una visión hipocrática vinculada con el deber del médico y su responsabilidad social. Por eso se vincula la actuación con el discurso en relación con la responsabilidad de información a los familiares. De manera profesional se hace énfasis en cuidados y métodos en tratamientos dirigidos al paciente evitando el establecimiento de vínculos afectivos. Las recomendaciones se

dan con la finalidad de control, observación, rigurosidad y orientación en el marco de un proceso de comunicación abierto.

Tabla 17

Entrevista 3. Segmento 2

Categoría	Descripción
Responsabilidad	<u>Ayudar a quien me necesite. Cualquier persona que llegue a mi consulta o a mi guardia es una vida que está en mis manos y siempre doy lo mejor de mi para no perderla. Eso hacemos los médicos, es nuestra</u>
Esfuerzo	<u>vocación, nuestro servicio. Claro, hay situaciones que se complican, obvio, pero siempre damos nuestro mejor esfuerzo.</u>
Explicaciones sencillas	Busco que me entiendan, <u>a veces les explico como a niños de preescolar, le digo a la enfermera que le</u>
Apoyo en la enfermera	<u>vuelva a explicar, para estar seguros; aunque, a veces como que no entienden; porque hacen lo contrario, exactamente, lo contrario a lo que uno les dice</u>
Rigurosidad	<u>y ahí provoca uff, pero bueno, sigamos... así igual que a tus hijos adolescentes; los tienes que regañar para que medio hagan caso.</u>
Claridad	Le digo: ¿me entiendes? <u>Si no me entiendes o no haces caso te puedes morir pal coño... no a todos les</u>

Discurso dirigido	<u>digo así, a los mal portados... les explico lo mismo y, de acuerdo al caso, se lo explico a los familiares... si</u>
Reflexión	<u>hay algún familiar médico o personal de salud, le pongo las cosas en claro, sin adornos, para que prepare al resto de la familia.</u>

Los rasgos anteriores del discurso descrito exigen esfuerzo y responsabilidad por parte del médico tratante. Interviene en este núcleo de información otro sujeto de importancia en el contexto de pacientes y familiares: la enfermera. Se devela en este personal un discurso sencillo que va de la mano con el apoyo y la rigurosidad en los cuidados que se brinda al sujeto que sufre de una enfermedad en el contexto sistemático de los cuidados formales. Se caracterizan estos discursos por la claridad, la mediación dirigida y, sobre todo, la promoción de la reflexión en torno al contenido que se está comunicando.

Se devela también en forma reiterada el discurso entre colegas y sus características que dista en especialización, léxico y profundidad del discurso que se ofrece a los familiares del paciente y del sujeto mismo que sufre la enfermedad. En este caso, el discurso será dirigido y objetivo, tratando de ofrecer información directa y contextualizada con el contexto de vida de los interlocutores. El médico debe en todo momento mantener contacto visual, una expresión corporal adecuada y abierta para la comunicación y el control del acto discursivo.

Tabla 18

Entrevista 3. Segmento 3

Categoría	Descripción
Discurso a colegas	<u>A los dos, claro, debo asegurarme de que entiendan</u>
Discurso a familiar	<u>muy bien la situación que se presenta... con el familiar es más sencillo hablar de diagnóstico, alternativas, pronósticos sin dar tantas vueltas como</u>
Discurso al paciente	<u>los el resto de las personas.</u> Claro, <u>siempre le digo las cosas al paciente, obvio, es quien debe conocer toda</u>
Discurso dirigido	<u>la situación.</u>
Imparcialidad	No, nada que ver... a <u>veces llegan hasta sin ropa,</u>
Objetividad	<u>cuando estoy en la guardia y llega una emergencia, por ejemplo... no, eso no afecta para nada.</u>
Estilo de vida	<u>Preguntas directas acerca de su estilo de vida, de sus</u>
Información directa	<u>alergias, si es una emergencia, no puedes andar con muchos rodeos, necesitas la información de forma</u>
Precisión	<u>rápida y certera... en la consulta, pregunto un poco más; pero sin extendernos demasiado, si les das cuerda, nunca acabaría la consulta jajajaja.</u>
Control	<u>Sí, en ocasiones, dependiendo de la emergencia o la</u>
Manejo de la actitud corporal	<u>consulta... a veces, es necesario llamar la atención del paciente, porque no sabe qué pasa con él o a su</u>

Contacto visual	<u>alrededor, entonces, lo obligas a verte y a centrarse en ti para que pueda contestar las preguntas.</u>
Explicaciones sobre los pasos que siguen	<u>En la consulta, le explico lo que voy haciendo:</u>
Apoyo	<u>pero en una emergencia, debo decirle que se calme y confíe, que estamos para ayudarlo y hacer lo mejor</u>
Calma	<u>por él.</u>
Confianza	Pues, si, <u>en bioética, allí nos enseñaron a cómo tratar</u>
Visión bioética	<u>al paciente, teníamos una parte práctica y todo. Sólo eso.</u>

El discurso descrito en la Tabla 18, de acuerdo con las últimas categorías del segmento 3 que está siendo abordado, garantiza un apoyo efectivo a los familiares del paciente, calma para el sujeto que sufre la enfermedad, confianza en el médico tratante, quien debe ser preciso y claro en las explicaciones que ofrece desde una perspectiva bioética.

Se expone en el contenido de la entrevista, específicamente en el cuarto segmento, el apoyo alternativo que buscan los familiares, cuyo médico no establece un adecuado proceso de comunicación, con sus enfermeras que representan un informante alternativo que, en ocasiones, colaboran con la tranquilidad de pacientes y familiares. Este tipo de personal es portador de un aprendizaje empírico que permite una adaptación discursiva que al paciente y al familiar lo tranquilizan. Esta realidad se devela en las primeras seis categorías del segmento 4 de la tercera entrevista.

Tabla 19

Entrevista 3. Segmento 4

Categoría	Descripción
Ausencia de estrategias discursivas	<u>No, para nada, medio te dicen cómo llenar una historia;</u>
Apoyo en las enfermeras	<u>pero uno se pega de las enfermeras y ellas lo van guiando.</u>
Adaptación	<u>Nada, esto es aprender haciendo... bueno, tampoco</u>
Apoyo en el discurso de la enfermera	<u>es que uno hable mucho con los pacientes, las enfermeras, que son las que se relacionan más con ellos, te van guiando cuando estás estudiando.</u>
Aprendizaje empírico	<u>Pero se aprende haciendo. Es igual que una cirugía, vas adaptando de acuerdo a lo que se te presente.</u>
Adaptación	Pues sí, <u>uno va adaptándose</u> , entendiendo que <u>no todas las personas son iguales</u> , es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el
Lenguaje gestual	caso de los pacientes, <u>debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares</u> . <u>Si no es una emergencia,</u>
Conversación	<u>uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo</u>

	<u>van reaccionando, si es una emergencia, tratas de</u>
	<u>calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y</u>
Discurso persuasivo	<u>debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero</u>
Observación	<u>tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras</u>
	<u>las que tienen más contacto tanto con pacientes como</u>
	<u>con familiares y, bueno, casos extremos, en que la</u>
Reconocimiento de	<u>familia decide llevárselo, porque no está contenta con</u>
las diferencias	<u>uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se</u>
	<u>va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido</u>
	<u>y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y</u>
	<u>uno hace lo que cree que es mejor para el paciente.</u>

En un contexto abierto de reconocimiento de las diferencias culturales entre médicos y pacientes, se puede promover una conversación mediada por un discurso persuasivo sustentado en la observación previa de los interlocutores y una actitud gestual que llame a la identificación y la comprensión. En el quinto segmento de esta misma tercera entrevista, se evidencia que emerge como categoría centrada en familiares y pacientes el desconocimiento de la información. Este rasgo abre la estructura categorial de este segmento, como puede observarse en la Tabla 20.

Tabla 20

Entrevista 3. Segmento 5

Categoría	Descripción
Desconocimiento de información	<u>Lo sé, porque me lo estás diciendo en este momento... ni en la universidad ni en el hospital nos informaron nada de eso. ¿De verdad eso existe?</u>
Justificación	<u>Pues, no sé, ¿será que asumen que no tratamos bien a</u>
Ejemplificación	<u>los pacientes? Yo los trato bien, ninguno se ha</u>
Comparación	<u>quejado... Cuando los cubanos llegaron, la gente decía que ellos los trataban bien; ¡pero no los</u>
Reflexión sobre el trato en el contexto médico	<u>curaban! ¿Cómo puede ser más importante en trato que el hecho de que te diagnostiquen bien y, en base a eso, puedas decidir el mejor tratamiento para que el paciente se cure? Eso es ilógico, no lo entiendo.</u> <u>Tampoco era que uno los trataba a las patadas y tal, sólo que nos enfocamos en el trabajo que hay que hacer.</u>
Confianza necesaria	Si, pero <u>tampoco es que nos vamos a hacer panas</u> y a
Información básica para el diagnóstico	salir a rumbear, <u>es la confianza necesaria para que pueda hablar</u> con uno de sus síntomas para poder <u>realizar un buen diagnóstico.</u>

Emergen en este contexto, categorías que se vinculan con posibles estrategias discursivas que puede utilizar el médico tratante para garantizar que los familiares de sus pacientes y el mismo sujeto que sufre la enfermedad puedan comprender lo

que desea comunicar. Estructuras del discurso como los rasgos comparativos, la ejemplificación para contextualizar alguna explicación, la justificación en forma de discurso argumentativo, la reflexión sobre los temas tratados conllevan a garantizar un discurso que aseguran un efectivo proceso de comunicación a la hora de ofrecer información sobre el estado de un paciente. Estas estrategias deben enmarcarse en un entorno en el que prevalezca la libertad de expresión y, sobre todo, donde se promueva el modelaje para el seguimiento de instrucciones. Obsérvese como se organizan las categorías en el sexto segmento de esta entrevista.

Tabla 21

Entrevista 3. Segmento 6

Categoría	Descripción
Libertad de expresión	¡No, vale! <u>Cada quien decide cómo expresarse</u>
Modelaje	<u>dependiendo de su forma de ser y, obviamente, así va a tratar a sus pacientes, claro, normalmente, uno sigue la línea del adjunto con el que te formaste; pero luego lo vas adaptando.</u>
Discurso especializado	Pues, <u>si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide</u>
Lenguaje propio de la medicina	<u>una opinión y así, obvio que vas a usar el lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o</u>
Situaciones contextuales	<u>simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las</u>
Terminología especializada entre	<u>rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que tengan una enfermedad crónica y, obvio,</u>

médicos	<u>han tenido tiempo para comprender todo eso y</u>
Ejemplificación	<u>aprenderlo. Eso es como cuando uno va al mecánico y</u> <u>te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno</u> <u>queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no</u> <u>entiendo un coño de eso.</u>
Vestimenta/Poder	Coño, <u>cuando uno está estudiando y entra al hospital,</u> <u>por primera vez, con la bata, te sientes no joda, como</u> <u>que te vas a comer el mundo,</u> a muchos les queda el gusto y la sensación y andan con esas vainas siempre y en todo lugar; pero a mí, particularmente, no me da ni
Bioseguridad	coquito, eso es, simplemente, <u>un equipo de</u> <u>bioseguridad que nos protege,</u> eso es todo.
Discurso carente de afecto	Coño, a veces no es fácil, cuando estás en una emergencia y <u>debes concentrarte en salvarla vida, vas</u>
Visión de entrenamiento	<u>a eso, para eso estamos entrenados;</u> pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, <u>uno trata de hablar</u> <u>con el paciente, si está en condiciones, e intenta</u>
Discurso persuasivo	<u>calmarlo.</u> Ponerse en el lugar de cada paciente en muy arrecho, <u>terminarías las guardias más extenuado de lo</u> <u>normal, vivirías en un drama eterno</u> y tampoco es así
Visión de lo importante	pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de todos, también tengo mi corazón y, bueno, <u>uno hace lo</u> <u>posible;</u> pero recuerda que también <u>debemos tener la</u> <u>cabeza fría para poder darle una buena atención y</u>

que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es lo más importante.

Cuando se ofrece al paciente o a sus familiares un discurso especializado, deben prevalecer estrategias que garanticen su comprensión. A pesar de utilizar un lenguaje propio de la medicina, con terminología especializada, es preciso que los interlocutores comprendan perfectamente lo que se les comunica. Al final del segmento, se reflexiona sobre la postura de poder del médico, en este caso no centrado en el discurso sino en su vestimenta; re concluye que en el fondo, esta forma de vestir más que una representación de poder es una herramienta de bioseguridad.

De acuerdo con la visión de este tercer informante, la comunicación del médico debe estar caracterizada por un discurso cercano al paciente y a sus familiares, con carácter persuasivo en el que se explique lo esencial de los cuidados y el entrenamiento para ejecutarlo correctamente. En el primer grupo de categorías figuras estos rasgos que se valoran como esenciales en el proceso de comunicación:

Tabla 22

Entrevista 3. Segmento 7

Categoría	Descripción
Discurso carente de afecto	Coño, <u>a veces no es fácil</u> , cuando estás en una emergencia y debes concentrarte en salvarla vida, vas a
Visión de entrenamiento	<u>eso, para eso estamos entrenados;</u> pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, <u>uno trata de hablar</u>

Discurso persuasivo	<u>con el paciente, si está en condiciones, e intenta</u>
	<u>calmarlo.</u> Ponerse en el lugar de cada paciente en muy
	<u>arrecho, terminarías las guardias más extenuado de lo</u>
	<u>normal, vivirías en un drama eterno y tampoco es así</u>
Visión de lo	<u>pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de</u>
importante	<u>todos, también tengo mi corazón y, bueno, uno hace lo</u>
	<u>posible; pero recuerda que también debemos tener la</u>
	<u>cabeza fría para poder darle una buena atención y</u>
	<u>que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es</u>
	<u>lo más importante.</u>
Aprendizaje	<u>Todo lo que he aprendido en mi carrera es gracias a</u>
Confianza	<u>los pacientes, un médico no es nada sin ellos y cada</u>
Visión personal	<u>caso te deja algo nuevo tanto en lo clínico como en lo</u>
Visión profesional	<u>personal y uno agradece la confianza que depositan en</u>
	<u>uno y agradece a Dios por cada caso que llega.</u>
Mirada objetiva	<u>Verga, si es un médico con más trayectoria que yo, me</u>
	<u>quito el sombrero; pero le recuerdo que la mirada</u>
	<u>objetiva es la mía y no la de él, ahora, si es algo que</u>
Poca valoración de la	<u>sacaron de internet o de una vecina, uno sabe cómo</u>
tecnología	<u>darles la vuelta a esas situaciones; porque, coño, tanto</u>
	<u>tiempo uno quemándose las pestañas para dar un buen</u>
	<u>servicio y que venga alguien que gogleó algo a querer</u>
	<u>saber más que uno, por favor.</u>

Por encima de la información que pueda brindar la tecnología, el aprendizaje y la confianza que un médico tratante puede transmitir desde su visión personal y profesional a sus pacientes y sus familiares a través del discurso con una mirada objetiva es vital para el desarrollo de los procesos de atención médico-paciente. En el octavo segmento de esta misma entrevista se ofrecen, por contraste, las condiciones negativas que en este mismo proceso pudieran darse si el discurso no se maneja correctamente.

