



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y POSGRADO
MAESTRIA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS DE MAESTRÍA

**(Investigación en el campo de la
comunicación educativa:**

Los procesos)

**NECESIDAD DE UNA LENGUA MAYANCE PARA
EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, EN BECARIOS Y
MÉDICOS DEL SEGURO POPULAR ASIGNADOS
A COMUNIDADES INDÍGENAS.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA

GILBERTO RAMOS CORZO

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. ROXANA ORANTES MONTES

ASESORES

MTRA. MARÍA EUGENIA COUTIÑO PALACIOS

MTRA. TERESA DÁVILA ESQUIVEL

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; NOVIEMBRE 2013.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a 09 de Enero del 2014.

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y POSGRADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II
PRESENTE.**

Por medio de la presente le comunico que una vez revisado exhaustivamente el trabajo titulado: ***"Necesidad de una segunda lengua (mayanese), para la atención e integración de un diagnóstico clínico en las disciplinas orientadas en salud en personal becario y personal de trabajo del seguro popular asignado a comunidades indígenas"***, presentado por el **Dr. Gilberto Ramos Corzo**, los integrantes del comité revisor designado por ese órgano colegiado conceden autorización para impresión.

Sin otro particular, reciba cordial saludo.

ATENTAMENTE



DRA. ROXANA ORANTES MONTES
DIRECTORA DE TESIS

C.c.p. Archivo.

ÍNDICE TEMÁTICO

TEMA	Página.
Dedicatorias	
Resumen (Abstract) Palabras clave (Key words)	
INTRODUCCIÓN	
JUSTIFICACIÓN. Importancia del estudio	
Pregunta de investigación	
Metodología del estudio	
CAPÍTULO I	1
LA COMUNICACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN DESVENTAJA LINGÜÍSTICA	1
1.1.-La comunicación verbal	2
1.2. La comunicación interpersonal (Entre médico y paciente)	15
CAPÍTULO II	20
EL AMBIENTE FORMATIVO PROFESIONAL Y EL COMUNICACIONAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA	20
2.1.- El sitio donde se forma el médico y la creación del Seguro Popular con cobertura.	20
2.2.- El sitio donde se da la comunicación interpersonal	26
2.3.- Condiciones culturales al recibir atención médica y visión de la enfermedad	29
2.4.- Programas de atención a la población para el servicio social de medicina	31
2.5.- Contacto y seguimiento de pacientes con expediente	33
CAPÍTULO III	35
LOS PROPÓSITOS DE LA FORMACIÓN MÉDICA PROFESIONAL	35
3.1.- Misión y Visión de la carrera de médico cirujano	35
3.2.- El concepto de docente y alumno dentro del modelo educativo	42
3.3.- La cultura del médico formado (Visión de la especialidad)	49
3.4.- La costumbre y la cultura del paciente en cuanto a atención médica.	54

CAPÍTULO IV	56
LA CALIDAD SOSLAYADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES MONOLINGÜES POR LIMITACIÓN EN EL CÓDIGO LINGÜÍSTICO	56
4.1.- Material y métodos	56
4.2.- Concepto de participantes	58
4.3.- Codificación de los datos	61
CAPÍTULO V	76
ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN A PACIENTES MARGINADOS OIR TENER OTRA CULTURA	76
5.1.- Comunicación interpersonal	76
5.2.- La comunicación no verbal	77
5.3.- El ambiente del médico y la población	96
5.4.- Introducir en el currículum lenguas mayances	98
5.5.- Una realidad lingüística mayance	99
5.6.- Cultura y filosofía del médico	102
COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	104
El cambio de filosofía y concepción del paciente persona	111
Hacer hincapié en el tratamiento higiénico en todo paciente	112
ANEXOS	
ANEXO I INSTRUMENTO DE COLECCIÓN DE DATOS	114
ANAEXO II. TABLAS DE RESULTADOS	116
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.	129
BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA	132

RESUMEN

Antecedentes: Se presenta el estudio que señala la necesidad de una lengua mayance para el diagnóstico clínico, en becarios y médicos del Seguro Popular asignados a comunidades indígenas de Chiapas, con la finalidad de dar la atención de calidad al indígena monolingüe como señalan las políticas públicas sobre salud en el Estado. Parece innecesaria la inclusión de bases de lenguas mayances en el currículum de la carrera, pero el diagnóstico completo y la educación para la salud requieren de la comunicación verbal necesariamente o no se efectuará el propósito.

Material y métodos

El estudio se efectuó por medio de encuesta de actitudes Likert auto/administrada en 25 médicos del Seguro Popular trabajando en campo indígena en Chiapas y a 11 pasantes en servicio social que respondieron la encuesta y la enviaron vía e-mail al investigador. Los ítems se encaminaron a indagar la pertinencia de conocer el código lingüístico mayance en la elaboración del diagnóstico y dar la educación para la salud en el paciente monolingüe y sus acompañantes. Se codificó el resultado con los indicadores excelente, suficiente y deficiente.

Resultados

Los médicos encuestados, pasantes en servicio social y médicos del Seguro Popular hacen diagnósticos superficiales en pacientes monolingües de lengua mayance porque no tienen el código lingüístico para asegurar el análisis de datos para integrar el diagnóstico y por lo tanto no dan educación para la salud aunque expresen que sí lo hacen porque está en su formación curricular.

Discusión.

En la mayor parte de las respuestas a los ítems de la escala Likert autoadministrada, los que contestaron manifiestan una visión teórica pero se preocupan poco por la atención sobre un diagnóstico bien planteado y una terapéutica completa, en particular preventiva y educativa donde se requiere de la comunicación verbal, lo que obliga a tener un intérprete o bien conocer la lengua del paciente monolingüe.

Conclusiones

Así pues conviene que el pasante en servicio social y el médico que sirva a las comunidades de lengua mayance, conozcan el código lingüístico de la etnia para desempeñar su trabajo científico ético y antropológico con los pacientes, incluido el estudio básico de la lengua en el plan de estudios o en un curso introductorio a la contratación del titulado, costumbres, región, políticas públicas, etc.

ABSTRACT

Antecedents: This is a survey about necessity to know a mayance language useful for make the clinical diagnosis in medicine's student in the social service and physicians who Works in the federal program "Seguro Popular", working in the Indian community in Chiapas, for give quality medical attention to monolingual Indian patient, like appoint of that the public policy for health in Chiapas. It looks no necessary the inclusion the study of basic words of mayances languages in medicine curriculum but the total diagnosis and the education for health like a treatment, needs necessarily the verbal communication or will no was possible the purpose.

Material and methods

The study was made using an attitude Likert scale in 25 physicians working y the "Popular Seguro" in the indian community in Chiapas and 11 students in social service, these answered the questionnaires and sent it back by e-mail to the survey man. The items appointed to know the necessity of know the mayance linguistic code useful for make the diagnosis and done health education to monolingual patient and his family. The results was ordered with this adjectives: Excellent, enough and deficient.

Results

The physicians in the study and medical students in social service, make a light diagnosis in monolingual patients in language mayance because they no have the linguistic code for be sure in analysis' dates necessary procedure for make a complete diagnosis and then they no give education for health although say them that "We do it" because is in their curricular program during their university formation.

Discussion.

In the most answers to items of Likert scale, who answered it, show a theoretic point of view but they aren't interested or make few attention about a good make diagnosis, and a full therapeutic in special educational and prophylactic therapy because is in that option where the verbal communication is required, that event force the action to have an interpreter or instead of known better the patient monolingual language.

Conclusions

Thus is convenient than the student and social service and physician who works in the etnias with mayance language, know them the linguistic code of tan group with the ending their scientific, ethic en anthropological work with their patients, including the basic study of language in their curriculum or an introductory course before the laborer contract, costumes, region, public policies, etc.

PALABRAS CLAVE

Lengua mayance, comunicación interpersonal, educación para la salud, diagnóstico completo.

KEY WORDS

Mayance language, interpersonal communication, education for health and complete diagnosis.

INTRODUCCIÓN.

Se pretende hacer consciencia de la Misión y Visión que encabeza el Plan de estudios de la Carrera de Medicina Humana en la Universidad Autónoma de Chiapas al decir que "...el médico deberá atender con calidad, con visión ética y conocimiento científico a la población en el Estado..." y, la finalidad de la atención médica es el tratamiento como un plan y no como una receta, previamente habrá un diagnóstico y este se obtiene de múltiples maneras pero siempre se requiere de la comunicación referencial interpersonal efectiva verbal y no verbal, de otra forma se ve limitado el médico, a la observación y a la deducción, no siempre efectiva, de manera que se planteó el estudio en el campo de la comunicación del mapa curricular de la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud con el siguiente propósito:

Hacer patente la necesidad de aprender lo básico de una lengua mayance para el diagnóstico clínico, en becarios y médicos del Seguro Popular asignados a comunidades indígenas, en donde se tiene a la lengua madre como problema cuando se asiste a consulta médica, según la cobertura de salud en el Estado de Chiapas y México.

Por esta razón se toma en cuenta la importancia de la comunicación verbal en el trato con el paciente y los familiares para aclarar el diagnóstico dato por dato proporcionado, esto es, hacer la semiología pertinente, pero, si no se tiene el mismo código lingüístico se deberá

recurrir a alternativas como intérpretes “a la mano”, deducciones por los signos de la comunicación no verbal o a posponer el diagnóstico empleando tratamientos sintomáticos.