Tabla 23

Entrevista 3. Segmento 8

Categoría	Descripción
Evasión al médico	Pues, coño, <u>eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico</u> ; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de
Buen trato	<u>verse con quien conoce o va referido por, así que el trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable</u> ;
Explicaciones incompletas	<u>pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo</u> ; menos mal que yo
Preguntas	<u>todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico</u> ; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me
Investigación formal	<u>aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas</u> . Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy
Visión negativa del	<u>ajustando a medida que me haga o no efecto y, como</u>

médico como paciente	<u>última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.</u>
Explicación	<u>Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad,</u>
Manejo de dudas	<u>uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas,</u>
Manejo de información a distancia	<u>incluso conversar con los médicos tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo</u>
Responsabilidad	<u>que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los</u>
Abuso de familiares	<u>remito con algún colega. Los doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.</u>

El proceso de comunicación médico-paciente, así como la relación entre el tratante y sus familiares, debe caracterizarse por el buen trato, porque de lo contrario puede presentarse en ese contexto la evasión al médico. Si el tratante ofrece explicaciones incompletas, se establece una visión negativa del médico, lo que redundaría en abusos por parte de los familiares, debilidades en las explicaciones, falta de confianza y manejo inadecuado de dudas. El discurso del médico implica una responsabilidad de interés capital en este contexto. En los casos de visión negativa, se generan otras actitudes que se reflejan en el noveno segmento de la misma entrevista.

Tabla 24

Entrevista 3. Segmento 9

Categoría	Descripción
Dificultad de léxico	<u>Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando</u>
médico	<u>uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que</u>
Mediación de médico-	<u>nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come</u>
docente	<u>los libros, normalmente, el doctor/profesor te va</u>
Confianza	<u>guiando y ayudando y uno va agarrando confianza,</u>
	<u>llega un momento en que si en casa te dicen que alguien</u>
	<u>tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja</u>
	<u>y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente</u>
	<u>lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y,</u>
Seguridad	<u>bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas</u>
	<u>sintiendo más seguro de lo que dices, de tus</u>
	<u>diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace</u>
	<u>solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón</u>
	<u>de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los</u>
Experiencia	<u>nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas</u>
	<u>ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya</u>
Apoyo en otros	<u>tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a</u>
médicos	<u>conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con</u>
	<u>cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.</u>

Las categorías que corresponden con el noveno segmento de la tercera entrevista develan posibles acciones de los familiares o pacientes en relación con la

información que requieren en el contexto del proceso de tratamiento de una enfermedad. Si el discurso del médico no aporta confianza, buscarán apoyo en otros profesionales de la medicina. Entre los obstáculos que se pueden presentar en la comunicación figura la complejidad léxica y las experiencias previas. Si no se comprende lo que se comunica, no existe fluidez en la comunicación y la comprensión se ve comprometida.

La mediación del discurso con intención explicativa, argumentativa y didáctica constituye un elemento esencial para la seguridad y la confianza en el médico tratante. Un elemento inmaterial como el discurso que incluye semántica, sintaxis, contextualización cultural y elementos pragmáticos puede determinar la relación entre el médico, sus pacientes y sus familiares quienes necesitan recibir información e interactuar con él constantemente en un clima de confianza y armonía. En el décimo segmento que conforma esta tercera entrevista, figuran otros elementos como la formalidad en el registro de los pacientes, el gusto por el trabajo por parte del médico y la expresión corporal materializada en lenguaje gestual como componentes esenciales dentro de un proceso de comunicación ideal en el que la información fluye considerando cultura, conocimientos previos y postura emocional por parte de un núcleo familiar que espera respuestas y aclaratorias en relación con uno de sus miembros que se encuentra en situación comprometida de salud. La actitud del médico es crucial. Seguidamente, se ofrecen las categorías del último fragmento de la tercera entrevista.

Tabla 25

Entrevista 3. Segmento 10

Categoría	Descripción
Apariencia	<u>Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla.</u>
Datos personales	<u>saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita.</u>
Atención a las historias del paciente	<u>la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.</u>
Lenguaje gestual	
Gusto por el trabajo	
Ajuste discursivo	<u>He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan</u>
Lenguaje coloquial	
Aprendizaje	
Discurso especializado	

	<u>educando en este campo, aunque, a veces salen con</u>
Respeto	<u>unas cosas de verbateros que, bueno, he tenido que</u> <u>aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo</u> <u>bien claro.</u>
Apoyo	<u>Pues, me ha tocado consolar y esas cosas, en especial</u>
Evasión de empatía	<u>cuando era R1, aunque trato de evitar esas cosas; pero</u> <u>si es un niño o un viejito, cedo ante la presión jajajaja,</u>
Elementos afectivos	<u>en especial, las señoras mayores, te abrazan y te</u> <u>encomiendan a todos los santos y eso se agradece.</u>

En el cierre de esta tercera entrevista, se evidencia la necesidad de ajuste del discurso técnico propio del médico para ofrecer un lenguaje más coloquial. Se evidencia también una contradicción que se materializa específicamente en la necesidad de ofrecer apoyo afectivo, por una parte, pero tratando de evadir la empatía por un tema ético y de carácter profesional. Seguidamente, como un elemento de confirmabilidad que forma parte de los criterios de excelencia de la investigación cualitativa, se presenta el informe detallado de la categorización de esta entrevista que ubica todas y cada una de las categorías registradas con su respectiva ubicación dentro del contexto general del formato de entrevista incluyendo el número de línea de cada fragmento. Esto obedeciendo a la postura de Ruiz (2015) en lo que respecta a la excelencia en investigación cualitativa.

Tabla 26

Síntesis de Categorías de la Entrevista 3

TD (Nancy Molina)

Informe de códigos

Todos los (91) códigos

○ **Abuso de familiares**

1 Cita: 1:26 p 5 in Entrevista 3

Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad, uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas, incluso conversar con los médicos tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los remito con algún colega. Los doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.

○ **Actuación de acuerdo con el caso**

1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 3

La mayoría de las veces, si, bueno, porque, llegan a mis manos con su capacidad limitada o inconscientes, entonces, en ocasiones, uno recurre a los familiares, si se encuentran con ellos; a veces toca decidir de forma rápida... una emergencia no puede esperar a que lleguen los familiares o que el paciente logre recobrar la conciencia, se actúa de acuerdo a cada caso, siempre tratando de hacer lo mejor por el paciente, se actúa y luego se informa.

- **Actuación/Información**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 3**

La mayoría de las veces, si, bueno, porque, llegan a mis manos con su capacidad limitada o inconscientes, entonces, en ocasiones, uno recurre a los familiares, si se encuentran con ellos; a veces toca decidir de forma rápida... una emergencia no puede esperar a que lleguen los familiares o que el paciente logre recobrar la conciencia, se actúa de acuerdo a cada caso, siempre tratando de hacer lo mejor por el paciente, se actúa y luego se informa.

- **Adaptación**

- 2 Citas:1:14 p 3 in Entrevista 3**

Nada, esto es aprender haciendo... bueno, tampoco es que uno hable mucho con los pacientes, las enfermeras, que son las que se relacionan más con ellos, te van guiando cuando estás estudiando.

Pero se aprende haciendo. Es igual que una cirugía, vas adaptando de acuerdo a lo que se te presente.

- 1:15 p 3 in Entrevista 3**

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo

cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente.

- **Ajuste discursivo**

- 1 Cita: 1:29 p 6 in Entrevista 3**

He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan educando en este campo, aunque, a veces salen con unas cosas de yerbateros que, bueno, he tenido que aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo bien claro.

- **Apariencia**

- 1 Cita: 1:28 p 6 in Entrevista 3**

Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla, saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita, la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice

su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.

- **Apoyo**

- 2 Citas: 1:11 p 2 in Entrevista 3**

- En la consulta, le explico lo que voy haciendo; pero en una emergencia, debo decirle que se calme y confíe, que estamos para ayudarlo y hacer lo mejor por él.

- 1:30 p 6 in Entrevista 3**

- Pues, me ha tocado consolar y esas cosas, en especial cuando era R1, aunque trato de evitar esas cosas; pero si es un niño o un viejito, cedo ante la presión jajajaja, en especial, las señoras mayores, te abrazan y te encomiendan a todos los santos y eso se agradece.

- **Apoyo en el discurso de la enfermera**

- 1 Cita: 1:14 p 3 in Entrevista 3**

- Nada, esto es aprender haciendo... bueno, tampoco es que uno hable mucho con los pacientes, las enfermeras, que son las que se relacionan más con ellos, te van guiando cuando estás estudiando.

- Pero se aprende haciendo. Es igual que una cirugía, vas adaptando de acuerdo a lo que se te presente.

- **Apoyo en la enfermera**

- 1 Cita: 1:5 pp 1 – 2 in Entrevista 3**

Busco que me entiendan, a veces les explico como a niños de preescolar, le digo a la enfermera que le vuelva a explicar, para estar seguros; aunque, a veces como que no entienden; porque hacen lo contrario, exactamente, lo contrario a lo que uno les dice

y ahí provoca uff, pero bueno, sigamos... así igual que a tus hijos adolescentes; los tienes que regañar para que medio hagan caso.

- **Apoyo en las enfermeras**

- 1 Cita: 1:13 p 3 in Entrevista 3**

No, para nada, medio te dicen cómo llenar una historia; pero uno se pega de las enfermeras y ellas lo van guiando.

- **Apoyo en otros médicos**

- 1 Cita: 1:27 p 6 in Entrevista 3**

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te

pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Aprendizaje**

- 2 Citas: 1:23 p 5 in Entrevista 3**

Todo lo que he aprendido en mi carrera es gracias a los pacientes, un médico no es nada sin ellos y cada caso te deja algo nuevo tanto en lo clínico como en lo personal y uno agradece la confianza que depositan en uno y agradece a Dios por cada caso que llega.

- 1:29 p 6 in Entrevista 3**

He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan educando en este campo, aunque, a veces salen con unas cosas de yerbateros que, bueno, he tenido que aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo bien claro.

- **Aprendizaje empírico**

- 1 Cita: 1:14 p 3 in Entrevista 3**

Nada, esto es aprender haciendo... bueno, tampoco es que uno hable mucho con los pacientes, las enfermeras, que son las que se relacionan más con ellos, te van guiando cuando estás estudiando.

Pero se aprende haciendo. Es igual que una cirugía, vas adaptando de acuerdo a lo que se te presente.

- **Atención a las historias del paciente**

- 1 Cita: 1:28 p 6 in Entrevista 3**

Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla, saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita, la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.

- **Ausencia de estrategias discursivas**

- 1 Cita: 1:13 p 3 in Entrevista 3**

No, para nada, medio te dicen cómo llenar una historia; pero uno se pega de las enfermeras y ellas lo van guiando.

- **Bioseguridad**

- 1 Cita: 1:21 p 4 in Entrevista 3**

Coño, cuando uno está estudiando y entra al hospital, por primera vez, con la bata, te sientes no joda, como que te vas a comer el mundo, a muchos

les queda el gusto y la sensación y andan con esas vainas siempre y en todo lugar; pero a mí, particularmente, no me da ni coquito, eso es, simplemente, un equipo de bioseguridad que nos protege, eso es todo.

- **Buen trato**

- 1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3**

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

- **Calma**

- 1 Cita: 1:11 p 2 in Entrevista 3**

En la consulta, le explico lo que voy haciendo; pero en una emergencia, debo decirle que se calme y confíe, que estamos para ayudarlo y hacer lo mejor por él.

- **Carencia de vínculos afectivos**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 3**

Pues no, no me parece. Uno hace su mejor esfuerzo así sea el tipo que te intentó robar la semana anterior en la emergencia del hospital o un paciente que tienes tiempo conociendo, claro, si es un familiar de un médico o de uno, uno tiende a ser más cuidadoso o metódico; pero no es tanta la diferencia, a mi modo de ver.

- **Claridad**

- 1 Cita: 1:6 p 2 in Entrevista 3**

Le digo: ¿me entiendes? Si no me entiendes o no haces caso te puedes morir pal coño... no a todos les digo así, a los mal portados... les explico lo mismo y, de acuerdo al caso, se lo explico a los familiares... si hay algún familiar médico o personal de salud, le pongo las cosas en claro, sin adornos, para que prepare al resto de la familia.

- **Comparación**

- 1 Cita: 1:17 pp 3 – 4 in Entrevista 3**

Pues, no sé, ¿será que asumen que no tratamos bien a los pacientes? Yo los trato bien, ninguno se ha quejado... Cuando los cubanos llegaron, la gente decía que ellos los trataban bien; ¡pero no los curaban! ¿Cómo puede ser más importante en trato que el hecho de que te diagnostiquen bien y, en base a eso, puedas decidir el mejor tratamiento para que el paciente se cure? Eso es ilógico, no lo entiendo. Tampoco era que uno los trataba a las patadas y tal, sólo que nos enfocamos en el trabajo que hay que hacer.

- **Confianza**

- 3 Citas: 1:11 p 2 in Entrevista 3**

En la consulta, le explico lo que voy haciendo; pero en una emergencia, debo decirle que se calme y confíe, que estamos para ayudarlo y hacer lo mejor por él.

- 1:23 p 5 in Entrevista 3**

Todo lo que he aprendido en mi carrera es gracias a los pacientes, un médico no es nada sin ellos y cada caso te deja algo nuevo tanto en lo clínico como en lo personal y uno agradece la confianza que depositan en uno y agradece a Dios por cada caso que llega.

- 1:27 p 6 in Entrevista 3**

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria

para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Confianza necesaria**

- 1 Cita: 1:18 p 4 in Entrevista 3**

Sí, pero tampoco es que nos vamos a hacer panas y a salir a rumbear, es la confianza necesaria para que pueda hablar con uno de sus síntomas para poder realizar un buen diagnóstico.

- **Contacto visual**

- 1 Cita: 1:10 p 2 in Entrevista 3**

Sí, en ocasiones, dependiendo de la emergencia o la consulta... a veces, es necesario llamar la atención del paciente, porque no sabe qué pasa con él o a su alrededor, entonces, lo obligas a verte y a centrarse en ti para que pueda contestar las preguntas.

- **Control**

- 2 Citas: 1:3 p 1 in Entrevista 3**

Pues, hay pacientes de pacientes que quieren hacer las cosas como ellos quieren hacerlas y no como deben, así como un hijo adolescente, y, bueno, toca regañarlos y decirles que si no hacen las cosas como son, no los voy a operar; porque los valores deben estar controlados para que no se me queden en la mesa de operaciones y, ahí sí, el malo soy yo, ¿me entiendes? Son cosas de vida o muerte y tienen que hacer caso o pierden todo. Por eso te digo que son como un hijo adolescente; aunque hay algunos que se portan bien y, sin problemas sorteamos cirugía y

postoperatorio sin inconvenientes; pero hay otros que, por Dios, son demasiado necios, ellos creen que uno no se da cuenta de que no siguen las indicaciones.

1:10 p 2 in Entrevista 3

Sí, en ocasiones, dependiendo de la emergencia o la consulta... a veces, es necesario llamar la atención del paciente, porque no sabe qué pasa con él o a su alrededor, entonces, lo obligas a verte y a centrarse en ti para que pueda contestar las preguntas.

○ **Conversación**

1 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 3

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente.

- **Cuidado**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 3**

Pues no, no me parece. Uno hace su mejor esfuerzo así sea el tipo que te intentó robar la semana anterior en la emergencia del hospital o un paciente que tienes tiempo conociendo, claro, si es un familiar de un médico o de uno, uno tiende a ser más cuidadoso o metódico; pero no es tanta la diferencia, a mi modo de ver.

- **Datos personales**

- 1 Cita: 1:28 p 6 in Entrevista 3**

Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla, saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita, la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.

- **Desconocimiento de información sobre la OMS**

- 1 Cita: 1:16 p 3 in Entrevista 3**

Lo sé, porque me lo estás diciendo en este momento... ni en la universidad ni en el hospital nos informaron nada de eso. ¿De verdad eso existe?

- **Dificultad de léxico médico**

- 1 Cita: 1:27 p 6 in Entrevista 3**

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Discurso a colegas**

- 1 Cita: 1:7 p 2 in Entrevista 3**

A los dos, claro, debo asegurarme de que entiendan muy bien la situación que se presenta... con el familiar es más sencillo hablar de diagnóstico, alternativas, pronósticos sin dar tantas vueltas como los el resto de las personas. Claro, siempre le digo las cosas al paciente, obvio, es quien debe conocer toda la situación.

- **Discurso a familiar**

- 1 Cita: 1:7 p 2 in Entrevista 3**

A los dos, claro, debo asegurarme de que entiendan muy bien la situación que se presenta... con el familiar es más sencillo hablar de diagnóstico, alternativas, pronósticos sin dar tantas vueltas como los el resto de las personas. Claro, siempre le digo las cosas al paciente, obvio, es quien debe conocer toda la situación.

- **Discurso al paciente**

- 1 Cita: 1:7 p 2 in Entrevista 3**

A los dos, claro, debo asegurarme de que entiendan muy bien la situación que se presenta... con el familiar es más sencillo hablar de diagnóstico, alternativas, pronósticos sin dar tantas vueltas como los el resto de las personas. Claro, siempre le digo las cosas al paciente, obvio, es quien debe conocer toda la situación.

- **Discurso carente de afecto**

- 1 Cita: 1:22 pp 4 – 5 in Entrevista 3**

Coño, a veces no es fácil, cuando estás en una emergencia y debes concentrarte en salvarla vida, vas a eso, para eso estamos entrenados; pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, uno trata de hablar con el paciente, si está en condiciones, e intenta calmarlo. Ponerse en el lugar de cada paciente en muy arrecho, terminarías las guardias más extenuado de lo normal, vivirías en un drama eterno y tampoco es así pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de todos, también tengo mi corazón y, bueno, uno hace lo posible; pero recuerda que también debemos tener la

cabeza fría para poder darle una buena atención y que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es lo más importante.

- **Discurso dirigido**

- 1 Cita: 1:7 p 2 in Entrevista 3**

A los dos, claro, debo asegurarme de que entiendan muy bien la situación que se presenta... con el familiar es más sencillo hablar de diagnóstico, alternativas, pronósticos sin dar tantas vueltas como los el resto de las personas. Claro, siempre le digo las cosas al paciente, obvio, es quien debe conocer toda la situación.

- **Discurso dirigido**

- 1 Cita: 1:6 p 2 in Entrevista 3**

Le digo: ¿me entiendes? Si no me entiendes o no haces caso te puedes morir pal coño... no a todos les digo así, a los mal portados... les explico lo mismo y, de acuerdo al caso, se lo explico a los familiares... si hay algún familiar médico o personal de salud, le pongo las cosas en claro, sin adornos, para que prepare al resto de la familia.

- **Discurso especializado**

- 2 Citas: 1:20 p 4 in Entrevista 3**

Pues, si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide una opinión y así, obvio que vas a usar el lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que tengan una enfermedad crónica y, obvio, han tenido tiempo para comprender todo eso y aprenderlo. Eso es como cuando uno va al mecánico y te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no entiendo un coño de eso.

- 1:29 p 6 in Entrevista 3**

He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan educando en este campo, aunque, a veces

salen con unas cosas de yerbateros que, bueno, he tenido que aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo bien claro.

○ **Discurso persuasivo**

2 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 3

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente

1:22 pp 4 – 5 in Entrevista 3

Coño, a veces no es fácil, cuando estás en una emergencia y debes concentrarte en salvarla vida, vas a eso, para eso estamos entrenados; pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, uno trata de hablar con el paciente, si está en condiciones, e intenta calmarlo. Ponerse en el lugar de cada paciente en muy arrecho, terminarías las guardias más

extenuado de lo normal, vivirías en un drama eterno y tampoco es así pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de todos, también tengo mi corazón y, bueno, uno hace lo posible; pero recuerda que también debemos tener la cabeza fría para poder darle una buena atención y que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es lo más importante.

○ **Ejemplificación**

2 Citas: 1:17 pp 3 – 4 in Entrevista 3

Pues, no sé, ¿será que asumen que no tratamos bien a los pacientes? Yo los trato bien, ninguno se ha quejado... Cuando los cubanos llegaron, la gente decía que ellos los trataban bien; ¡pero no los curaban! ¿Cómo puede ser más importante en trato que el hecho de que te diagnostiquen bien y, en base a eso, puedas decidir el mejor tratamiento para que el paciente se cure? Eso es ilógico, no lo entiendo. Tampoco era que uno los trataba a las patadas y tal, sólo que nos enfocamos en el trabajo que hay que hacer

1:20 p 4 in Entrevista 3

Pues, si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide una opinión y así, obvio que vas a usar el lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que tengan una enfermedad crónica y, obvio, han tenido tiempo para comprender todo eso y aprenderlo. Eso es como cuando uno va al

mecánico y te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no entiendo un coño de eso.

- **Elementos afectivos**

- 1 Cita: 1:30 p 6 in Entrevista 3**

Pues, me ha tocado consolar y esas cosas, en especial cuando era R1, aunque trato de evitar esas cosas; pero si es un niño o un viejito, cedo ante la presión jajajaja, en especial, las señoras mayores, te abrazan y te encomiendan a todos los santos y eso se agradece.

- **Esfuerzo**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 3**

Ayudar a quien me necesite. Cualquier persona que llegue a mi consulta o a mi guardia es una vida que está en mis manos y siempre doy lo mejor de mi para no perderla. Eso hacemos los médicos, es nuestra vocación, nuestro servicio. Claro, hay situaciones que se complican, obvio, pero siempre damos nuestro mejor esfuerzo.

- **Estilo de vida**

- 1 Cita: 1:9 p 2 in Entrevista 3**

Preguntas directas acerca de su estilo de vida, de sus alergias, si es una emergencia, no puedes andar con muchos rodeos, necesitas la información de forma rápida y certera... en la consulta, pregunto un poco más; pero sin extendernos demasiado, si les das cuerda, nunca acabaría la consulta jajajaja.

- **Evasión al médico**

- 1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3**

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

- **Evasión de empatía**

- 1 Cita: 1:30 p 6 in Entrevista 3**

Pues, me ha tocado consolar y esas cosas, en especial cuando era R1, aunque trato de evitar esas cosas; pero si es un niño o un viejito, cedo ante la presión jajajaja, en especial, las señoras mayores, te abrazan y te encomiendan a todos los santos y eso se agradece.

- **Experiencia**

- 1 Cita: 1:27 p 6 in Entrevista 3**

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Explicación**

- 1 Cita: 1:26 p 5 in Entrevista 3**

Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad, uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas, incluso conversar con los médicos tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los remito con algún colega. Los

doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.

○ **Explicaciones incompletas**

1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

○ **Explicaciones sencillas**

1 Cita: 1:5 pp 1 – 2 in Entrevista 3

Busco que me entiendan, a veces les explico como a niños de preescolar, le digo a la enfermera que le vuelva a explicar, para estar seguros; aunque, a veces como que no entienden; porque hacen lo contrario, exactamente, lo contrario a lo que uno les dice

y ahí provoca uff, pero bueno, sigamos... así igual que a tus hijos adolescentes; los tienes que regañar para que medio hagan caso.

○ **Explicaciones sobre los pasos que siguen**

1 Cita: 1:11 p 2 in Entrevista 3

En la consulta, le explico lo que voy haciendo; pero en una emergencia, debo decirle que se calme y confíe, que estamos para ayudarlo y hacer lo mejor por él.

○ **Gusto por el trabajo**

1 Cita: 1:28 p 6 in Entrevista 3

Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla, saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita, la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.

- **Imparcialidad**

- 1 Cita: 1:8 p 2 in Entrevista 3**

- No, nada que ver... a veces llegan hasta sin ropa, cuando estoy en la guardia y llega una emergencia, por ejemplo... no, eso no afecta para nada.

- **Información a familiares**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 3**

- La mayoría de las veces, si, bueno, porque, llegan a mis manos con su capacidad limitada o inconscientes, entonces, en ocasiones, uno recurre a los familiares, si se encuentran con ellos; a veces toca decidir de forma rápida... una emergencia no puede esperar a que lleguen los familiares o que el paciente logre recobrar la conciencia, se actúa de acuerdo a cada caso, siempre tratando de hacer lo mejor por el paciente, se actúa y luego se informa.

- **Información básica para diagnóstico**

- 1 Cita: 1:18 p 4 in Entrevista 3**

- Si, pero tampoco es que nos vamos a hacer panas y a salir a rumbear, es la confianza necesaria para que pueda hablar con uno de sus síntomas para poder realizar un buen diagnóstico.

- **Información directa**

- 1 Cita: 1:9 p 2 in Entrevista 3**

- Preguntas directas acerca de su estilo de vida, de sus alergias, si es una emergencia, no puedes andar con muchos rodeos, necesitas la información

de forma rápida y certera... en la consulta, pregunto un poco más; pero sin extendernos demasiado, si les das cuerda, nunca acabaría la consulta jajajaja.

- **Investigación formal**

- 1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3**

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

- **Justificación**

- 1 Cita: 1:17 pp 3 – 4 in Entrevista 3**

Pues, no sé, ¿será que asumen que no tratamos bien a los pacientes? Yo los trato bien, ninguno se ha quejado... Cuando los cubanos llegaron, la gente decía que ellos los trataban bien; ¡pero no los curaban! ¿Cómo puede

ser más importante en trato que el hecho de que te diagnostiquen bien y, en base a eso, puedas decidir el mejor tratamiento para que el paciente se cure? Eso es ilógico, no lo entiendo. Tampoco era que uno los trataba a las patadas y tal, sólo que nos enfocamos en el trabajo que hay que hacer.

- **Lenguaje coloquial**

- 1 Cita: 1:29 p 6 in Entrevista 3**

He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan educando en este campo, aunque, a veces salen con unas cosas de yerbateros que, bueno, he tenido que aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo bien claro.

- **Lenguaje gestual**

- 2 Citas: 1:15 p 3 in Entrevista 3**

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que

tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente

1:28 p 6 in Entrevista 3

Estaba cagado; pero disimulaba jajajaja yo creo que nadie se dio cuenta, así que entré y me senté en mi silla, saludé y pregunté su nombre y la razón de su visita, la enfermera me dijo que ponía la cara rara, yo pensaba que era mi cara de doctor serio jajajaj una vaina loca; pero gracias a Dios, me fue bien, el paciente comenzó a contar su historia y yo tomaba nota, le hice su examen físico y todo se dio muy bien, antes de decirle el diagnóstico, me disculpé y fui a consultar con el doctor/profesor, revisamos los síntomas y mi diagnóstico era correcto, determinamos el tratamiento y el seguimiento; luego regresé al consultorio y culminé la consulta, según la enfermera, mi cara era otra cuando regresé jajajaj estaba relajado y orgulloso de mi trabajo, me sentí preparado.

○ **Lenguaje propio de la medicina**

1 Cita: 1:20 p 4 in Entrevista 3

Pues, si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide una opinión y así, obvio que vas a usar el lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que

tengan una enfermedad crónica y, obvio, han tenido tiempo para comprender todo eso y aprenderlo. Eso es como cuando uno va al mecánico y te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no entiendo un coño de eso.

- **Libertad de expresión**

- 1 Cita: 1:19 p 4 in Entrevista 3**

¡No, vale! Cada quien decide cómo expresarse dependiendo de su forma de ser y, obviamente, así va a tratar a sus pacientes, claro, normalmente, uno sigue la línea del adjunto con el que te formaste; pero luego lo vas adaptando.