Aunque se calcula que en la conversación se emplea un 85 a 90% el lenguaje corporal, esto es para manifestar actitudes e intenciones, el 10 a 15% de la comunicación interpersonal es verbal y en ese espacio se sitúa la referencia del lenguaje, es decir, lo objetivo del mensaje. Así se ve que comunicarse y transmitir y recibir el mensaje no es fácil.

La persona humana es un ser complejo en sí mismo y en su relación con los demás, ponerse en común en una relación médico/paciente, tiene una intención que es lograr reconocer datos precisos y conceptos claros y distintos que van implícitos en el mensaje para hacer, en determinados puntos del diálogo, una valoración llamada semiología y finalmente la integración de un diagnóstico posible visto como un problema a resolver en el campo médico.

La comunicación para ser efectiva de preferencia debe transmitir íntegramente el referente, sin embargo por la complejidad de la persona humana señalada, el referente puede ser distorsionado por la propia personalidad y la cultura de los participantes y en el campo de la atención a la salud se pretende reducir esa distorsión.

La comunicación humana que emplean los trabajadores de la salud y los pacientes, tienen dos grandes bloques llamados comunicación verbal y comunicación no verbal donde está incluida la comunicación corporal, las interjecciones y las inflexiones de la voz, para el estudio propuesto se toma en consideración el primer campo o comunicación verbal dejando como alternativa la comunicación corporal.

Considérese que en el circuito del habla, en *el problema a investigar* el médico sitúa su atención en el código, tomando solamente la

comunicación interpersonal. (Señalemos que la comunicación intrapersonal es igual al pensamiento y el circuito del habla es estrecho en esas condiciones). En la comunicación interpersonal se amplía este circuito y aparecen seis funciones que le dan sentido a la transmisión de un mensaje de comprensión compleja. La primera función que emplea la ciencia por ser objetiva, es la función referencial, centrada en el mensaje, la segunda es la función emotiva manipulando el mensaje el emisor, la tercera es la función connotativa en donde el receptor modifica el sentido del código, la cuarta es metalingüística centrada en el significado propio de una palabra en el mensaje, la quinta función es el interés de la estructura del mensaje que es la función poética y la sexta función se centra en el propio canal para abrirlo, cerrarlo o mantenerlo abierto, es la función fática.

Todo este preámbulo ayudó al análisis de los datos obtenidos en la encuesta con los trabajadores de la salud sin entrevistar a los pacientes de lengua mayance porque ellos no son el problema sino los beneficiados o afectados.

JUSTIFICACIÓN

1.- Una vez que se ha presentado la complejidad de la persona humana en el campo relacional comunicativo, deberán considerarse sus componentes básicos que son: la estructura y la función, la conducta y las funciones mentales, la necesidad de relacionarse para vivir en sociedad y el desarrollo personal manifestado en las expectativas tanto del personal de salud como de los pacientes. Los participantes considerados en la investigación pertenecen a dos culturas distintas, la cultura occidental pragmática y utilitarista del médico y la cultura mesoamericana espiritual y naturalista de los pacientes de habla indígena, hechos que influyen en el proceso de comunicarse y deben exponerse.

2.- El profesional de la salud, en particular el médico, está obligado por ley a cumplir un año de servicio social, de preferencia en territorio rural con eficiencia al menos, aunque de preferencia con calidad. La comunicación verbal hablada y escrita es muy necesaria para la atención a pacientes y esa comunicación emplea un código lingüístico que no siempre tienen uno y otro participante, así el diagnóstico queda esbozado pero no completo, por lo tanto el tratamiento será sintomático y en el mejor de los casos sindrómico, pero no nosológico e integral para dar calidad de atención.

3.- En el estado de Chiapas existen cinco regiones, en cada una de ellas los habitantes tienen un código lingüístico perteneciente a las lenguas mayances en particular en las regiones de los altos y selva, se encuentra el mayor número de habitantes del idioma tzotzil y el menor número de habitantes de otras lenguas en otras regiones (Pérez, M. P; López, G. R. y cols, 2000). Estas han sido las regiones seleccionadas para el presente estudio por considerar que representan el campo de servicio social que cubren los pasantes en ciencias médicas antes de titularse y los médicos del Seguro Popular.

4.- El currículum de la licenciatura de medicina no contempla a las lenguas mayances como segunda lengua a aprender, sino el inglés que pertenece a la cultura occidental, de manera que el pasante en servicio social en las clínicas rurales, en las regiones donde no se tiene el código para la comunicación verbal tenga que apoyarse, posiblemente en la trabajadora social y enfermería de larga estancia en esa clínica que si dominan la lengua de la etnia.

5.- Para hacer una impresión diagnóstica o una hipótesis diagnóstica se requiere obtener los datos clínicos en una primera colección, y la confirmación a través de la interpretación en base a lo que el paciente aporte verbalmente, de otra forma se implementaría una

impresión diagnóstica basada en la inspección general y exploración física que corresponden a la comunicación no verbal pero también requieren de la aclaración verbal por ejemplo: en la búsqueda del signo de Robsing al palpar en el flanco y preguntar si percibe el dolor en el otro flanco (Bates B. 2009).

6.- En el caso del auxiliar profesional de salud residente por largo tiempo el mensaje se contamina por la interpretación del auxiliar al traducir pero con él o ella si puede haber retroalimentación aclaratoria de datos no bien entendidos.

7.- La investigación efectuada consiste en comprobar que no es sencillo hacer diagnósticos más o menos acertados, debido a una falla en la comunicación verbal por desconocer el código comunitario entre uno y otro participante y, que en lugar de ser inglés la lengua a aprender o afinar en el currículum, sea una lengua mayance la obligatoria para facilitar el trabajo en el servicio social o como médico del Seguro Popular con calidad (Vázquez, L. M. R., 2004).

La investigación es ética porque no afecta la personalidad de los encuestados, es útil porque comprobamos que hay una necesidad, es factible porque se tienen documentos y registros de actividades médicas de los espacios de atención médica en las zonas étnicas de Chiapas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Una vez planteada la justificación surge la pregunta: ¿Es posible que se hagan diagnósticos superficiales en pacientes de lengua mayance por los pasantes que no tienen el código lingüístico para asegurar su análisis de datos para integrar el diagnóstico y por lo tanto no se de educación para la salud?

PROPOSICIONES-

Al no tener una hipótesis por ser un estudio exploratorio, se tomaron en cuenta dos posibilidades de respuesta:

1.- Los pasantes en servicio social y los médicos del Seguro Popular sí hacen diagnósticos más o menos acertados con apoyo del personal intérprete y además con la utilización de datos procedentes de la comunicación no verbal.

2.- Los pasantes y los médicos hacen diagnósticos improvisados y temerarios por no utilizar ni intérprete, ni saber el código lingüístico del paciente, sólo empleando sugerencia y el lenguaje corporal.

Entonces conviene que el pasante en servicio social y el médico del Seguro Popular, conozca el código lingüístico de la etnia para desempeñar su trabajo científico ético y antropológico con los pacientes en el plan de estudios pero eso requiere sustento en trabajo de campo y aquí se presenta.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Se elaboró una encuesta buscando los puntos referidos en la justificación del estudio y se les presentó a pasantes en servicio y a médicos del Seguro Popular para sustentar la futura hipótesis en referencia a comunicación y atención de salud, al menos eficiente cuando de preferencia se busca la eficacia o la calidad. La eficiencia se refiere a cumplir objetivos solamente, los institucionales o los curriculares y, para muchos eso es trabajar, pero no da calidad.

De esta forma se presenta el trabajo en capítulos que recuerdan las necesidades humanas de comunicarse, la dificultad de transmitir el mensaje por la variedad de experiencias en la cultura de cada participante, el código, el referente ambiental, las intenciones y la cualidad de construir

el discurso comunicativo. En los capítulos se recuerda lo que el indígena necesita para seguir su camino en la vida, esto es, la salud y recibir los beneficios de la educación para la salud y no solamente la atención asistencial, necesitan ser tratados con la dignidad del ser persona que nunca más se repetirá en el tiempo y espacio, es decir, cada indígena es único. La necesidad de respetar sus intereses, recurrir a la justicia en cuanto a los derechos a ser guiados y también se recuerda cómo es la formación del médico y hacia a donde apuntan los intereses personales de cada médico en una visión general, apuntan hacia la especialidad y el trabajo en los centros urbanos, así los capítulos que acunan la investigación son los siguientes:

Las características de la comunicación, el medio social indígena, la formación de los médicos, los problemas de la comunicación verbal y no verbal y el capítulo cuatro presenta el trabajo de campo con resultados y con interpretación, concluyendo con la emisión de la hipótesis, ahora sí, ya integrada. Finalmente las recomendaciones para continuar la investigación por sus causas.

CAPÍTULO I.

LA COMUNICACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN DESVENTAJA LINGÜÍSTICA.

I.- La comunicación.

Ponerse en común es el objetivo. En común con un mensaje emitido y recibido objetivamente, que transporte por el código y canal, una idea del referente. La comunicación es el conocimiento universal que utiliza al lenguaje, que es la capacidad de los seres vivos para comunicarse, utiliza un código lingüístico particular a cada sociedad y cultura, también utiliza el habla o proceso personal de comunicarse en un determinado momento.

De esta manera el lenguaje puede ser verbal (con código) y no verbal (con canal y simbología) y la comunicación a analizar será la general y las diferentes formas de hacerlo, la intrapersonal (pensamiento, meditación, soliloquio, etc.), interpersonal con un circuito del habla que retroalimenta, la comunicación, la intragrupal, la intergrupar y la masiva. La intención es resaltar lo importante que es el código para transmitir un mensaje, en este caso el mensaje de educación para no enfermar del mismo padecimiento por el que consulta un paciente al médico.

Para tener clara la acción del médico con el paciente que no habla español sino una de las lenguas mayances que se hablan en Chiapas, para saber que el médico logra el diagnóstico y da el tratamiento adecuado y particularmente la educación para la salud, basta analizar a la comunicación interpersonal y las distintas funciones que alteran la transmisión efectiva del mensaje con el fin de tenerlas presentes y controlarlas para dar el mejor mensaje objetivo, que es el referencial.

1.1.- Comunicación verbal.

El acto de comunicar es un proceso complejo en el que dos o más personas se relacionan y, a través de un intercambio de mensajes con *códigos similares*, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando un canal que actúa de soporte en la transmisión de la información.

La comunicación constituye una característica y una necesidad de las personas y de las sociedades con el objetivo de poder intercambiarse informaciones y relacionarse también consigo mismo en el acto de pensar, razonar y planear el mensaje. (Polaino-Llorente, A. (2008))

Aunque la comunicación es un proceso complejo, para efectos didácticos podemos descomponerlo en los diferentes elementos que lo integran. Intervienen en la comunicación los básicos elementos que son los siguientes:

- **El mensaje.** Es el referente que se transmite como concepto o idea y por lo tanto estará conformado por códigos (símbolos, gestos o un código lingüístico llamado idioma), algunas claves técnicas, imágenes, inflexiones de voz, señas, etc., cuyo significado descodifica o interpretará el receptor.
- **El emisor y el receptor.** El emisor es el sujeto que toma la iniciativa de comunicar algo importante o para mantener la atención, en el circuito funge como emisor y receptor por lo tanto en este papel recibe mensajes como mando, instrucción, información o sugerencia. En las dos posiciones siempre se codifica y descodifica el mensaje.
- **El código.** Es el conjunto de claves, imágenes, signos lingüísticos, gestos e inflexiones de voz en el lenguaje corporal y ambiental, etc., que sirven para transmitir el mensaje. El código, para que surta efecto su uso, debe de ser compartido por emisor y receptor. El código del médico será el del habla popular cuando trate pacientes, cuando comunique mensajes al

colega usará su código médico grecolatino o técnico sajón, llamado también metalenguaje.

- **El canal.** Es el medio a través del cual se emite el mensaje. Habitualmente se utiliza el oral-auditivo, el visual gestual y el gráfico-visual complementándose instantáneamente durante el tiempo que dure la comunicación.

- **El contexto.** Se refiere al ambiente físico, social, cultural o laboral médico, escolar, etc., que es la situación concreta donde se desarrolla la comunicación. De ese contexto necesariamente descrito, depende en gran parte la forma de ejercer los roles de emisor y receptor durante un tiempo acotado, por ejemplo el tiempo que dure una consulta, una atención de urgencia, una clase, una práctica, etc.

- **Los ruidos.** Son los distractores explícitos e implícitos que interrumpen o desvían la transmisión del lenguaje, por ejemplo: durante una clase donde expone el alumno se interrumpe la concentración porque el director le hace señas por la ventana de que quiere hablarle; el médico dando instrucciones al paciente para recuperar la salud escucha que es voceado urgentemente por el sonido para presentarse en el estacionamiento, etc., todas las formas que alteren la transmisión del lenguaje y que, generalmente son de origen físico o las distracciones por una tarea olvidada que se evoca mientras se comunica un mensaje se consideran ruidos; también las opiniones que se oponen o anulan un argumento durante una disertación. Otra forma de ruido son los tabúes que proceden del super yo (del psicoanálisis freudiano) llamados filtros.

- **Los filtros.** Son las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias, conocimientos, expectativas, prejuicios, etc., que van presentándose durante la conversación o el circuito del habla conduce a ellos de emisor y receptor. Por ejemplo en las entrevistas a personajes

mundialmente famosos o a los políticos cuando se les pregunta de la vida íntima, señalan muchos filtros en su contestación.

- **La retroalimentación.** Es el mensaje que devuelve el receptor al emisor sobre su propia línea temática de comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a la interpretación del mismo o sus consecuencias en el comportamiento de los interlocutores.

1.1.1.- Los destinadores/emisores (El médico persona a paciente persona) codifican y en el circuito del habla en el feed back descodifican.

En la relación médico paciente se tiene una intención al comunicarse uno y otro, se trata de aliviar una dolencia y de educar con explicaciones qué la causa y cómo hace daño la noxa, para que el paciente no vuelva a padecer la misma enfermedad y transmita a sus colaterales y descendientes el beneficio de la educación para la salud que recibe, con esto se hace partícipe al paciente y se le responsabiliza por el cuidado de su salud. Son dos intervinientes en un circuito del habla que pregunta y contesta.

Por tratarse de una comunicación de persona a persona, “cara a cara”, es inevitable que la comunicación utilice la parte no verbal, pero además, tiene vital importancia saber que, aunque se tenga una obligación de comunicarse por el tipo de trabajo, se trata de dos persona de diferente cultura, de diferente preparación profesional y de diferente forma de vivir, por eso es preciso delimitar someramente quién es el médico persona que se comunica y quien es el paciente persona que interviene para obtener un beneficio. No son dos seres parlantes, son dos seres que tienen un presente, que vienen de una formación social distinta y ven un futuro con ojos propios. (Polaino-Llorente, A. 2010)

1.1.1.1- El médico persona a paciente persona.

No importa el grado de preparación que tenga quien se comunica con otro u otros, lo que importa es conocer su estatuto, lo que es en sí y si pierde esa esencia, dejaría de ser lo que es (Stein, Edith 2007). Por una parte es un cuerpo con todas sus funciones y tiene su psiquismo que le da una idea del “sí mismo”, le hace ver el mundo y que hay “otros sí mismos”, otro de sus componentes estatutarios es la capacidad de relacionarse.

El médico tiene una extensa relacionalidad social, sea con su familia, sea con sus colegas, con las autoridades, con los pacientes y con la sociedad en general, es un profesional persona dedicada al cuidado de la salud, por último, la persona tiene consciencia de que trasciende, de que va hacia algún lado, así es que el médico tiene aspiraciones que ve en el futuro, que trabaja para ellas y que su camino se dirige a alcanzar esas metas, esas expectativas, es decir, toda esa unidad biológica psicológica, social, tiene trascendencia, se ve siempre adelante o en la “zona de desarrollo próximo” que describió Vygotsky en su teoría del aprendizaje. (Díaz B. Frida. 2009) De esa manera y con este estatuto se mantiene en el mundo.

1.1.1.2.- El médico y la finalidad que es curar (aliviar) y curar educar para la salud.

La persona llamada médico se formó, en su visión trascendente, para *cuidar* pacientes en sus males y en su vida para que no enfermen y mueran y también se formó para *aliviar dolencias*, que es la forma más común de entender el verbo curar, aliviar dolencias estructurales o funcionales, por eso es un profesional con dos líneas de preparación, una humanista porque vive en una sociedad con un “contrato social” implícito en su cultura y otra preparación científica, domina la primera sobre la segunda, esta es un auxiliar, no todo lo científico es indispensable para cuidar y aliviar, muchos de los padecimientos proceden del miedo dentro

de la realidad biológica del daño, es decir, se puede soportar la lucha por alcanzar la homeostasis si se elimina el miedo y la angustia por el daño. (Keating, Thomas. 2006)

Al contenido de su profesión en su tiempo, se le llama estado del arte de esa ocupación, la manera de ver la atención médica con el apoyo de la tecnología y los próximos avances científicos que se divulgan en la literatura médica y en ciencias de la salud. Todo el mundo desea un médico ideal, balanceado entre lo que sabe, lo que domina en habilidades y sus actitudes frente a otras personas que no son simples cuerpos como en la medicina veterinaria. Ese es el médico que alivia y el médico que cuida, que acompaña y que educa es una persona que se comunica.

El acompañamiento implica educar, conducir al paciente y su familia por los senderos de la higiene, de los hábitos y costumbres saludables, en la intimidad, en la vida familiar, en la sociedad y en el trabajo, en todo ello precisa de la higiene y eso se logra por conocer la historia natural de los padecimientos comunes y particulares de la región, las formas de vivir y lo que la fisiología humana precisa para mantenerse en armonía vital. El médico educa, deberá tener tiempo para educar, esa es la médula del cuidado, de la cura que se ha señalado arriba. Para educar se requiere mensaje y comunicación con retroalimentación suficiente hasta pasar el mensaje objetivo y benéfico.

1.1.1.3.- El concepto de paciente.

El paciente es una persona con todo lo que se ha dicho del estatuto, es una persona que espera pacientemente, puede estar sana y asistir al médico para orientación para su vida, para la prevención de daños, para consejo para transmitirlo a otras personas dependientes de ese paciente que espera o bien, puede ser una persona con una dolencia en cualquiera de los estratos señalados antes: El cuerpo, la mente, la relacionalidad social que lo altera o bien, mirar en claro las expectativas, valorarlas en

relación a la salud, saber que sigue metas sanas o metas que lo enferman. Algunos pacientes quieren ponerse fuertes para vengarse de alguien, para ser guarda espaldas, para asaltar al prójimo, de todo hay en el mundanal de pacientes, también a ellos hay que educarlos, en ese estrato que conforma las expectativas.