- **Manejo de dudas**

- 1 Cita: 1:26 p 5 in Entrevista 3**

Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad, uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas, incluso conversar con los médicos tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los remito con algún colega. Los doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.

- **Manejo de información a distancia**

- 1 Cita: 1:26 p 5 in Entrevista 3**

Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad, uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas, incluso conversar con los médicos

tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los remito con algún colega. Los doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.

- **Manejo de la actitud corporal**

- 1 Cita: 1:10 p 2 in Entrevista 3**

Sí, en ocasiones, dependiendo de la emergencia o la consulta... a veces, es necesario llamar la atención del paciente, porque no sabe qué pasa con él o a su alrededor, entonces, lo obligas a verte y a centrarse en ti para que pueda contestar las preguntas.

- **Mediación de médico-docente**

- 1 Cita: 1:27 p 6 in Entrevista 3**

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos

síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Método**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 3**

Pues no, no me parece. Uno hace su mejor esfuerzo así sea el tipo que te intentó robar la semana anterior en la emergencia del hospital o un paciente que tienes tiempo conociendo, claro, si es un familiar de un médico o de uno, uno tiende a ser más cuidadoso o metódico; pero no es tanta la diferencia, a mi modo de ver.

- **Mirada objetiva**

- 1 Cita: 1:24 p 5 in Entrevista 3**

Verga, si es un médico con más trayectoria que yo, me quito el sombrero; pero le recuerdo que la mirada objetiva es la mía y no la de él, ahora, si es algo que sacaron de internet o de una vecina, uno sabe cómo darles la vuelta a esas situaciones; porque, coño, tanto tiempo uno quemándose las pestañas para dar un buen servicio y que venga alguien que guleó algo a querer saber más que uno, por favor.

- **Modelaje**

- 1 Cita: 1:19 p 4 in Entrevista 3**

¡No, vale! Cada quien decide cómo expresarse dependiendo de su forma de ser y, obviamente, así va a tratar a sus pacientes, claro, normalmente, uno

sigue la línea del adjunto con el que te formaste; pero luego lo vas adaptando.

○ **Objetividad**

1 Cita: 1:8 p 2 in Entrevista 3

No, nada que ver... a veces llegan hasta sin ropa, cuando estoy en la guardia y llega una emergencia, por ejemplo... no, eso no afecta para nada.

○ **Observación**

2 Citas: 1:3 p 1 in Entrevista 3

Pues, hay pacientes de pacientes que quieren hacer las cosas como ellos quieren hacerlas y no como deben, así como un hijo adolescente, y, bueno, toca regañarlos y decirles que si no hacen las cosas como son, no los voy a operar; porque los valores deben estar controlados para que no se me queden en la mesa de operaciones y, ahí si, el malo soy yo, ¿me entiendes? Son cosas de vida o muerte y tienen que hacer caso o pierden todo. Por eso te digo que son como un hijo adolescente; aunque hay algunos que se portan bien y, sin problemas sorteamos cirugía y postoperatorio sin inconvenientes; pero hay otros que, por Dios, son demasiado necios, ellos creen que uno no se da cuenta de que no siguen las indicaciones.

1:15 p 3 in Entrevista 3

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así

que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente.

○ **Orientación**

1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 3

Pues, hay pacientes de pacientes que quieren hacer las cosas como ellos quieren hacerlas y no como deben, así como un hijo adolescente, y, bueno, toca regañarlos y decirles que si no hacen las cosas como son, no los voy a operar; porque los valores deben estar controlados para que no se me queden en la mesa de operaciones y, ahí si, el malo soy yo, ¿me entiendes? Son cosas de vida o muerte y tienen que hacer caso o pierden todo. Por eso te digo que son como un hijo adolescente; aunque hay algunos que se portan bien y, sin problemas sorteamos cirugía y postoperatorio sin inconvenientes; pero hay otros que, por Dios, son demasiado necios, ellos creen que uno no se da cuenta de que no siguen las indicaciones.

- **Poca valoración de la tecnología**

- 1 Cita: 1:24 p 5 in Entrevista 3**

Verga, si es un médico con más trayectoria que yo, me quito el sombrero; pero le recuerdo que la mirada objetiva es la mía y no la de él, ahora, si es algo que sacaron de internet o de una vecina, uno sabe cómo darles la vuelta a esas situaciones; porque, coño, tanto tiempo uno quemándose las pestañas para dar un buen servicio y que venga alguien que guleó algo a querer saber más que uno, por favor...

- **Precisión**

- 1 Cita: 1:9 p 2 in Entrevista 3**

Preguntas directas acerca de su estilo de vida, de sus alergias, si es una emergencia, no puedes andar con muchos rodeos, necesitas la información de forma rápida y certera... en la consulta, pregunto un poco más; pero sin extendernos demasiado, si les das cuerda, nunca acabaría la consulta jajajaja.

- **Preguntas**

- 1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3**

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a

que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

- **Reconocimiento de las diferencias**

- 1 Cita: 1:15 p 3 in Entrevista 3**

Pues sí, uno va adaptándose, entendiendo que no todas las personas son iguales, es como subir un cerro por primera vez, vas viendo el camino y vas adaptando tu marcha, es posible que pises en falso y te lesiones o no, así que, vas ajustando tu cuerpo para poder seguir. En el caso de los pacientes, debes aprender a leer las caras, igual que con los familiares. Si no es una emergencia, uno puede ir poco a poco, conversando y viendo cómo van reaccionando, si es una emergencia, tratas de calmar al paciente y, si te toca hablar con la familia y debes resolver rápido, no te detienes mucho; pero tratas de calmarlos... normalmente son las enfermeras las que tienen más contacto tanto con pacientes como con familiares y, bueno, casos extremos, en que la familia decide llevárselo, porque no está contenta con uno o el paciente que no regresa a consulta o el que se va, ve a otro, le hacen una locura o un tratamiento fallido y, luego regresa y, así, cada cabeza es un mundo y uno hace lo que cree que es mejor para el paciente.

- **Reflexión**

- 1 Cita: 1:6 p 2 in Entrevista 3**

Le digo: ¿me entiendes? Si no me entiendes o no haces caso te puedes morir pal coño... no a todos les digo así, a los mal portados... les explico lo mismo y, de acuerdo al caso, se lo explico a los familiares... si hay algún familiar médico o personal de salud, le pongo las cosas en claro, sin adornos, para que prepare al resto de la familia.

- **Reflexión sobre el trato en el contexto médico**

- 1 Cita: 1:17 pp 3 – 4 in Entrevista 3**

Pues, no sé, ¿será que asumen que no tratamos bien a los pacientes? Yo los trato bien, ninguno se ha quejado... Cuando los cubanos llegaron, la gente decía que ellos los trataban bien; ¡pero no los curaban! ¿Cómo puede ser más importante en trato que el hecho de que te diagnostiquen bien y, en base a eso, puedas decidir el mejor tratamiento para que el paciente se cure? Eso es ilógico, no lo entiendo. Tampoco era que uno los trataba a las patadas y tal, sólo que nos enfocamos en el trabajo que hay que hacer.

- **Respeto**

- 1 Cita: 1:29 p 6 in Entrevista 3**

He aprendido que con los pacientes debo hablar como le hablo a mi familia, explicarles las cosas de forma coloquial, usando los nombres que ellos conocen de las cosas o patologías, utilizo las dos formas como una alternativa para que se vayan educando en este campo, aunque, a veces

salen con unas cosas de yerbateros que, bueno, he tenido que aprender a respetar, aunque no comparta y se los dejo bien claro.

- **Responsabilidad**

- 2 Citas: 1:4 p 1 in Entrevista 3**

Ayudar a quien me necesite. Cualquier persona que llegue a mi consulta o a mi guardia es una vida que está en mis manos y siempre doy lo mejor de mi para no perderla. Eso hacemos los médicos, es nuestra vocación, nuestro servicio. Claro, hay situaciones que se complican, obvio, pero siempre damos nuestro mejor esfuerzo.

- 1:26 p 5 in Entrevista 3**

Si, lo han intentado; pero es demasiada responsabilidad, uno puede orientarlos, explicarles, aclararles dudas, incluso conversar con los médicos tratantes; ¿pero que la decisión la tome yo? No, que va. Les aclaro dudas por teléfono, les hago consultas a distancia, incluso, de lo que no es mi especialidad, si lo veo muy complicado, los remito con algún colega. Los doctores hacemos un juramento para atender a todo el que necesite; pero la familia a veces abusa, uno no lo dice, verga, pero es jodido.

- **Rigurosidad**

- 1 Cita: 1:5 pp 1 – 2 in Entrevista 3**

Busco que me entiendan, a veces les explico como a niños de preescolar, le digo a la enfermera que le vuelva a explicar, para estar seguros; aunque, a veces como que no entienden; porque hacen lo contrario, exactamente, lo contrario a lo que uno les dice

y ahí provoca uff, pero bueno, sigamos... así igual que a tus hijos adolescentes; los tienes que regañar para que medio hagan caso.

○ **Riurosidad**

1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 3

Pues, hay pacientes de pacientes que quieren hacer las cosas como ellos quieren hacerlas y no como deben, así como un hijo adolescente, y, bueno, toca regañarlos y decirles que si no hacen las cosas como son, no los voy a operar; porque los valores deben estar controlados para que no se me queden en la mesa de operaciones y, ahí si, el malo soy yo, ¿me entiendes? Son cosas de vida o muerte y tienen que hacer caso o pierden todo. Por eso te digo que son como un hijo adolescente; aunque hay algunos que se portan bien y, sin problemas sorteamos cirugía y postoperatorio sin inconvenientes; pero hay otros que, por Dios, son demasiado necios, ellos creen que uno no se da cuenta de que no siguen las indicaciones.

○ **Seguridad**

1 Cita: 1:27 p 6 in Entrevista 3

Es rudo aprenderse la terminología médica y, cuando uno está estudiando, y ya comienzan a exigirte que nombres las cosas por su nombre, bueno, uno se come los libros, normalmente, el doctor/profesor te va guiando y ayudando y uno va agarrando confianza, llega un momento en que si en casa te dicen que alguien tiene lechina, uno voltea con cara de el exorcista jajajaja y replicas, varicela jajajajaja, me pasó, jajajaja y la gente lo mira a

uno feo; pero yo no le paraba bolas a eso y, bueno, poco a poco, uno se va acostumbrando y te vas sintiendo más seguro de lo que dices, de tus diagnósticos... el primer diagnóstico que uno hace solo es horrible jajajaj te pasan por la cabeza el pocotón de vainas que pueden tener los mimos síntomas, los nervios jajajajaj, pero uno se va relajando y, si aciertas ese primer diagnóstico, agárrese papá, porque ya tienes la confianza necesaria para seguir, qué vas a conseguir casos rudo, claro; pero uno va lidiando con cada caso a la vez y te vas apoyando de tus colegas.

- **Situaciones contextuales**

- 1 Cita: 1:20 p 4 in Entrevista 3**

Pues, si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide una opinión y así, obvio que vas a usar el lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que tengan una enfermedad crónica y, obvio, han tenido tiempo para comprender todo eso y aprenderlo. Eso es como cuando uno va al mecánico y te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no entiendo un coño de eso.

- **Terminología especializada entre médicos**

- 1 Cita: 1:20 p 4 in Entrevista 3**

Pues, si estamos hablando de algo médico como un paciente, tratamiento, diagnóstico, que, si uno pide una opinión y así, obvio que vas a usar el

lenguaje propio de la medicina o si uno está en un congreso o simposio o cuando eres nuevo y te la quieres echar con los adjuntos; de hecho, cuando se hacen las rondas, los pacientes no entienden casi nada, a menos que tengan una enfermedad crónica y, obvio, han tenido tiempo para comprender todo eso y aprenderlo. Eso es como cuando uno va al mecánico y te comienzan a hablar de bujías y vainas de esas y uno queda con la misma cara de los pacientes jajajaja no entiendo un coño de eso.

- **Vestimenta/Poder**

- 1 Citas: m1:21 p 4 in Entrevista 3**

Coño, cuando uno está estudiando y entra al hospital, por primera vez, con la bata, te sientes no joda, como que te vas a comer el mundo, a muchos les queda el gusto y la sensación y andan con esas vainas siempre y en todo lugar; pero a mí, particularmente, no me da ni coquito, eso es, simplemente, un equipo de bioseguridad que nos protege, eso es todo.

- **Visión bioética**

- 1 Cita: 1:12 p 2 in Entrevista 3**

Pues, si, en bioética, allí nos enseñaron a cómo tratar al paciente, teníamos una parte práctica y todo. Sólo eso.

- **Visión de entrenamiento**

- 1 Cita: 1:22 pp 4 – 5 in Entrevista 3**

Coño, a veces no es fácil, cuando estás en una emergencia y debes concentrarte en salvarla vida, vas a eso, para eso estamos entrenados; pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, uno trata de hablar

con el paciente, si está en condiciones, e intenta calmarlo. Ponerse en el lugar de cada paciente en muy arrecho, terminarías las guardias más extenuado de lo normal, vivirías en un drama eterno y tampoco es así pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de todos, también tengo mi corazón y, bueno, uno hace lo posible; pero recuerda que también debemos tener la

cabeza fría para poder darle una buena atención y que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es lo más importante.

○ **Visión de lo importante**

1 Cita: 1:22 pp 4 – 5 in Entrevista 3

Coño, a veces no es fácil, cuando estás en una emergencia y debes concentrarte en salvarla vida, vas a eso, para eso estamos entrenados; pero cuando no hay apuros o pasada la emergencia, uno trata de hablar con el paciente, si está en condiciones, e intenta calmarlo. Ponerse en el lugar de cada paciente en muy arrecho, terminarías las guardias más extenuado de lo normal, vivirías en un drama eterno y tampoco es así pues, y bueno, tampoco es que soy el más malo de todos, también tengo mi corazón y, bueno, uno hace lo posible; pero recuerda que también debemos tener la cabeza fría para poder darle una buena atención y que su vida pueda salvarse o no corra peligro, eso es lo más importante.

- **Visión hipocrática**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 3**

La mayoría de las veces, si, bueno, porque, llegan a mis manos con su capacidad limitada o inconscientes, entonces, en ocasiones, uno recurre a los familiares, si se encuentran con ellos; a veces toca decidir de forma rápida... una emergencia no puede esperar a que lleguen los familiares o que el paciente logre recobrar la conciencia, se actúa de acuerdo a cada caso, siempre tratando de hacer lo mejor por el paciente, se actúa y luego se informa.

- **Visión negativa del médico como paciente**

- 1 Cita: 1:25 p 5 in Entrevista 3**

Pues, coño, eso es una vaina arrecha, sabes, no me gusta ser paciente, me hago de todo para evitar ir al médico; pero cuando toca, toca y, bueno, uno trata de verse con quien conoce o va referido por, así que es trato es bastante bueno, en el sentido de que es afable; pero, a veces los colegas creen que uno se lo sabe todo y no te explican completo; menos mal que yo todo lo pregunto, a veces dicen que no parezco médico; pero prefiero eso a que vaya a hacer una conjetura errada; algunos doctores, por más que pregunto, no me aclaran bien, entonces, vuelvo a los textos y aclaro con otros colegas. Entonces; si me repite algo, no voy a verme con nadie, primero repito el tratamiento y lo voy ajustando a medida que me haga o no efecto y, como última instancia, regreso con el especialista, jajajaj, dicen

que los doctores somos los peores pacientes y creo que, en mi caso, es cierto.

○ **Visión personal**

1 Cita: 1:23 p 5 in Entrevista 3

Todo lo que he aprendido en mi carrera es gracias a los pacientes, un médico no es nada sin ellos y cada caso te deja algo nuevo tanto en lo clínico como en lo personal y uno agradece la confianza que depositan en uno y agradece a Dios por cada caso que llega.

○ **Visión profesional**

1 Cita: 1:23 p 5 in Entrevista 3

Todo lo que he aprendido en mi carrera es gracias a los pacientes, un médico no es nada sin ellos y cada caso te deja algo nuevo tanto en lo clínico como en lo personal y uno agradece la confianza que depositan en uno y agradece a Dios por cada caso que llega.

Nota Atlas ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

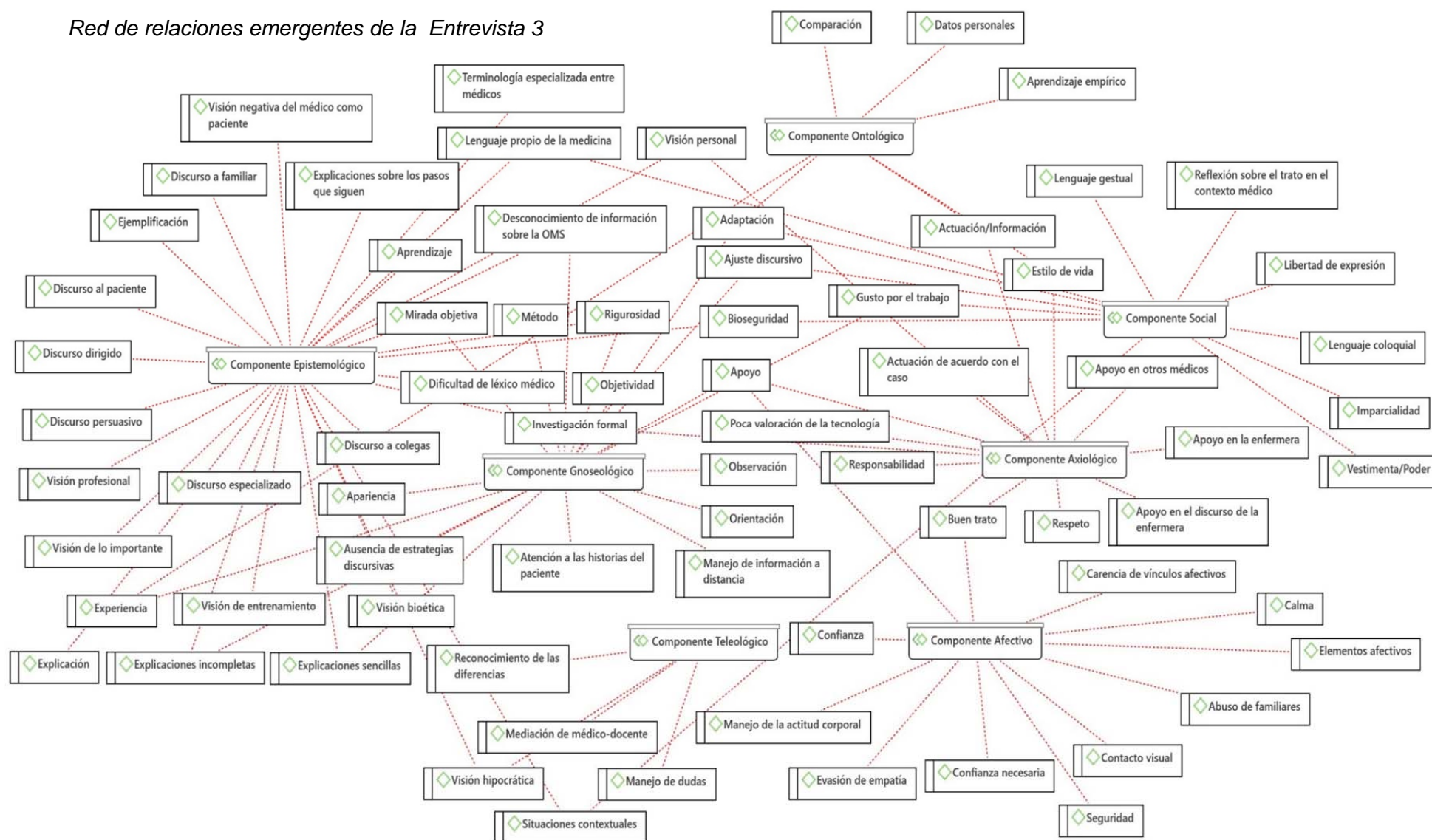
Al valorar el énfasis en la categorización de esta tercera entrevista, se observa claramente que la mayor significación para este informante se concentra en los aspectos epistemológicos, en los que se reflejan visiones y aplicación de principios científico sobre el discurso; igualmente, se valora significativamente el componente axiológico y gnoseológico, vinculados ambos con comportamientos y afectividad. En otro plano se presentan los elementos sociales y la ontología como aspectos complementarios; sin embargo, los elementos epistemológicos prevalecen

en este caso como importantes para la configuración de una visión sobre el discurso médico.

En la red de relaciones que se presenta a continuación pueden establecerse los vínculos gráficos entre las familias de categorías identificadas y fácilmente se distinguen las que resultaron con mayor impacto en el abordaje cualitativo de esta entrevista específicamente. Las perspectivas del ser y sus valores, el conocimiento y la construcción teórica de lo que se conoce juegan un papel preponderante en la estructura que caracteriza el contenido de esta unidad de abordaje cualitativo.

Figura 3

Red de relaciones emergentes de la Entrevista 3



Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin

La cuarta entrevista fue abordada en un solo segmento por la capacidad de síntesis del sujeto informante. La visión axiológica centrada en el ser humano aflora en las primeras categorías que emergen de esta entrevista. La amabilidad, el respeto, el apoyo y la calma a los familiares del paciente son rasgos ideales del discurso médico. En el desarrollo del contenido que se desea comunicar, figura la explicación paso a paso como estrategia para garantizar la comprensión, sobre todo considerando la situación emocional de paciente y familiares. En el segmento único de la entrevista cuarta se evidencian estas categorías.

Entrevista 4 Sujeto de investigación: El Conciso

Tabla 27

Entrevista 4. Segmento 1

Categoría	Descripción
Amabilidad	<u>La verdad, creo que el trato fue amable y respetuoso</u>
Respeto	
Apoyo y calma	<u>Al principio no tenía idea de lo que me estaba</u>
Conversación entre médicos	<u>pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse</u>
Explicación paso a paso	<u>nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba</u>
Falta de reconocimiento del paciente	<u>diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces</u>

Situación emocional	<u>que entraban en grupos y hablaban entre ellos.</u>
Exclusión	
Incomodidad	<u>Me sentía excluido, porque sabía que estaban</u>
Información	<u>hablando de mi; pero no conmigo; luego venía un</u>
Incompleta	<u>médico o una enfermera y me medio decían lo que</u>
Insatisfacción	<u>hablaban... eso fue incómodo; pero ni modo, uno no se</u> <u>puede mover y casi ni hablar, entonces, toca.</u>
Confianza	
Estudiantes de	<u>No, siempre venían los erre tal... así se llamaban entre</u>
postgrado	<u>ellos, luego entendí que eran estudiantes de</u>
Inseguridad	<u>postgrado. Los doctores, a veces, saludaban y</u>
Saludos	<u>decían que estaba en buenas manos.</u>
Apoyo en el discurso	<u>Sentí que hizo falta algo más de contacto, de</u>
de las enfermeras	<u>comunicación entre los médicos y yo, no puede ser</u>
Comunicación	<u>que casi toda la información me la dieran las</u>
médico paciente	<u>enfermeras cuando,</u>
Necesidad de	<u>son ellos los llamados a hacerlo.</u>
contacto	
Información de	<u>No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de</u>
segunda mano	<u>primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.</u>
Agradecimiento	<u>Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho</u>
Discurso centrado en	<u>por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron</u>

el tratamiento	<u>mis heridas y me felicitaron por mi recuperación.</u>
Evolución	<u>El doctor que me atendió era uno de los estudiantes</u>
Información de	<u>avanzados del postgrado.</u>
segunda mano	<u>Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que</u>
Motivación	<u>hicieron por mi.</u>
Discurso de recuento	

Los casos de información incompleta a los familiares dejan la sensación de exclusión y de inconformidad, insatisfacción e inseguridad. Se hace reiterativa la apertura que en este tema tienen los estudiantes de postgrado o residentes quienes apoyan con su discurso satisfaciendo las necesidades de contacto que poseen los familiares. Aunque ofrecen una información de segunda mano, brindan motivación y colaboran con un discurso sobre el tratamiento y de recuento con fines didácticos de manera que se comprenda lo comunicado. Estas categorías se detallan seguidamente.

Tabla 28

Síntesis de Categorías de la Entrevista 4

TD (Nancy Molina)

Informe de códigos

Todos los (24) códigos

○ **Agradecimiento**

1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta?
¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mi.

- **Amabilidad**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 4**

- La verdad, creo que el trato fue amable y respetuoso.

- **Apoyo en el discurso de las enfermeras**

- 1 Cita: 1:5 p 1 in Entrevista 4**

- Sentí que hizo falta algo más de contacto, de comunicación entre los médicos y yo, no puede ser que casi toda la información me la dieran las enfermeras cuando, son ellos los llamados a hacerlo.

- **Apoyo y calma**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 4**

- Al principio no tenía idea de lo que me estaba pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se

ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces que entraban en grupos y hablaban entre ellos.

○ **Comunicación médico - Paciente deficiente**

1 Cita: 1:5 p 1 in Entrevista 4

Sentí que hizo falta algo más de contacto, de comunicación entre los médicos y yo, no puede ser que casi toda la información me la dieran las enfermeras cuando, son ellos los llamados a hacerlo.

○ **Confianza**

1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 4

No, siempre venían los erre tal... así se llamaban entre ellos, luego entendí que eran estudiantes de postgrado. Los doctores, a veces, saludaban y decían que estaba en buenas manos.

○ **Conversación entre médicos**

1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 4

Al principio no tenía idea de lo que me estaba pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces que entraban en grupos y hablaban entre ellos.

○ **Discurso centrado en tratamiento**

1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta? ¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mi.

○ **Discurso de recuento**

1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta? ¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mi.

- **Estudiantes de postgrado**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 4**

No, siempre venían los erre tal... así se llamaban entre ellos, luego entendí que eran estudiantes de postgrado. Los doctores, a veces, saludaban y decían que estaba en buenas manos.

- **Evolución**

- 1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4**

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta? ¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mí.

- **Exclusión**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 4**

Me sentía excluido, porque sabía que estaban hablando de mi; pero no conmigo; luego venía un médico o una enfermera y me medio decían lo que hablaban... eso fue incómodo; pero ni modo, uno no se puede mover y casi ni hablar, entonces, toca.

- **Explicación paso a paso**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 4**

Al principio no tenía idea de lo que me estaba pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces que entraban en grupos y hablaban entre ellos.

- **Falta de reconocimiento del paciente**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 4**

Al principio no tenía idea de lo que me estaba pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces que entraban en grupos y hablaban entre ellos.

- **Incomodidad**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 4**

Me sentía excluido, porque sabía que estaban hablando de mi; pero no conmigo; luego venía un médico o una enfermera y me medio decían lo que

hablaban... eso fue incómodo; pero ni modo, uno no se puede mover y casi ni hablar, entonces, toca.

- **Información de segunda mano**

- 1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4**

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta? ¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mí.

- **Información incompleta**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 4**

Me sentía excluido, porque sabía que estaban hablando de mi; pero no conmigo; luego venía un médico o una enfermera y me medio decían lo que hablaban... eso fue incómodo; pero ni modo, uno no se puede mover y casi ni hablar, entonces, toca.

- **Insatisfacción**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 4**

Me sentía excluido, porque sabía que estaban hablando de mi; pero no conmigo; luego venía un médico o una enfermera y me medio decían lo que

hablaban... eso fue incómodo; pero ni modo, uno no se puede mover y casi ni hablar, entonces, toca.

- **Inseguridad**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 4**

No, siempre venían los erre tal... así se llamaban entre ellos, luego entendí que eran estudiantes de postgrado. Los doctores, a veces, saludaban y decían que estaba en buenas manos.

- **Motivación**

- 1 Cita: 1:6 p 1 in Entrevista 4**

No, no lo creo. La información llegaba a mí, no de primera mano; pero llegaba y salvaron mi vida.

Pasada la emergencia y dado de alta, ¿tuviste que regresar a consulta? ¿Cómo fue esa experiencia?

Si, me sentía agradecido por todo lo que habían hecho por mí, me preguntaron por el tratamiento, revisaron mis heridas y me felicitaron por mi recuperación. El doctor que me atendió era uno de los estudiantes avanzados del postgrado. Me hizo un recuento de cómo llegué y todo lo que hicieron por mi.

- **Necesidad de contacto**

- 1 Cita: 1:5 p 1 in Entrevista 4**

Sentí que hizo falta algo más de contacto, de comunicación entre los médicos y yo, no puede ser que casi toda la información me la dieran las enfermeras cuando, son ellos los llamados a hacerlo.