El paciente tiene personalidad, está sexuado, tiene un núcleo familiar y una familia extensa, tiene una forma particular de ser, pensar y soñar y además, en su trabajo y en cada momento de su vida sigue una ruta que cree buena. (Marina, José A. 2007) A esa persona es a la que atiende el médico, cada vez es una persona nueva, como diremos parodiando a Heráclito “Ningún médico ve al mismo paciente dos veces”, pues ya no es él como el médico de ayer y el paciente ya no es el mismo de ayer. Considérese entonces que ambos son únicos e irrepetibles y que “no hay enfermedades sino enfermos” (LaCadena, J. 2005)

1.1.2.- El mensaje en el circuito del habla.

El mensaje que da el paciente puede ir en código verbal o no verbal, uno se adquiere por el interrogatorio y el otro por la inspección general y la exploración física sistemática. Se transmiten signos y síntomas, esto es referido al método clínico, no a otro método para indagar como el científico, el epidemiológico, el tradicional de emitir y captar datos para acumular, por eso el médico para su trabajo aprende y usa a diario el *método clínico*.

Los síntomas pueden referirse objetivamente en mensaje referencial o pueden transmitirse con elevada subjetividad por emplear palabras que connotan y que tienen múltiples significados, en estos casos interviene la retroalimentación para precisar y el idioma común o código lingüístico facilita esa transmisión, si no se tiene, se pierde la precisión, alguien abrevia la comprensión: el médico puede señalar que “eso entendió” y el paciente, que “eso dijo”, pero lleva a causar un error, por eso se recurre

complementariamente a los signos que pueden observarse directamente o que alguien observó y refirió. En todo caso, la colección de sintomatología es la base del diagnóstico con su respectiva semiología de cada signo y cada síntoma, es decir, se estudia el inicio, la evolución y el estado actual, porque el médico atiende al paciente en el momento actual.

El mensaje integrado que procesa el médico es una hipótesis de algo que puede ser o no, es una impresión diagnóstica, es la visualización de un problema a estudiar detenidamente hasta precisarlo, si no lo tiene así, no podrá planear el tratamiento en todas sus modalidades, dirigido a todos los estratos constitutivos del paciente.

1.1.2.1.- La elaboración del diagnóstico para planear el tratamiento.

La visualización del problema o diremos el diagnóstico va de lo simple a lo complejo ya que la integridad diagnóstica es muy compleja. El signo o el síntoma es en sí, un diagnóstico: Cefalea, rinorrea, vómito, metrorragia. El paciente llega con su diagnóstico: “me duele la cabeza”, alguien que pregunte ¿Qué tenía tu paciente?, el médico con el diagnóstico sintomático dirá: “cefalea” y la siguiente pregunta: ¿Qué le diste?, analgésico y la réplica: “¿Mejóro?”, sí. El problema es que no se sabe si era un problema transitorio o forma parte de un síndrome de cráneo hipertensivo o migrañoso, etc. Esto hace ver que el diagnóstico más complejo es el sindrómico que requiere ya de un plan terapéutico, pero no se ha aclarado el diagnóstico, no se tiene completo el problema enfrente, siguen otros procedimientos de apoyo, el aporte paraclínico que también emite un diagnóstico, el anatomopatológico y finalmente el nosológico, el de la etiqueta, cefalea como parte del síndrome de cráneo hipertensivo con obstrucción del sistema líquido encefálico provocado por un cisticercos en el cuarto ventrículo. El diagnóstico será cisticercosis encefálica con cráneo hipertensivo. Ante esto ya se tiene una base para planear el tratamiento,

de manera que llegar al diagnóstico para *atención de calidad* es complejo y se requiere de un inicio comunicacional efectivo, verbal y no verbal.

1.1.2.2.- La intención referencial para transmitir el mensaje.

El mensaje deberá ser objetivo, coincidir con la realidad y no una realidad subjetiva, la náusea es nausea y no arqueo o vómito, ni eructo, señalar una curva con la mano del epigastrio a la boca, no significa vómito, puede ser eructo o rumiación, hay que precisar. Así puede verse que el lenguaje verbal es importante en este segmento del circuito del habla y de preferencia debe *referirse* a algo concreto y no darse a entender solamente.

Se dice que Benjamín Franklin y un amigo fueron a Madrid en viaje de asuntos diplomáticos, cuando entraron a un restaurante no supieron como pedir dos filetes al mesero, entonces uno de ellos señaló al toro de un cartel de corrida próxima y pidió a señas dos rebanadas de toro. El mesero les llevó dos pases para la corrida. El lenguaje no verbal corporal y simbólico no es suficientes para transmitir un mensaje, así que un paciente de habla mayance que no habla español y un médico que no habla idioma mayance no tendrán tanto éxito al comunicarse y el tratamiento será limitado o erróneo.

1.1.2.3.- La recepción de datos claros (para la semiología de cada dato)

Una vez colectados los datos claros y distintos se sigue con la interpretación de estos en la historia natural de un padecimiento y la predicción de un futuro. Es la semiología. Si el signo o síntoma colectado no es preciso o tal, la semiología llevará a otro camino, la inteligencia del médico lo conducirá a la paraclínica para abreviar el conocimiento del problema y al menos tener ahora datos objetivos cuantificables de un trastorno anatómico o funcional, pero eso es también una parte del

diagnóstico completo, es decir de aceptar la hipótesis de inicio o descartarla y afirmar que se trata de otro padecimiento. La semiología puede ser correcta si se tiene el signo o síntoma correcto y si se habla el mismo código lingüístico, si no, no se da y no hay progreso diagnóstico.

Puesto que el médico debe dar una solución a ese paciente, optará por dar tratamiento sintomático o en el mejor de los casos sindrómico, pero el padecimiento seguirá su curso natural y la atención no habrá sido de calidad sino nada más eficiente al cumplir con la atención.

1.1.3.- El código lingüístico (Este es el centro del problema)

Aunque no es el tema hablar extenso sobre las lenguas mayances, si conviene, porque es la intención proponer el aprendizaje básico de una segunda lengua para trabajo, conocer alguna dificultad para aprenderla o en el otro extremo, algunas facilidades de la sintaxis y la analogía del idioma propuesto dominante, el tzeltal y el tzotzil, por esta razón presentamos un panorama de las lenguas mayances que se hablan en las etnias chiapanecas y en el último capítulo alguna facilidad de la sintaxis del tzotzil como muestra de posibilidad de aprendizaje básico.

1.1.3.1.- El idioma Tzeltal:

Los tzeltales se autodenominan “winik atel”, que significa “hombres trabajadores”. Su lengua, que para ellos se llama batsilk'op (lengua verdadera) es de origen mayance, pertenece al grupo maya-totonaco, y está directamente emparentada con el tzotzil. El tzeltal es una de las lenguas indígenas que poseen un rico y amplio vocabulario, no cuenta con variables dialectales de importancia, por lo que sus hablantes, aunque provengan de diferentes regiones, pueden comunicarse fácilmente entre sí. El tzeltal es la lengua indígena que se habla en Chiapas, con casi 38 % de hablantes del total de población indígena (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.2.- El idioma Tzotzil

Los tzotziles se autodenominan “bats'il winik”, que quiere decir “hombres verdaderos”, son uno de los grupos indígenas más conservadores de México. Entre ellos, su idioma se llama “bats'il kop”, que significa lengua verdadera. El tzotzil es una lengua de origen mayance, está comprendida dentro del grupo maya-totonaco, y es una de las principales lenguas indígenas más habladas de Chiapas, con 33.5 % de hablantes del total de población indígena del estado (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.3.- El idioma Ch'ol:

Esta es una lengua de origen mayance que se habla principalmente en los municipios del norte de Chiapas y zonas colindantes con Tabasco. La lengua está emparentada con el tzotzil, tzeltal, chontal y el chortí, esta última se habla en Guatemala. El chíol tiene tres variantes dialectales, cada una específica para una región determinada: ch'ol de Tila, ch'ol de Tumbalá y ch'ol de Sabanillas, todos entendibles entre ellos. Los chíoles se llaman a sí mismos íwinikon ba lojonî, que quiere decir nosotros los hombres. En años recientes, los glifos e inscripciones hallados en las zonas arqueológicas de Palenque, Yaxchilán y Bonampak se han descifrado parcialmente usando como base la lengua ch'ol que aún persiste. El ch'ol es la tercera lengua indígena más hablada en Chiapas, con 17 % de hablantes del total de población indígena del estado (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.4.- El idioma Zoque

Los zoques se autodenominan “o'de püt”, que quiere decir “gente de idioma” o “palabra de hombre”. El zoque también es una lengua mayance del grupo maya-totonaco, pertenece a la familia mexicana (de los mexicanos). En Chiapas existen cinco dialectos diferentes derivados del zoque: el zoque de la sierra de Pantepec; el zoque de Copainalá y Tecpatán; el zoque de

Pichucalco, Ostuacán, Tapilula y Solosuchiapa; el zoque de Jitotol y el zoque de los Chimalapas, en Oaxaca. Del total de hablantes de lengua indígena de Chiapas, 4.6 % son zoques (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.5.- El idioma Tojolabal