- **Respeto**

- 1 Cita:1:1 p 1 in Entrevista 4**

La verdad, creo que el trato fue amable y respetuoso.

- **Saludos**

- 1 Cita: 1:4 p 1 in Entrevista 4**

No, siempre venían los erre tal... así se llamaban entre ellos, luego entendí que eran estudiantes de postgrado. Los doctores, a veces, saludaban y decían que estaba en buenas manos.

- **Situación emocional**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 4**

Al principio no tenía idea de lo que me estaba pasando, me sentía aturdido, escuchaba como si alguien me hablara y no me podía mover, luego, me puse nervioso, la voz me fue calmando, luego me di cuenta que era una enfermera la que me hablaba y me iba diciendo lo que me estaban haciendo, me llevaron a cirugía y, cuando desperté, las enfermeras se ocuparon de mí. Los médicos venían cada tanto, había veces que entraban en grupos y hablaban entre ellos.

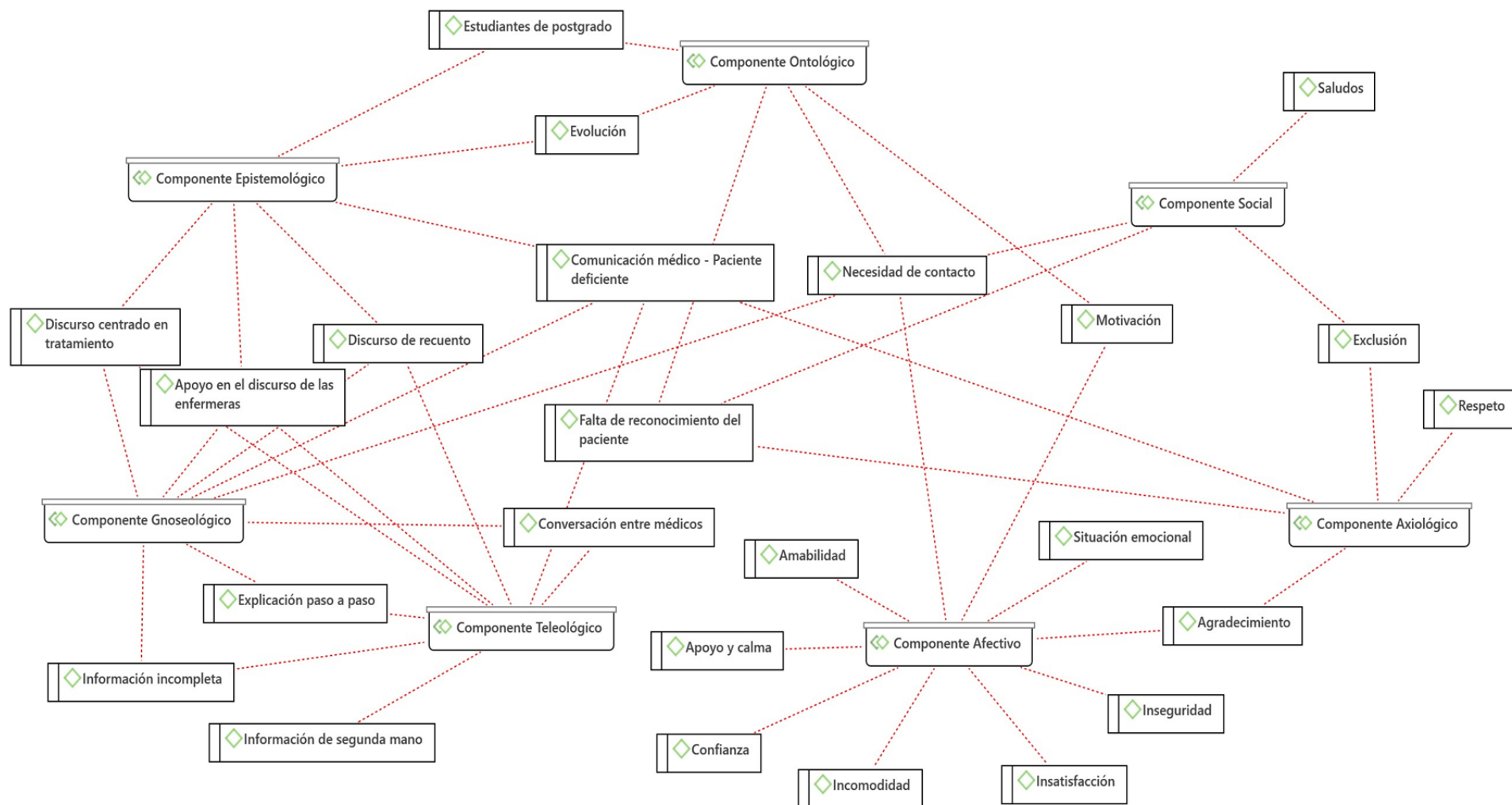
Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

Tal como se ha realizado el abordaje en las entrevistas anteriores, se presenta seguidamente la red de relaciones entre familiar de categorías, que en

este caso de la cuarta entrevista, presenta una particularidad. Se concentran las categorías en lo gnoseológico y lo afectivo, lo que quiere decir que el conocimiento se vincula con el componente humano y emocional por parte de los médicos, que aunque ofrecen información de segunda mano; porque son residentes de postgrado, se relacionan afectivamente con familiares de acuerdo con la visión del informante y ofrecen discursos motivadores y de apoyo que coadyuvan a la tranquilidad de los sujetos involucrados en el proceso. Las demás razones del conocimiento reflejan categorías complementarias, ya saturadas en las entrevistas anteriores.

Figura 4

Red de relaciones emergentes de la Entrevista 4



Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

Con el abordaje de un quinto punto de vista sobre el tema que se trata en esta investigación, se ofrece una perspectiva más que confirma la presencia de la verdad en las relaciones emergentes, que se da por la recurrencia de las categorías, y los aspectos que se vinculan con la subjetividad de los sujetos que ofrecen su experiencia y perspectiva de abordar el mundo. Seguidamente, se ofrece una visión integrada de las categorías presentes en el primer segmento de la quinta entrevista.

Entrevista 5 Sujeto de investigación: Búsqueda del equilibrio

Tabla 29

Entrevista 5. Segmento 1

Categoría	Descripción
Cambio de profesional	<u>Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté</u>
Consecuencia física	<u>hemorragia por más de dos meses y ningún</u>
Desconfianza	<u>medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la</u>
Trato adecuado	<u>cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el</u>
Juicio de valor	<u>seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.</u>
Dudas	<u>Luego de la cirugía, pensaba que estaba loca, dudaba de mí, ¿sería que yo me estaba inventando esos dolores? De verdad, no entendía. Supuestamente estaba</u>
Motivación	<u>bien, medicamente, pero yo seguía sintiéndome mal. Por</u>
Segundo cambio	<u>esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora</u>

profesional	<u>que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué</u>
Seguridad valoración	<u>me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás.</u> <u>Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que</u> <u>no estaba loca, que era normal todo lo que sentía;</u> <u>porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy</u> <u>fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año;</u> <u>pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito;</u>
Indicaciones	<u>porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas</u> <u>indicaciones para sobrellevar el tiempo que faltaba</u>
Emoción	<u>hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le</u> <u>agradecí por todo; pero especialmente, por darle</u> <u>valor a lo que yo sentía.</u>

La visión de un profesional de la medicina, centrada en un solo punto de vista y comunicada en forma inadecuada, puede generar en el paciente la necesidad de un cambio de profesional; porque las decisiones de un médico normalmente generan efectos en la configuración física del paciente. Si no existe confianza, la comunicación incluye juicios de valor que terminan en un trato inadecuado, se generan dudas en el interlocutor. Cuando el paciente se pone en manos de otro profesional que, por contraste, maneja un buen discurso y es empático, que busca ofrecer indicaciones claras, toca las emociones del paciente, lo motiva y le da seguridad. Es en este momento donde emerge una valoración positiva del profesional, lo que influye directamente en el desarrollo de un adecuado tratamiento. En el segundo segmento de la quinta entrevista (Tabla 30) se develan categorías vinculadas con la comunicación con los familiares del paciente.

Tabla 30*Entrevista 5. Segmento 2*

Categoría	Descripción
Conciencia	<u>Yo salí consciente de la cirugía, la doctora se acercó y me dijo que todo había salido bien; que habían sacado todo, que me quedara tranquila, que lo malo ya no estaba.</u>
Conversación con la familia	<u>Ella salió y habló con mi familia y les dijo lo mismo. Y en la habitación, fueron las enfermeras y el médico de guardia los que se encargaron de mi convalecencia. Y, la mañana siguiente, ya la doctora estaba revisándome y dándome indicaciones postoperatorias.</u>

Se evidencia, en este segmento, que la actitud del médico, quien actúa bajo la dirección de la lógica y la conciencia en el momento de conversar con la familia de su paciente, genera tranquilidad y seguridad; porque su discurso es formal y se concentra en indicaciones. Mientras los sujetos que atraviesan una experiencia de compromiso en la salud, sobre todo si se trata de una intervención quirúrgica, viven un trance de dudas, angustia e inseguridad. Surgen en su mente y en la de sus familiares muchas preguntas que, en ocasiones podrían molestar a los médicos y a las enfermeras, pero que en el contexto de los familiares y pacientes son importantes para su tranquilidad. Es por eso que el manejo de información se presenta como una categoría de alta significación en el contexto de este abordaje. El segmento final de la quinta entrevista refleja la reiteración del significado de estas categorías que se han comentado.

También refiere que al establecer interacción con un médico que ofrece seguridad y confianza a través de sus claras explicaciones el panorama del proceso de recuperación cambió radicalmente, en vista de que el médico anterior carecía de empatía y el paciente invirtió tiempo de su recuperación interactuando con un profesional de la medicina que no brindaba con su discurso la tranquilidad que necesitaba el paciente para cerrar su proceso de recuperación integralmente. El cambio positivo se generó a partir de la búsqueda de un segundo profesional.

Tabla 31

Entrevista 5. Segmento 3

Categoría	Descripción
Necesidad de confianza	<u>Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo</u>
Explicación	<u>seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a</u>
Poca empatía	<u>Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.</u>
Dedicación	
Tiempo invertido	
Confianza	

En próximos párrafos se expone la síntesis de las categorías con detalles específicos como las citas en el contexto de la entrevista original, el espacio que ocupa esta cita materializado en intervalos de líneas para que el lector pueda ubicarse y confirmar que realmente este segmento corresponde con lo abordado en la explicación anterior. Estos criterios se basan en la propuesta de excelencia de la investigación cualitativa de Ruiz (2015), específicamente centrados en el rasgo de confirmabilidad de la información.

Tabla 32

Síntesis de Categorías de la Entrevista 5

TD (Nancy Molina)

Informe de códigos

Todos los (21) códigos

○ **Cambio de profesional**

1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 5 NM

Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté hemorragia por más de dos meses y ningún medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.

- **Conciencia**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 5 NM**

Yo salí consciente de la cirugía, la doctora se acercó y me dijo que todo había salido bien; que habían sacado todo, que me quedara tranquila, que lo malo ya no estaba.

Ella salió y habló con mi familia y les dijo lo mismo. Y en la habitación, fueron las enfermeras y el médico de guardia los que se encargaron de mi convalecencia. Y, la mañana siguiente, ya la doctora estaba revisándome y dándome indicaciones postoperatorias.

- **Confianza**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.

- **Consecuencia física**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 5 NM**

Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté hemorragia por más de dos meses y ningún medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.

- **Conversación con la familia**

- 1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 5 NM**

Yo salí consciente de la cirugía, la doctora se acercó y me dijo que todo había salido bien; que habían sacado todo, que me quedara tranquila, que lo malo ya no estaba.

Ella salió y habló con mi familia y les dijo lo mismo. Y en la habitación, fueron las enfermeras y el médico de guardia los que se encargaron de mi convalecencia. Y, la mañana siguiente, ya la doctora estaba revisándome y dándome indicaciones postoperatorias.

- **Dedicación**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de

ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.

- **Desconfianza**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 5 NM**

Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté hemorragia por más de dos meses y ningún medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.

- **Dudas**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Luego de la cirugía, pensaba que estaba loca, dudaba de mí, ¿sería que yo me estaba inventando esos dolores? De verdad, no entendía. Supuestamente estaba bien, medicamente, pero yo seguía sintiéndome mal. Por esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo

que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas indicaciones para sobrellevar el tiempo que faltaba hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le agradecí por todo; pero especialmente, por darle valor a lo que yo sentía.

○ **Emoción**

1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM

Luego de la cirugía, pensaba que estaba loca, dudaba de mí, ¿sería que yo me estaba inventando esos dolores? De verdad, no entendía. Supuestamente estaba bien, medicamente, pero yo seguía sintiéndome mal. Por esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas indicaciones para sobrellevar el tiempo que faltaba hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le agradecí por todo; pero especialmente, por darle valor a lo que yo sentía.

- **Explicación**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.

- **Indicaciones**

- 2 Citas: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Luego de la cirugía, pensaba que estaba loca, dudaba de mí, ¿sería que yo me estaba inventando esos dolores? De verdad, no entendía. Supuestamente estaba bien, medicamente, pero yo seguía sintiéndome mal. Por esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas indicaciones para

sobrellevar el tiempo que faltaba hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le agradecí por todo; pero especialmente, por darle valor a lo que yo sentía.

1:3 p 1 in Entrevista 5 NM

Yo salí consciente de la cirugía, la doctora se acercó y me dijo que todo había salido bien; que habían sacado todo, que me quedara tranquila, que lo malo ya no estaba.

Ella salió y habló con mi familia y les dijo lo mismo. Y en la habitación, fueron las enfermeras y el médico de guardia los que se encargaron de mi convalecencia. Y, la mañana siguiente, ya la doctora estaba revisándome y dándome indicaciones postoperatorias.

○ **Información**

1 Cita: 1:3 p 1 in Entrevista 5 NM

Yo salí consciente de la cirugía, la doctora se acercó y me dijo que todo había salido bien; que habían sacado todo, que me quedara tranquila, que lo malo ya no estaba.

Ella salió y habló con mi familia y les dijo lo mismo. Y en la habitación, fueron las enfermeras y el médico de guardia los que se encargaron de mi convalecencia. Y, la mañana siguiente, ya la doctora estaba revisándome y dándome indicaciones postoperatorias.