Los tojolabales se llaman a sí mismos “tojolwinik'otik”, que significa “hombres legítimos o verdaderos”. Su lengua, el tojolab'al (de tojol, “legítima” y ab'al, “palabra”), es de la familia mayance, perteneciente al grupo maya-totonaco, está emparentada estrechamente con el chuj hablado en los Cuchumatanes, en Guatemala, en donde según la tradición se originan los tojolwinik'otik. Los tojolabales habitan al Sureste de Chiapas, en tierras que colindan con Guatemala. La mayor concentración de esta población indígena se encuentra en el municipio de Las Margaritas; otro número importante de tojolabales está asentado en los municipios de Altamirano, Comitán, Independencia y La Trinitaria. Del total de hablantes de lengua indígena de Chiapas, 4.5 % son tojolabales (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI)

1.1.3.6.- El idioma Kanjobal

Es una lengua mayance que se habla principalmente en Guatemala, está emparentada con el chuj, el acateco y el jacalteco. El término kanjobal es una forma castellanizada de q'anjob'al, que en la propia lengua significa “con lo que hablamos”. El kanjobal es una de las lenguas más conservadoras de la familia mayance. Del total de hablantes de lengua indígena de Chiapas, 0.6 % son kanjobales (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.7.- El idioma Mame

Éste término proviene del vocablo “mam”, que significa “abuelo” o “ancestro”, nombre con que en Guatemala se designa a las deidades de las

montañas encargadas de regar las milpas. Los mames son un pueblo indígena originario de Guatemala, una parte minoritaria de esta población se integró al territorio mexicano al firmarse el tratado de límites con Guatemala en 1882. La lengua mame pertenece a la familia mayance, dentro del grupo teco-mam, es una de las más antiguas y con un gran número de hablantes en Guatemala. El mame chiapaneco tiene cuatro variantes dialectales que difieren entre sí: el mame que se habla en los municipios de El Porvenir, La Grandeza, Bellavista y Jiltepec; el mame de Tuxtla Chico; el mame de Cacahoatán y el mame de Mazapa de Madero y Amatenango de la Frontera. Del total de hablantes de lengua indígena de Chiapas, 0.6 % son mames (II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI).

1.1.3.8.- El idioma Jacalteco:

Los jacaltecos provienen de Guatemala, donde está asentada la población mayoritaria de esta etnia. Los núcleos jacaltecos que radican en Chiapas se establecieron en el país en las últimas décadas del siglo XX debido a que el gobierno del vecino país los despojó de sus tierras. Se cree que el término jacalteco es una forma castellanizada de dos vocablos nahuas que significan “persona de los jacales”. En Guatemala también se le llama poptí al jacalteco, asimismo, en México recibe el nombre de abxubal. La lengua jacalteca pertenece a la familia mayance, dentro del grupo kanjobaleano. Las localidades jacaltecas en Chiapas se localizan en los municipios de Frontera Comalapa, La Trinitaria, Amatenango de la Frontera y Bella Vista.

1.1.3.9.- El idioma Cakchiquel o teco:

Al igual que los jacaltecos, los cakchiqueles provienen de Guatemala, donde está asentada la población mayoritaria de esta etnia. Los hablantes de esta lengua la llaman “q-yool”, que significa “nuestra palabra”. El cakchiquel o teco pertenece a la familia mayance, al grupo teco-mam. Los núcleos cakchiqueles de Chiapas se establecieron en el país en las últimas

décadas del siglo XX debido al despojo de sus tierras por parte del gobierno del vecino país. Los principales asentamientos cakchiqueles se localizan en el municipio de Mazapa de Madero, si bien existen pequeños grupos poblacionales en otros municipios fronterizos.

1.1.3.10.- El idioma Lacandón:

El término “lacandón” es una derivación castellanizada de la expresión en lengua chortí “lacam-tum”, que significa “gran peñón” o “piedra erecta”. Este gentilicio fue aplicado en tiempos de la colonia por los españoles para designar a varios grupos de indígenas que se refugiaron en las espesas selvas de Chiapas, la región conocida ahora como Selva Lacandona. Los lacandones se autodenominan “hach winik”, los “verdaderos hombres”. Su lengua, de familia mayance, pertenece al grupo maya-totonaco. La lengua posee variantes dialectales que se entienden entre sí; el lenguaje lacandón tiene un cercano parentesco con la lengua de los mayas de la península de Yucatán.

1.1.3.11.- El idioma Chuj:

Al igual que otros grupos indígenas de Chiapas, los chujes tienen origen guatemalteco, emigraron a tierras chiapanecas a finales del siglo XIX al ser despojados de sus tierras en Guatemala. Habitan en el municipio de La Trinitaria. La lengua chuj pertenece a la familia mayance, dentro del grupo maya-totonaco. Junto con el tojolabal, el chuj es un eslabón entre las lenguas indígenas de Los Altos de Guatemala, las de Los Altos de Chiapas (tzeltal y tzotzil) y el maya de la península de Yucatán.

1.1.3.12.- El idioma Motozintleco o mochó:

Los motozintlecos se autodenominan mochós. El término “motozintleca” proviene del nahua y significa “personas de la tierra de las ardillas”. Los motozintlecos llaman a su lengua “qa-took”, que quiere decir “nuestra palabra”. El motozintleco o mochó es una lengua que pertenece a la familia mayance, al grupo maya-totonaco. Tiene una variante dialectal

que se conoce como tuzanteco, “katoch” en su propio idioma. Los hablantes de motozintleco o mochó habitan principalmente los barrios de San Antonio, Guadalupe, Las Canoas, Campana, Chelajú Grande y Chelajú Chiquito de Motozintla, cabecera del municipio de Motozintla de Mendoza, mientras que otros han migrado a la cabecera del municipio de Tuzantán de Morelos y a otras poblaciones vecinas localizadas en la franja fronteriza con Guatemala.

1.2.- La comunicación interpersonal (Entre médico y paciente)

Siempre será presencial, una persona frente a otra, con todas las instancias constitutivas de cada participante con su voz o la voz de apoyo de sus acompañantes traductores, con la posibilidad de tergiversar la transmisión del significado como todo traductor influenciado por la cultura para interpretar lo que se quiere decir. El efecto deberá ser la construcción de un diagnóstico y la transmisión de un plan terapéutico efectivo y oportuno buscando la calidad del servicio.

1.2.1.- Efectos de la comunicación interpersonal en la relación médico paciente. (Chávez A. y col. 1994)

Un instrumento básico para el trabajo exitoso del médico es la relación médico paciente a través de la comunicación, sin embargo la tecnología para el diagnóstico preciso ha alejado al médico del paciente, lo interroga poco y lo toca en lo mínimo, se comunica menos cuando el paciente es, como ya se dijo, no sólo cuerpo sino también sentimiento, se percibe a sí mismo cómo siente que es, y sabe que la gente lo ve dándole una caracterización social, el paciente percibe del médico la misma dualidad, lo que el propio médico expresa de sí y lo que el paciente cataloga de aquel.

La curación no depende sólo de lograr homeostasis molecular o biológica sino también aquella psicosocial por su contexto personal en

relación con los trabajadores de la salud que es el sentimiento de haber sido tratado dignamente, con dedicación y cuidado a su forma de ser.

El paciente que se considera persona, aunque no se defina como tal, colabora en la construcción del diagnóstico y del éxito del tratamiento si se establece un equilibrio comunicativo con el médico en dos puntos: percibir competencia profesional y establecer empatía por capacidad relacional humanista.

Desafortunadamente y por cimientos débiles en el pregrado, la super especialización ha deshumanizado al médico al hacerlo sentir experto y único en su campo, el dominio de una especialidad lo cubre de un “manto mágico de sabiduría” a cambio dejó atrás el trato humano respetuoso al otro ser al surgir la capacidad y hasta la calidad resolutive convirtiéndolo en autoridad en esa rama así, la relación médico paciente se quedó sin médico y sin paciente (Latapí, P. 1979).

El paciente percibe que el fracaso curativo o sintomático puede deberse a que no fue bien comprendido, porque no se le tomó en cuenta en lo que comunicó ya que el médico lo descarta “ipso facto” porque él es la autoridad indiscutida que dice qué entendió y que dijo sabiamente por el bien de este paciente (cuerpo y mente).

Por lo tanto, podrá esperarse que una parte del éxito en el tratamiento, corresponde al hecho que el médico le da su lugar al paciente y el paciente reconoce al médico como un profesionalista completo, ninguno de los dos toma características de objeto.

El médico porque sabe, es un **educador para la salud** y el paciente es un colaborador del médico, si acepta ser educado. Un paciente sin confianza suspende el tratamiento cuando lo considera pertinente.

La interacción médico paciente consta de una **relación** y de un contenido como describe Watzlawick P. (1977).

Estas son las relaciones médico paciente posibles: 1.- Relación positiva (+)/contenido positivo (+), es la relación ideal. 2.- Médico y paciente aceptan contenido pero hay falla en la relación: relación negativa (-)/contenido positivo (+). 3.- La relación es buena, es positiva (+) pero el contenido es deficiente, es negativo (-). 4.- Ni buena relación ni buen contenido es igual a disputas y resentimientos.

La comunicación requiere incluir las cuatro esferas que integran al ser humano que también tiene objetivos.

1.2.1.1.- Componentes conductuales de la comunicación.

Los componentes conductuales son aquéllos que pueden ser directamente observados por cualquier persona, pese a que ésta no participe para nada en el proceso de comunicación. Se denominan no verbales, paraverbales y verbales.