- **Juicio de valor**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 5 NM**

Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté hemorragia por más de dos meses y ningún medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.

- **Motivación**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Por esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas indicaciones para sobrellevar el tiempo que faltaba hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le agradecí por todo; pero especialmente, por darle valor a lo que yo sentía.

- **Necesidad de confianza**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.

- **Poca empatía**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible... por eso agradezco a Dios haberme puesto en manos de la otra doctora que tomó un tiempo para tranquilizarme y explicarme lo que me estaba ocurriendo.

- **Segundo cambio profesional**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Luego de la cirugía, pensaba que estaba loca, dudaba de mí, ¿sería que yo me estaba inventando esos dolores? De verdad, no entendía. Supuestamente estaba bien, medicamente, pero yo seguía sintiéndome mal. Por esos días, fui a hacerme un chequeo con otra doctora que, al notar que me costaba moverme, me preguntó qué me ocurría. Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme.

- **Seguridad**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito; porque eso sería incapacitarme. Me dio algunas indicaciones para sobrellevar el tiempo que faltaba hasta cumplir el año de haber sido operada. Yo lloré, le agradecí por todo; pero especialmente, por darle valor a lo que yo sentía.

- **Tiempo invertido**

- 1 Cita: 1:4 p 2 in Entrevista 5 NM**

Lo que ya te comenté, sentí que hizo falta que la doctora confiara más en lo que yo sentía... al principio, luego de la cirugía, tuve problemas para cicatrizar, yo le escribía, así me mandó tratamiento... yo lloraba... Luego de ir a consulta y hacerme la revisión, yo seguía con dolores; pero ella me dijo que ya, a esas alturas, todo estaba curado, que eso se me iba a ir pasando que ya estaba en capacidad de hacer de todo, poco a poco. Pero cuando hacía ciertas cosas como agacharme, el dolor era horrible.

- **Trato adecuado**

- 1 Cita: 1:1 p 1 in Entrevista 5 NM**

Al principio, en consulta, la doctora no creía mucho mis síntomas y me tomó en serio cuando presenté hemorragia por más de dos meses y ningún medicamento de lo paraba. Consulté, en ese momento, con otro especialista, que fue el que lidió conmigo hasta detener la hemorragia. Luego, en la cirugía, sentí un buen trato; cosa que cambió durante el seguimiento; porque presentaba dolores y ella decía que eso estaba en mi cabeza.

- **Valoración**

- 1 Cita: 1:2 p 1 in Entrevista 5 NM**

Yo le conté de la cirugía y todos lo demás. Ella, tomó mi mano y me miró a los ojos, me dijo que no estaba loca, que era normal todo lo que sentía; porque ese tipo de cirugías, en las mujeres, son muy fuertes y la

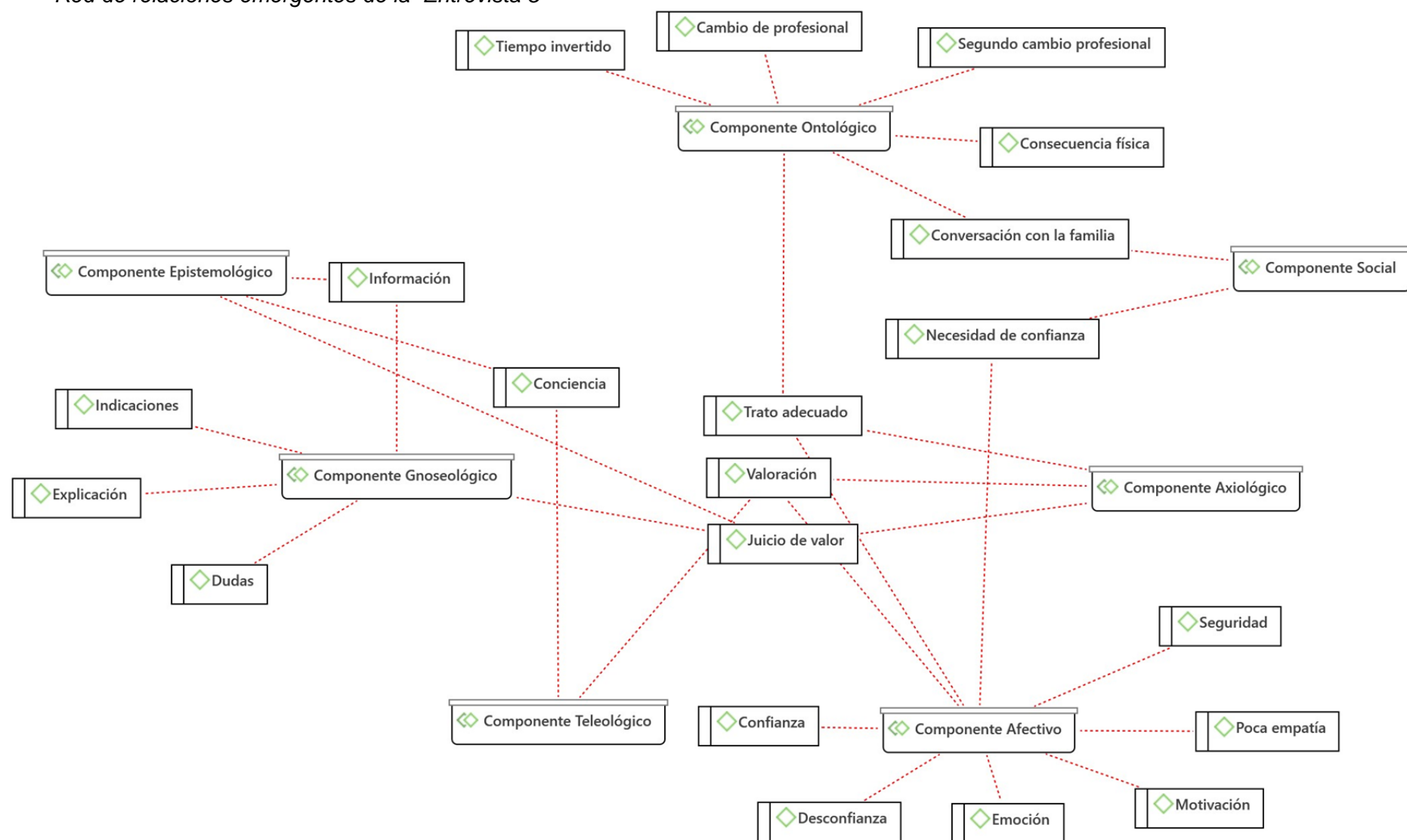
recuperación total puede llevar hasta un año; pero que ningún médico me lo iba a dar por escrito...

Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

Una vez presentado el informe de síntesis de categorías con detalle, se establecen las relaciones entre las familias de estos rasgos que se han agrupado a partir de las razones del conocimiento con miras a configurar un panorama general en el que se determine el énfasis y el interés del informante en algunos criterios que marcan la caracterización de su visión en relación con el tema que se trata en el presente estudio cualitativo.

Figura 5

Red de relaciones emergentes de la Entrevista 5



Nota Atlas.ti 8. Qualitative Data Analysis. 1993-2023. By Atlas.ti GmbH Berlin.

La red semántica de relaciones entre las categorías, registradas en la quinta entrevista que se ha abordado cualitativamente, da cuenta de tres subfamilias significativas que estructuran la visión del sujeto entrevistado. En principio, se valora el componente gnoseológico, vinculado con el proceso de conocer en el que se exige como necesidad información consciente y explicaciones claras que extingan las dudas y permitan superar la inseguridad que generan los juicios de valor. En relación con la ontología, se presentan categorías que contrastan dos visiones del ser médico; por una parte, un discurso poco empático y desconectado con las necesidades del paciente y sus familiares; por el otro, un profesional que expone instrucciones con claridad, que ofrece una interacción motivadora y que aporta tranquilidad a las personas que pasan por el trance de la recuperación de una cirugía o de alguna enfermedad. El resultado de este contraste es el cambio de un profesional a otro, la selección del discurso que ofrece seguridad y tranquilidad.

Sin duda, el motivo de la valoración de la nueva elección en este caso se vio influenciada por el componente afectivo. En este sentido, contrasta la poca empatía y la desconfianza con la emoción, la confianza, la motivación y la seguridad que aporta un discurso claro y diáfano de un profesional de la medicina que está consciente de que la tranquilidad del paciente radica en la calidad de la información que se le aporta.

Se consideran importantes en esta estructura las interacciones sociales entre los involucrados en el proceso de recuperación, la necesidad de confianza o seguridad que se conecta con el componente afectivo, la finalidad de emitir un juicio consciente que conlleve a la valoración de la calidad de la comunicación por parte del profesional de la medicina, la calidad de la información y la conciencia pragmática que aplique el médico a la hora de comunicar. Este conjunto de categorías genera un todo organizado que da cuenta de la importancia del discurso médico en el contexto de la recuperación de un paciente utilizando como medio la comunicación con él y con sus familiares.

Abordaje de la Información cualitativa

Para comprender el significado del discurso médico, es importante considerar la relación entre las formas de construcción discursivas y el mundo de la vida de los participantes. Ese que se refiere a las experiencias y significados compartidos que dan forma a la vida cotidiana de las personas. Al analizar el discurso médico, debemos tener en cuenta cómo se relaciona con las experiencias y expectativas de los pacientes, los profesionales de la salud y otros actores sociales. De esta forma; el discurso médico no se produce en el vacío, sino que está situado en un contexto social e histórico específico y que, por tanto, debe tener en cuenta las experiencias, valores y creencias de los participantes en la interacción. Así, la forma en que un médico habla con un paciente va a estar influenciada por su propia formación profesional, así como por las expectativas y preconcepciones del paciente.

Las indicaciones médicas son instrucciones esenciales proporcionadas por el médico tratante para guiar la recuperación del paciente. Estas indicaciones deben ser claras y comprensibles para que los pacientes y sus familiares puedan seguir correctamente las recomendaciones. Deben incluir información detallada sobre la dosis, frecuencia y forma de administración de medicamentos, así como las restricciones dietéticas o de actividad física. Es fundamental que el médico explique de manera precisa y sencilla el propósito y los posibles efectos secundarios de cada indicación, brindando la confianza necesaria para que los pacientes y sus familiares comprendan la importancia de seguir el plan de tratamiento.

Las explicaciones claras son clave para que los pacientes y sus familiares comprendan plenamente la información médica. El médico tratante debe utilizar un lenguaje sencillo y evitar tecnicismos innecesarios. Es importante que la información se presente paso a paso y se resalten los puntos más relevantes. El uso de ejemplos y metáforas puede ser útil para hacer más comprensible la información médica. Además, se debe permitir que los pacientes y sus familiares realicen preguntas y aclaraciones durante la explicación, de manera que se asegure una comprensión mutua. En este sentido, el médico tratante debe comunicar de manera clara y

precisa, adaptándose al nivel de comprensión de cada paciente y familiar, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

La información médica debe ser comprensible para los pacientes y sus familiares. Esto implica utilizar un lenguaje accesible, evitando el uso excesivo de términos médicos técnicos. Además, es importante organizar la información de manera lógica y estructurada, facilitando así su comprensión. El médico tratante debe evitar saturar a los pacientes con demasiada información en una sola consulta y, en cambio, dividir la información en partes manejables. El uso de visualizaciones, como imágenes o diagramas, puede ser útil para ayudar en la comprensión de conceptos más complejos. En última instancia, el objetivo es asegurar que los pacientes y sus familiares puedan entender la información médica de manera completa y precisa, lo que les permitirá tomar decisiones informadas sobre su salud.

Este tipo de estudios emergen como una herramienta valiosa para promover el acercamiento social en el ámbito médico; ya que al comprender cómo se construyen los significados en el discurso médico, podemos identificar y abordar las desigualdades de poder y las barreras a la comunicación efectiva. El análisis del discurso también puede ayudar a los profesionales de la salud a desarrollar prácticas más centradas en el paciente y más sensibles a las experiencias y necesidades de las personas de diferentes orígenes culturales y sociales. Al promover, desde la academia, el desarrollo de las destrezas comunicativas, podemos contribuir a construir una práctica médica más justa, equitativa y humana y, de esta forma, contribuir a construir un futuro más saludable y justo para todos.

El discurso médico se transmuta en un discurso social, ya que las herramientas que utiliza el médico en la estructuración de los contenidos que transmite a través del habla influyen en la realidad social de los sujetos que escuchan como receptores de un mensaje que, en ocasiones es difícil de comprender por múltiples razones. Por ello, es una tarea esencial y significativa el hecho de interpretar el discurso médico a partir de la relación entre las formas de construcción discursivas y el mundo de la vida de los participantes.

El análisis de contenido reveló varias categorías clave, como la comunicación, la ética y la comprensión del discurso médico. Los resultados indican que la comunicación efectiva es fundamental en la relación médico-paciente/familia, y que factores como el lenguaje técnico, la falta de empatía y la ausencia de un enfoque colaborativo pueden generar desconfianza y perturbación en los pacientes. Así, la construcción discursiva no solo refleja una realidad social, sino que la co-crea, otorgando significado y valor a determinados aspectos de la experiencia de la enfermedad y silenciando otros. A este tenor, por un lado, se co-crean realidades cónsonas con lo conocido por la ciencia como, por ejemplo: el paciente; mientras que, por el otro, se silencian los incomprensibles, como la familia, síntomas, creencias, historia de vida.

Igualmente, los datos corroboran hallazgos previos que destacan la importancia de una comunicación clara y efectiva en la interacción médico-paciente. Además, se identificó el poder simbólico (Bourdieu, 1985) de la bata médica como un factor que influye en la dinámica de la relación médico-paciente/familiar. En este sentido; los participantes médicos argumentaron que la bata no solo representa una prenda de trabajo directamente relacionada con la bioseguridad, sino que es un símbolo de autoridad y conocimiento que define y moldea las interacciones entre médicos y pacientes (Foucault, 2003). La bata actúa como una barrera que puede tanto reforzar la autoridad del médico como distanciarlo emocionalmente del paciente. Este poder simbólico influye en la dinámica de la comunicación, donde los pacientes pueden sentirse intimidados o menos inclinados a cuestionar o participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento. Este aspecto del poder inherente a la bata médica resalta la importancia de que los médicos sean conscientes de cómo su apariencia y símbolos de autoridad pueden afectar la percepción y la participación de los pacientes.