Su utilización, en todos los casos, se produce a lo largo de un continuo, pudiendo ser empleados desde nada hasta mucho.

Componentes paraverbales

Se refieren a la forma de decir las cosas no al contenido del mensaje. Son aquéllos componentes cuya utilización no altera las palabras pero si a su entonación o a su ambiente o momento lo que hace variar el significado.

Este tipo de elementos puede afectar totalmente al significado de lo que se expresa. Por ejemplo, el uso de distinto volumen puede hacer cambiar totalmente el significado del mensaje, pese a que las palabras sean exactamente las mismas.

Los principales elementos paraverbales de la comunicación son: el volumen, el tono, la velocidad del habla, la fluidez verbal, la claridad, el timbre, el tiempo de habla y las pausas y silencios

1.2.1.2.- Errores en la comunicación.

Al margen de otros problemas que se puedan producir durante el proceso de comunicación, se pueden cometer dos tipos de errores: el error de conocimiento y el de transmisión. Los indígenas utilizan una forma abreviada del lenguaje, su semántica pertenece a una lengua sintética como el latín, tiene un lexema y sobre ese varían los significados al agregar u omitir gramemas. (Chomsky, N. 2007)

El error de comunicación “conocimiento” se refiere a los déficits o faltas en la formación del emisor, por una preparación inadecuada o incompleta o simplemente, por no estar al tanto de los acontecimientos cotidianos. No es un error muy grave, pues no se achaca al emisor un ánimo engañoso hacia el receptor.

Cuando se comete el error o sesgo de “transmisión”, el receptor atribuye al emisor un ánimo engañoso. Este error se considera más grave que el anterior, pues su presencia contribuye a una catalogación negativa del emisor, con la que el comunicador pierde su credibilidad. Sin embargo no siempre el hecho es doloso, se verá esto con las funciones dentro del circuito del habla que adoptan el emisor y el receptor en párrafos más abajo (Emotiva, connotativa, poética, metalingüística)

Si en el primer caso el error hacía referencia a “lo que se dice”, es decir, al contenido de la información, en este segundo el error se centra en el “cómo se dice”, es la forma en que se presenta la información.

El error de “transmisión” se relaciona con la “intención” de la que hablábamos previamente, es decir, con la imagen que se intenta transmitir a los interlocutores, y a su vez, ésta lo hace con las conductas del emisor, conductas que se concretan en tres tipos: verbales, no verbales y paraverbales.

Estos tres tipos constituyen los componentes conductuales de la comunicación y sus diferentes combinaciones generan las impresiones que causamos en los demás.

Sin embargo, estas razones enunciadas y comentadas proceden de los ambientes de formación de los actuantes en la relación médico paciente, conviene saber de ello y saber por qué una cultura y otra ven al mundo de distinta forma y, cómo la visión trascendental de cada comunicador también tiene un origen familiar, social y educativo y se expresa en la consulta en los sitios donde el médico presta sus servicios.

CAPÍTULO II.

EL AMBIENTE FORMATIVO PROFESIONAL Y EL COMUNICACIONAL EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

2.1.- El sitio donde se forma el médico y la creación del Seguro Popular con cobertura.

En primer lugar convendrá saber dónde se forma el pasante en servicio social y dónde se formaron los médicos que ahora forman parte de la plantilla del Seguro Popular que atiende a la población marginada, de ahí nacen las acciones de la atención de calidad, no debe verse la eficiencia solamente, cumplir con los programas, la disciplina, mantenerse en el lugar durante el año obligatorio o el tiempo de contratación, sino modificar el ambiente haciéndolo cada vez más saludable por la prevención y la educación para la salud, esto implica conocer bien la Historia Natural de cada padecimiento y emplear el método clínico de aprendizaje de la medicina, método que se utiliza a diario.

2.1.1.- El plan curricular para la formación del médico en la UNACH.

La facultad de medicina humana de la UNACH comenzó sus actividades hace 39 años, en 1974 con la adopción de un sistema curricular modular y con el modelo pedagógico basado en el conductismo. Fue una adopción de modelo y método que se prolongó 20 años. La visión formativa era claramente científicista para la efectividad en la atención y con miras a aceptar solo lo objetivo, ahí no importaba saber si había conocimiento del alumno en las tres variedades básicas: declarativo, procedimental y actitudinal, bastaba saber que era suficiente por haber superado las pruebas de dominio de los objetivos conductuales en sus materias básicas de la educación obligatoria y que tuviera promedio de 8 en adelante. Después se pensó en lograr un médico de servicio a la

comunidad y de preferencia de las zonas desprotegidas y se creó el llamado “Nuevo Plan de estudios 1993” con la ilusión de hacer un médico muy capaz, “completo” desde el pregrado y que preferentemente sirviera al mundo indígena en donde se detectaron enfermedades endémicas que pueden tratarse y prevenirse. No importó tanto la expectativa personal de hacer especialidad, pero si de que el estudiante se documentara en el Internet para lo cual se incluyó el taller obligatorio para aprobar los módulos, de inglés y de informática.

La mayoría de los docentes en la universidad, tienen especialidad en alguna de las ramas y las divisiones prácticas de la medicina, un 40% de los docentes tiene una maestría en docencia en ciencias de la salud, pero el 60% hace de su trabajo formativo una repetición de la manera como aprendió, es decir, se vuelve una autoridad, se centra en la disciplina de obediencia del alumno, memorización de datos, aprendizaje puntual de técnicas médicas para el diagnóstico, su trabajo es enseñar y hasta los docentes se llaman catedráticos (Abgagnano, N. y Vislaberghi, 1995) “Los obispos enseñan a los fieles desde sus cátedras (la silla en la catedral) la manera de vivir mejor...” de manera que ningún docente es obispo que enseñe en una cátedra, ni el aula es una catedral, ni el régimen educativo es religioso) mientras que la meta de aprender se dirige a señalar a que se aprenda lo que a juicio del docente es importante y así lo pregunta en los exámenes. Es decir, se copta la iniciativa de los alumnos para valorar un problema y sus componentes. Entonces, la evaluación se convierte en calificación/control que da cuenta de la memoria. En 1995 comienzan las preocupaciones por la evaluación interna del programa de la carrera y de la facultad misma para ser acreditada, según estipulan las normas de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), se toman en cuenta postulados de las cumbres educativas sobre la formación médica en el mundo, Alma Ata y Edinburgo Escocia y se incluye la ética, va asomándose poco a poco la bioética y después comienza el boom para

incluirla en la docencia, así va creándose la atención hacia el aprendizaje actitudinal.

En la facultad de medicina de la UNACH se luchó siempre por tener más laboratorios, más presupuesto para investigación médica, más técnicos, más investigadores en farmacología, fisiología, morfología, se acondicionó el “aula maestra” con una cuba de cadáveres para la práctica morfológica visual, es decir, centrar todavía más la visión cientificista del arte médico; se doctoraron algunos docentes en farmacología y pusieron su laboratorio de investigación con sus propias limitaciones, etc. las actitudes para el servicio médico considerando al paciente persona no han aparecido, se ve al paciente enfermo, se hacen especialidades de un año de epidemiología y administración de hospitales, pero tienen una finalidad de crear recursos humanos de trabajo y no verdaderamente la atención práctica de la población, ahora están en las oficinas.

Cuando no se ha logrado tecnificar a la escuela de medicina, los alumnos y los docentes se perciben del tercero o cuarto mundo en calidad. La calidad en estos tiempos se mide por la tecnificación y la belleza exterior, no por la calidad humana en la atención, ni la belleza interior de la profesión médica. Sin embargo eso sucede desde Norteamérica hasta la Patagonia. La tecnología deslumbra a los profesionales en formación y se vuelven consumistas de novedades, por lo tanto su evaluación se cuantifica, no se particulariza, se somete a una escala para situar a los participantes en una “fila” meritória.

Si no hay interés por el desarrollo profesional de trato con las personas, entonces se cae con frecuencia en la visión futurista de la búsqueda de la especialidad para el trabajo bien remunerado y el sitio en la sociedad médica y civil. El inglés es muy llamativo, pero una lengua mayance es “retroceso”. Entonces el alumno esperará tener al mejor docente, es decir aquel que le enseñe algo del secreto médico, lo trate como persona y no se oponga a su permanencia en la carrera, pero esto no

sucede hasta que se vuelve crítico y reflexivo, siempre y cuando el alumno vaya progresivamente teniendo conciencia plena de quien es él y que puede hacer con lo que sabe en el escenario social particularmente indígena en su Estado. (Rial, J. A., Antonio y Carretero, M. 2006).

El problema en la “espiral” de aprendizaje, se abre a la ciencia y a la dialéctica de conocer mejor lo que ahora es transitorio aprendido en los libros y mientras tanto, como trabajo de la ciencia, se emite la predicción de la historia natural del padecimiento, es decir, el pronóstico: para la vida, la función y el alivio del problema planteado. Tomando en cuenta también la variación de los tratamientos y viendo la necesidad de plantear un plan terapéutico y no ver solamente “un tratamiento”.

Los docentes que han estudiado la “Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud” han tenido estudios sobre comunicación y se ha visto en la materia “Teorías de la comunicación” qué importancia tiene transmitir objetivamente el mensaje, cuanta necesidad se tiene de conocer el código y los tipos de comunicación verbal y consecuentemente la comunicación no verbal. La relación médico/paciente es el centro de atención del médico para el diagnóstico y la prevención. Entonces, llama la atención por qué no se ha hecho caso de las sugerencias de algunos docentes por incluir bases de lengua mayance en el plan de estudios ya que se incluye en la filosofía de la educación del Plan de estudios 1993 la visión antropológica y esta incluye la lengua, las costumbres, los usos, etc.

2.1.2.- La creación y funciones del Seguro Popular que da servicio a poblaciones de habla mayance.

En los dos sexenios previos al actual, las políticas públicas en salud, enfocaron su atención en el daño que sufre toda la población mexicana si no controlaba los focos de enfermedad como la tuberculosis y las infecciones del virus del papiloma humano, por ejemplo; además los altos costos de atención a morbilidad por enfermedades infecciosas controlables,

de manera que, aunado a las voces extranjeras de señalamiento, se decidió crear una serie de programas de atención a la salud que incluyera a los “desprotegidos” por no tener salario, los que no estaban en las instituciones clásicas de salud. Se creó el programa “Oportunidades” y el “Seguro Popular” después,

Se reconoció que Chiapas era uno de los Estados con la menor proporción de habitantes con seguridad social. Hace 13 años solamente el 17.6% contaba con algún esquema de seguridad social. (Bindman, A. B., et al. 1998) y los pocos recursos para equipamiento y nómina no hacían posible la atención a la población marginada con los mismos recursos de los derechohabientes regulares. También estaba, en sexenios previos, afectando la atención a población desprotegida, la falta de capacitación de personal de salud para ir a las comunidades indígenas, además de capacitar a personal que fuera capaz de supervisar y evaluar el trabajo sanitario en donde se tuviera cobertura, limitaciones estas que impedían implementar programas remediales. (SSA, 1995 OPS.)

En el sexenio del presidente Fox surgió el “Seguro Popular”, programa federal producto de la reforma nacional de salud, cuyo objetivo principal fue ampliar la cobertura de servicios y reducir el gasto en salud erogado por la población no asegurada. En sus inicio se inscribieron setenta mil familias en Chiapas siendo la inscripción voluntaria, pero con un costo fluctuante entre 600 y 1000 pesos anuales. Parecía ser esta decisión una solución, sin embargo se señaló una cantidad limitada de padecimientos para ser atendidos y, otros no. Además muchos de los pacientes con diagnósticos complejos sobrecargaron a las instituciones tradicionales de salud que se designaron como resolutoras de problemas del Seguro Popular, sin haber compensado con equipo y con más personal el excedente de trabajo. La población atendida no podía acudir a los servicios del otro programa “oportunidades” aunque estuvieran graves los pacientes.

La población flotante de médicos que atiende a estos programas limita también la atención oportuna, también limita las demás tareas asignadas a los médicos, tareas burocráticas: Asistencia a reuniones por varios días, cursos, entrega de informes, el disfrutar de beneficios contractuales como vacaciones y permisos, etc. El personal de salud debe llenar numerosos formatos. Así, no es nada raro encontrar unidades de atención médica sin médico durante más de diez días al mes. El horario de consulta afecta pues las clínicas cierran a las 18 hs y sin más atención hasta el día siguiente.

Otros problemas para la atención y solución del problema de cobertura para tener una población saludable son la cultura, el idioma, las costumbres y la orografía que se pone intransitable en la temporada de lluvia. Ni los pacientes llegan a su atención, ni el personal de salud va a los caseríos distantes y aislados, así la vacunación se subemplea, los programas de atención a la madre y el recién nacido se quedan en las intenciones de los planificadores. Además, a los familiares de los pacientes que quedan en observación se les pide hagan tareas de mantenimiento de la clínica o les condicionan la atención si no obedecen. Es decir, no solamente se trata de planificar sino de tomar en cuenta los problemas que se presentan en una comunidad y hacer una atención multidisciplinaria y multi/departamental. La formación del personal de salud debería incluir el conocimiento de usos y costumbres y lo básico del idioma para dar educación para la salud.

De esta manera tendrían coherencia los servicios con los objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud establecidas en la Ley General de Salud que integran factores biológicos y socioeconómicos esenciales para llegar a la buena salud. Los objetivos específicos del Sistema Nacional de Salud incluyen: Servicios de calidad para todos; atención particularmente a la prevención, educar para el desarrollo armónico de las pequeñas sociedades promoviendo el desarrollo familiar y comunitario y no

solamente dando incentivos económicos por asistir a la escuela, sino modificar los programas de la SEP para cada región. (Título III, capítulo 4, artículo 60 Ley General de Salud.)

2.2.- El sitio donde se da la comunicación interpersonal.

Ya se ha señalado que el médico en servicio social y el médico del Seguro Popular atienden a los pacientes en un consultorio con un mínimo de implementos: Un cuarto para hidratación pediátrica, otro para observación adultos, un cuarto del Stock de medicamentos, el cubículo de atención de la urgencia, para inyecciones y suturas y un sitio para la atención del parto, más la sala de espera y el cubículo de atención a la medicina preventiva y las inmunizaciones. Una habitación para el descanso médico en su trabajo nocturno. Todo ello sito en la comunidad asignada a cada servidor de la salud referido.

El personal de trabajo incluye a la enfermera o enfermero auxiliar del médico, al médico con horarios y contrato de trabajo, sin suplencias para el día de descanso. Intendente opcional. Todo ello como un organigrama y fluxograma ideado en el programa pero de difícil operativización como ya se explicó antes.

2.2.1.- Regiones indígenas de Chiapas.

El importante trabajo médico aludido está referido a las regiones de asentamientos humanos que tienen un elevado índice de indígenas con habla mayance y monolingües, particularmente las mujeres. En el capítulo III se dirá algo más profundo sobre la lengua y la tendencia de la segregación femenina para ponerse en contacto con la civilización de habla española, sin embargo la investigación tiene como fin hacer hincapié en la necesidad de comunicación.

2.2.1.1.- Lengua madre de los aborígenes.

En México se hablan 62 lenguas indígenas principales, además de las variantes de las mismas, que en ocasiones son totalmente distintas entre sí. Chiapas ocupa el segundo lugar nacional en cuanto al número de hablantes de lengua indígena, con el 11% del total nacional. Sin embargo, es el estado con el mayor porcentaje de población indígena monolingüe: de los habitantes de Chiapas, el 24.6% hablan una lengua indígena, y del total de los indígenas chiapanecos, el 36.5 % sólo hablan su lengua materna. En el capítulo V se tratará más extenso sobre las lenguas que se hablan en Chiapas y su dificultad o facilidad de aprendizaje o bien la oportunidad de aprender.

De esta población lingüista, interesa para el estudio reducirla a aquellos habitantes que hablan una lengua mayance exclusivamente y aquellos que tienen como lengua madre una lengua mayance pero también hablan español, con el fin de determinar el grado de comunicación verbal que se pueda sostener con ellos. Debido a que se pretende conocer esa comunicación entre el pasante en servicio social o el médico del Seguro Popular que de atención a esa población, se registra la población derecho habiente según los datos que proporciona una fuente oficial (Fuente Departamento de enseñanza y capacitación. ISECH)

En primer lugar la población que tiene una lengua madre mayance (Tzeltal: 37.9% y Tzotzil: 34.5% las más frecuentes) y el subgrupo que además tiene como segunda lengua el español y tenga edad suficiente para comunicar sus problemas al personal de salud:

De esta población de 5 años y más que sólo habla su lengua madre y no español se reconocen 371,315 habitantes, de este grupo hablan tzotzil 329,937 habitantes.

La distribución territorial de los habitantes de lengua tzotzil está en estos municipios:

1.- Acacoyahua.	20.7%
2.- Acala	38.3%
3.- Aldama.	98.4%
4.- Altamirano.	50.5%
5.- Amatenango del Valle.	0.8%
6.- Ángel albino corzo.	62.7%
7.- Bejucal de Ocampo.	1.2%
8.- Berriozabal.	82.4%

De esta manera se elaboró el ítem “¿Tiene usted más de 5 pacientes monolingües de lengua mayance a la semana?” la respuesta fue que sí en un porcentaje elevado, así pues convino hacer el trabajo de campo y obtener los datos propuestos en el plan de investigación y los objetivos para entrevistar a los pasantes en servicio social o a los médicos adscritos al Seguro Popular.

2.2.1.2.- Distribución de la seguridad social.

La población derechohabiente en general es de 56.6% distribuida así:

IMSS:	13.0%
ISSSTE:	4.7%
Seguro Popular	37.3%
Otro	2.3%
Ninguna	41.7%
No especificado	1.5%

En el año de 2010 los profesionales médicos que atendían a esta población señalada estaban distribuidos así:

Total de unidades médicas	1314
Médico por unidad médica	4.1
Personal médico Total	5,373

De estas unidades médicas las que dependen del Instituto de Salud del Estado de Chiapas son: 532.

El número de pasantes asignados a unidades con habitantes que hablan lengua tzotzil es de 78 y pasantes de enfermería en esta misma condición es de 233.

Médicos pasantes asignados a unidades con habla de lengua tzotzil: 78.

Enfermeras pasantes asignadas a unidades con habla de lengua tzotzil: 233

Lenguas Indígenas más frecuentes:

Tzeltal: 37.9%

Tzotzil: 34.5%

Son estas las dos lenguas que se muestran en su morfosintaxis en el capítulo V del presente trabajo.