En consecuencia, este estudio devela la importancia de comprender el discurso médico, como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los participantes. El lenguaje no solo transmite información, sino que también construye realidades sociales y relaciones de poder. Al comprender los mecanismos discursivos que subyacen a las

interacciones médicas, podemos promover una comunicación más efectiva y humanizada, mejorando así la experiencia de los pacientes y los resultados en salud.

Construcción Teórica

La línea maestra estratégica planteada en este estudio es generar un conocimiento teórico que permita comprender el discurso médico como construcción discursiva de acercamiento social al mundo de vida de los participantes. En este sentido, podemos iniciar sosteniendo que la medicina y el saber médico han jugado un papel fundamental en la construcción de nuestras sociedades. Desde la antigüedad, a través del desarrollo del conocimiento científico y técnico, así como de la implementación de prácticas de atención y cuidado, la medicina ha contribuido a la configuración de nuestras ideas sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo y la muerte (Ackerknecht, 1985; Parsons, 1976).

El análisis del discurso en la práctica médica ha emergido como una herramienta valiosa para comprender las complejas relaciones entre el saber médico, las prácticas clínicas y las experiencias de los pacientes. El saber y la práctica médica han desempeñado un papel fundamental en la construcción de realidades sociales a lo largo de la historia. Desde sus inicios, la medicina ha sido una institución social con un poder significativo para definir y controlar la salud y el bienestar de las personas. A través de sus discursos y prácticas, los profesionales de la salud han contribuido a la construcción de normas, valores y creencias sobre el cuerpo, la enfermedad y la curación (Foucault, 1970).

Los discursos médicos no son simples reflejos de la realidad, sino que son herramientas activas que se utilizan para construir y dar forma a la realidad social. A través del lenguaje, los profesionales de la salud nombran, clasifican y describen enfermedades, diagnostican pacientes, prescriben tratamientos y brindan consejos de salud. Estos discursos no solo informan a los pacientes sobre su salud, sino que también pueden influir en sus emociones, comportamientos y decisiones (Habermas, 2001). En este sentido, las herramientas discursivas son utilizadas por los profesionales de la salud para construir nuevas realidades sociales. A

través del lenguaje, los médicos no solo describen y explican la realidad, sino que también la crean e intervienen en ella (Calsamiglia & Tusón, 1999; Austin, 1982).

De esta forma, el diagnóstico médico no es un mero reflejo de la realidad, sino una construcción discursiva que tiene consecuencias para el paciente y su familia. Esta última es un factor relevante y necesario de incorporar a la relación médico-paciente, pues es el contexto familiar el que sirve de apoyo en el proceso salud-enfermedad (Watson, 1979). De igual manera, las recomendaciones terapéuticas no son neutras, sino que están cargadas de valores e ideologías que pueden influir en la toma de decisiones de los pacientes (Foucault, 1976). Además, el análisis fenomenológico muestra que la interacción entre el médico y el paciente es una construcción intersubjetiva (Schutz, 1967), en la que los significados se co-crean a través de la comunicación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación ha generado un conocimiento teórico que permite comprender el discurso médico como una construcción discursiva clave para el acercamiento social al mundo de vida de los participantes. A lo largo del análisis, se han abordado las líneas maestras tácticas, ofreciendo respuestas claras basadas en el marco teórico y los hallazgos obtenidos.

Desde sus orígenes, la medicina no ha sido solo una disciplina técnica, sino también una institución social que ha desempeñado un papel decisivo en la definición de nociones como salud, enfermedad y bienestar (Ackerknecht, 1985; Parsons, 1976). A través del desarrollo del conocimiento médico y la implementación de prácticas de atención, la medicina ha influido en la construcción de la realidad social, moldeando normas y valores culturales asociados al cuerpo y la enfermedad.

El discurso médico, más allá de ser un simple reflejo de la realidad, actúa como un medio activo para crear significados. A través del lenguaje, los médicos no solo diagnostican y prescriben tratamientos, sino que también intervienen en la vida social y emocional de los pacientes (Foucault, 1970; Habermas, 2001). Además, las recomendaciones terapéuticas, cargadas de valores e ideologías, influyen directamente en las decisiones de los pacientes (Foucault, 1976).

Las interacciones entre médicos, pacientes y familias se revelan como actos de co-creación de significados (Schutz, 1967). El diagnóstico y las recomendaciones médicas no solo afectan al paciente, sino también a su entorno familiar, el cual desempeña un papel esencial en el proceso salud-enfermedad (Watson, 1979). Este análisis refuerza la idea de que la atención médica debe ser integral, considerando no solo las dimensiones clínicas, sino también las sociales y emocionales del paciente.

En este sentido, el discurso médico no se limita a transmitir información clínica; también moldea activamente la percepción de la enfermedad, las relaciones de poder y las experiencias de los pacientes y sus familiares. A través del lenguaje, se construyen realidades sociales y se

influyen las emociones y comportamientos de quienes participan en este contexto. La relación médico-paciente/familia se convierte así en un espacio dinámico donde se negocian significados y se establecen jerarquías.

Para mejorar la calidad de esta interacción, es fundamental promover una comunicación clara, empática y colaborativa. El uso de un lenguaje accesible, la consideración de las creencias y valores del paciente, y la promoción de su participación activa en la toma de decisiones son elementos clave. Además, es necesario reconocer y abordar el impacto de los símbolos de autoridad, como la bata médica, en la dinámica de la relación médico-paciente.

La formación en comunicación efectiva debe ser una prioridad en la educación médica. Los profesionales de la salud necesitan desarrollar habilidades para escuchar activamente, empatizar con los pacientes y construir relaciones de confianza. Es crucial que los entornos de atención sean culturalmente sensibles y centrados en las necesidades individuales de cada paciente.

El análisis del discurso médico resalta la importancia de una comunicación más humana y equitativa en el ámbito sanitario. Al comprender y transformar las prácticas discursivas, se puede mejorar la experiencia de los pacientes, fortalecer la relación médico-paciente/familia y, en última instancia, contribuir a una mejor salud y bienestar para todos los involucrados.

En línea con estos hallazgos, se propone la inclusión de programas de formación en comunicación efectiva y ética del lenguaje en el currículo de los profesionales de la salud. Esto permitiría desarrollar habilidades de comunicación claras, empáticas y accesibles, mejorando así la relación médico-paciente/familiar y los resultados en salud. Tal y como sugiere la WFME (2020) al reconocer que la comunicación es una habilidad esencial para los médicos y proponer un enfoque integral para su desarrollo a lo largo de la formación médica. En este mismo orden de ideas; es necesario integrar esta formación en los programas de educación médica de manera continua, para garantizar que todos los profesionales de la salud cuenten con las

herramientas necesarias para comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS

- Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropología social* (Vol. 70). Ediciones Akal.
- Agramonte, R. (s.f.). Talcott Parsons y la Sociología funcionalista. Universidad de Puerto Rico.
- Anderson, H. (1995). *Corrientes en el empleo de los servicios de salud*. Editorial Médica Panamericana.
- Benner, P. (1994). *The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge in clinical nursing*. 136–155.
- Birks, Y., & Watt, I. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(8), 368–374. <https://doi.org/10.1177/014107680710000813>
- Bloom, S., & Wilson, F. (1985). *Relaciones entre paciente y médico*. Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1985) ¿Qué significa hablar? Ediciones Akal, S. A.
<https://imaginariosyrepresentaciones.com/wp-content/uploads/2014/08/que-significa-hablar-bourdieu.pdf>
- Bowen M. (1978) Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson.
- Bustingorry, S.; Sánchez Tapia, I. e Ibáñez Mansilla, F. (2006). Investigación cualitativa en educación: Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estud. pedagóg.* [online]. Vol.32, n.1, pp.119-133. ISSN 0718-0705. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052006000100007>*
- Charon, R. (2008). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
https://utahgwep.org/files/Charon_Narrative_Medicine_Chapter_1.pdf
- Dörr A, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1431–1436.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872004001100014>

Engel, G. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina.

Revista ciencia, 196(4282), 129.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55112397/3.1_RELACION_PROFESIONA_1-libre.PDF?1511679731=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa_necesidad_por_un_nuevo_mo_delo_medico.pdf&Expires=1742835557&Signature=Z~XZZCNCdnBbrZhGy6dWe5whUobOD1eaTEZGDZap8hzu7KX~bfRUjSpwNh1Ck7uSh~FfJRtolwxUSoy6OgxJRIootY9X7ZrISAdc0UHhZIs3RL5KteFw4UVvhLjLCEuidVz5xI82YnhW-1OnJUlbXI0Zmwe1XBd0ELIx3SkNqIT5XnvaJbNiDPDGmIESKR0uUWQvgTuLX2IE31luRJ8kSuKlvVRdX-73W9lctQqc5LWWxQFzCWGwkSsQVhNc34Elgs3byXyAfhy6YXR4~hdgeBk~igC4p3cBT1Jpm827V-1RE9UHwSYMwj8HZwKsAX7Mv8OkHTClwP-RprxCtgVMQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Erazo, A. (2018). La calidez y el intercambio de información en la relación médico-paciente: Un análisis narrativo desde el efecto de la empatía y la comunicación verbal y no verbal como variables mediadoras y moderadoras en la intención de adherencia al tratamiento del paciente. Tesis Doctoral. Universidad del Norte, Bogotá.

<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/12035/32716391.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. (2024). ¿Quiénes somos?

<http://www.fcs.uc.edu.ve/index.php/quienes-somos/>

Federación Mundial de Educación Médica. (2000). Cumbre mundial de educación médica declaración Edimburgo 1993. *Educación Médica Superior*, 14(3), 270-283.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000300007&lng=es&tlng=es.

Federación Panamericana de Facultades de Medicina. (2016). Estatutos.

https://www.fepafempafams.org/images/pdf/2016_06_EstatutosFEPAFEM.pdf

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid – España: Morata.

Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). *The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement* (N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, Eds.). Sage Publication.

Foucault, M. (1970). El Orden del Discurso. Tusquest Editores, S. A.

Foucault, M. (2003). El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica. Siglo XXI Ediciones.

Freidson, E. (1981). *Patients' views of medical practice*. University of Chicago Press.

Gadamer, H. (1998). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Sígueme.

García, P. (2008). El legado de Hipócrates: los grandes temas de la medicina. España: Espasa Calpe. ISBN 978-84-670-2557-6.

Garzón, F. (2011). La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. Comunicación presentada en la 17ª Semana de Ética y Filosofía política. San Esteban.
<https://www.uv.es/gibuv/Roger/MedicoenfRoger.pdf>

Girola, L. (2010). Talcott Parsons: a propósito de la evolución social. En: Sociológica, Nº 72, año 25, pp. 169-183. <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026713007.pdf>

Goetz, J. y LeCompte, M. (1998). Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Ediciones Morata.

Granado, M. (2019). Interacción en la Intersubjetividad: Aproximación Teórica desde la Praxis Discursiva del Médico Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo- Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo.
<http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/8513>

- Habermas, J. (2001). Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. España: Cátedra.
- Herrera Restrepo, D. (2010). Husserl y el mundo de la vida. *Franciscanum*, LII(153), 247–274.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343529073008>
- Husserl, E. (1962). Ideas relativas a la fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 2ª edición. México-Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kaplan, H. (1975). *La psicología social de la enfermedad*. John Wiley & Sons.
- Kendall, P. (1982). Contribuciones de la sociología a la medicina. En *Siglo XXI*.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books
- Laín, P. (1964). La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Editorial Revista Occidente. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>
- Laín, P. (1969). El médico y el enfermo. Madrid: Guadarrama S.A.
<https://es.scribd.com/document/258580063/el-medico-y-el-enfermo-Pedro-Lain-Entralgo-pdf>
- Leal, J. (2009). La Autonomía del Sujeto Investigador. 2ª edición, Valencia-Venezuela; Azul Intenso.
- Martínez, M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México, D.F.: Trillas.
- Nogueiras García, B. (2023). La salud en la historia del feminismo. Discursos, vindicaciones y prácticas. Ediciones Complutense.

- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Doctor Patient Interaction and Communication*. Division of Mental Health, Publicación WHO-MNS-PSF-93. <https://iris.who.int/handle/10665/60263?show=full>
- Oses, A. y Leal, Y. (2022). *Cultura de Salud humanizada*. Universidad de Pamplona. ISBN: 978-628-95228-5-3. http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/5753/3/Oses_Leal_2022_PI.pdf
- Parsons, T. (1976). *El sistema social*. Madrid: Editorial Biblioteca de la Universidad de Occidente.
- Pinzón, C., Suárez, R., Garay, G. (eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Políticas y Experiencias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología Colcultura - Comitato Internazionale per lo sviluppo dei Popoli. Editorial Presencia.
- Pérez Domínguez, M. (2015). *Relación médico paciente en atención primaria: comunicación no verbal en la atención de pacientes inmigrantes en una población del Vallés Occidental*. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/148931>
- Rodríguez, Y. (s.f.). *La Hermenéutica aplicada a la interpretación del texto. El uso de la técnica de análisis de contenido*.
- Rosen, G. (1958). *La evolución de la medicina social*.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación Cualitativa*. España: Deusto.
- Schutz, A. (1967). *Phenomenology of the social world*. Northwestern University Press.
- Schouten; B. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, vol.64, issue.1-3, pp.21-34. [10.1016/j.pec.2005.11.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014)

Sigerist, H. E. (1959). *Historia de la medicina*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Solares, B. (1997). Síndrome de Habermas. México: UNAM. ISBN: 9688426679-

Temprano Peñín, M. (2015). Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
<https://gredos.usal.es/handle/10366/129290>

Trejo, D. (2023). Memorias del Hospital Central de Valencia. Vestigios del Pasado. En: Ciudad Valencia <https://www.ciudadvalencia.com.ve/memorias-del-hospital-central-de-valencia/>

Universidad de Carabobo. (2013). Rediseño Curricular de la carrera Medicina. Homologación sedes Aragua y Carabobo. Dirección de Docencia y Desarrollo Curricular Facultad de Ciencias de la Salud.

Villarreal, J. (2015). Articulación de lenguaje, praxis y poder: discurso en la relación médico-paciente. *Salus*, 19 (Supl. Supl), 16-21.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400004&lng=es&tlng=es.