Fuente: Departamento de enseñanza y capacitación. ISECH.

2.3.- Condiciones culturales al recibir atención médica y visión de la enfermedad.

El indicador más importante para lograr un efectivo estado de salud en un pueblo es que este entienda lo que se le enseña y comprenda sus beneficios, para ello la educación básica y la avanzada de preferencia, son el indicador más confiable, en especial la educación de la mujer ya que de ella dependen los hijos, particularmente en la forma de vivir elemental de un indígena, además conviene la educación de la mujer para que no muera o no enferme y transmita a su familia una enfermedad crónica grave y mortal como la tuberculosis o reciba en sí misma el germen del Cáncer Cérvico/uterino, el papiloma virus.

Se ha puesto especial énfasis en la atención a la mujer y se han creado políticas públicas que favorezcan esta visión gubernamental al crear el “hospital de la mujer” en varias poblaciones de concentración

ciudadana para el seguimiento de pacientes femeninos. (Garza, C., de Onis, M. 2008)

2.3.1.- La atención médica centrada en el género

No es inocua la visión de atender la salud de la mujer, se mira al control de población, al descenso de las estadísticas de mortalidad materna y mortalidad infantil y, todo ello está centrado en la necesidad de que la mujer coopere personalmente en su atención, se espera una mejor salud reproductiva y de cuidados maternos para tener hijos más sanos al conocer proyectos alimentarios regionales y prevención inmunológica oportuna.

La desigualdad de género en Chipas se refleja claramente en los indicadores de escolaridad. Mientras que el promedio de años de escolaridad para los hombres de 15 y más años de edad es de 4.19 y el de analfabetismo de 22.3%, en las mujeres de ese grupo de edad tienen una educación de 2.68 años y 43% no tienen algún grado de escolaridad pero sí ya tienen alguna experiencia de embarazo y maternidad. (INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda.)

Puede ahora verse que hay una barrera seria para el tratamiento higiénico médico o lo que es lo mismo educación para la salud, a eso se le agrega el alto índice de monolingüismo en su lengua madre. No son capaces de leer lo que está en los carteles, las indicaciones médicas escritas para seguir horarios de medicación. (UNFEPA, 2005)

La mujer, en el rol de trabajo en las comunidades indígenas, permanece mucho tiempo de su vida en la vivienda y sus alrededores, pero esas condiciones son inhumanas si se comparan con la población alfabetizada y de mejor preparación, se vive en hacinamiento en una sola habitación con piso de tierra, el hacinamiento es un factor predisponente “combe” para la transmisión de la tuberculosis pulmonar, la presencia de animales causa zoonosis y los detritus humanos prolongación de

parasitosis como la uncinariasis que se transmite por vía linfática con entrada en los pies, la consecuencia, además de enfermedades respiratorias (síndrome Löeffler) e intestinales diarreicas, es la anemia crónica ferropénica por la misma causa de los anchylostomas. (Marcos, L. y Maco, V. et al. 2006)

Más todavía sobre la importancia de la educación de la mujer para la salud es la disponibilidad de agua para el servicio del hogar y, el agua potable, no solo agua limpia sino aquella apta para tomar y que debe tener menos de 100 colonias de bacterias coliformes por cada 100 ml como determina la OMS, de manera que si la mujer controlara el consumo de agua evitaría en sus hijos múltiples sufrimientos y gastos de salud pública. (Sánchez-Pérez, H. J. y col. 2000)

Los hombres indígenas de zonas marginadas están más tiempo fuera de su hábitat doméstico, defecan en el campo o en otros lugares, pero la mujer lo hace, ella y sus hijos a ras de suelo y eso es una de las principales fuentes de contaminación oro fecal y de transmisión de muchas enfermedades por la fauna nociva, la OMS ha recomendado a los gobiernos que, al menos por cada vivienda haya una letrina como política nacional de saneamiento básico. Todo esto es trabajo preventivo del médico y de la enfermera, más bien de todo mexicano que tenga preparación suficiente para cuidar de la población y el medio ambiente que serían potenciales orígenes de enfermedades para él, viéndolo desde el plano egocéntrico.

2.4.- Programas de atención a la población para el servicio social de medicina.

Se señalarán algunos programas nodales para la atención de un pasante médico en servicio social o un médico en el Seguro Popular con educación y supervisión por seguimiento directo o por interrogatorio a testigos y a los implicados directamente en las enfermedades.

2.4.1.- La atención prenatal para la salud materna.

En general, las mujeres embarazadas de las comunidades indígenas reciben atención prenatal de la partera tradicional, algunas de las “letradas” o con marido con algún cargo comunitario, reciben atención de los servicios gubernamentales de salud, sin embargo estos servicios son más bien para obtener medicamentos o para resolver problemas graves si ahí se pueden resolver, sino para canalizarlos a un centro de salud regional, eso es lo que hacen los médicos del Seguro Popular, no se quedan con el problema.

Las causas por las que las mujeres prefieren la atención de la partera tradicional son múltiples, la distancia para llegar a la atención del médico o el pasante, la ocupación en su rol del hogar y la desconfianza por el maltrato y la mala calidad de atención de los servidores públicos. Ahí está en parte un problema para la atención integral del paciente, esa falta de atención con calidad depende de la comunicación principalmente en mujeres analfabetas y monolingües más las condiciones de aseo que tienen estas pacientes.

Obviamente la atención del parto la hace la partera tradicional con las múltiples limitaciones que la OMS no reconoce como garantía de atención en medios naturales. (Sánchez-Pérez, H. J., Ochoa, Díaz L. H. y col. 1998) No se acude a los servicios gubernamentales de salud por el mal trato y por la esterilización forzada a que son sometidas y, el marido no tolera o se vulnera su autodecisión “usted se debe operar porque no es un animal para tener tantos hijos” (Kirsch, J., Arana-Cedeño, M. 2005).

2.4.2.- La mortalidad materna durante el parto por causas previsibles.

La visión global de las causas de mortalidad materna durante el parto señalan al probable subdiagnóstico, el medio económico bajo para los múltiples traslados de la paciente desde su domicilio hasta el centro de

atención y, de este hasta el centro regional que resolvería el problema, la falla en los medios de transporte por caminos intransitables, etc., pero también la falta de participación educativa sobre salud por parte de los profesionales de la salud por múltiples causas, personales, de planificación y por dificultades de comunicación verbal. (Freyermuth, G. 2003)

2.5.- Contacto y seguimiento de pacientes con expediente.

Por lo menos el seguimiento básico es el de la cartilla de vacunación ya que el expediente no siempre es supervisado, inclusive en los hospitales de segundo nivel de las instituciones clásicas la revisión de expedientes está a cargo de un jefe de servicio que recibe un sobresueldo por el puesto, los jefes de servicio forman parte del “Comité de revisión del expediente clínico” con fines de registro estadístico y de investigación de casos, también para el apoyo de la “mixta disciplinaria” y los conflictos que surjan con CONAMED y otras instancias de control, pero en las comunidades, se revisan formatos, cumplimiento de programas prioritarios, revisión del “Stock” de medicamentos, asistencias, etc., pero el expediente clínico se mediatiza.

La evidencia de no tener seguimiento de pacientes y menos en el registro de datos, se encuentra en el incremento de la prevalencia de la Tuberculosis Pulmonar en donde se evidencia que el subdiagnóstico es muy elevado por múltiples factores, la comunicación, la carencia de seguimiento de baciloscopías, estudios que sirven de seguimiento de los casos hacia su control y limitación de la diseminación familiar de la enfermedad. No están documentadas esas deficiencias sino que se registra en los formatos específicos que sí se da la medicación sin saber si se toma o no o si entendieron los pacientes la dosificación y frecuencia. (SSA. 2001) Todo ello a pesar de que en Chiapas, teóricamente se lleva a cabo el programa de Prevención y Control de la Tuberculosis bajo la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), en la práctica solo está en el papel. (Sánchez-Pérez, H. J. y col. 2002)

Es entonces el tiempo de volver los ojos a las múltiples instituciones que tienen responsabilidad de la atención a todos los habitantes de Chiapas en el campo de la salud. La formación del médico tomando en cuenta el estatuto de persona para que sepa que tiene una responsabilidad capital al atender al paciente con dignidad y con ello se inicia la atención de calidad, reconociendo la tríada ecológica en cada caso: El huésped (corpóreo no solo cuerpo sino mente, relacionalidad social y trascendencia), el medio ambiente vital y el agente patógeno. Es la hora de revisar proyectos de formación, proyectos multidisciplinarios de las instituciones que ejecutan las políticas públicas registradas en los sexenios y en general la consciencia de la necesidad de servir.

CAPÍTULO III

LOS PROPÓSITOS DE LA FORMACIÓN MÉDICA PROFESIONAL.

3.1.- Misión y Visión de la carrera de médico cirujano.

Se trata de los propósitos que surgen de las esperanzas de la sociedad en la formación profesional y de los propósitos institucionales para lograr un profesional idóneo sin perder la línea de servicio a los seres humanos al emplear los conocimientos objetivos, científicos que se adquieren durante la formación de los cuadros de profesionales de la salud. Inicialmente son propósitos que se dan para logro mediato, por eso se dice en la visión que “***será una instancia educativa acreditada***” sin embargo ya es una instancia educativa que sigue un derrotero formador implícito en el perfil del egresado.

La misión y la visión indican ya en su espíritu la necesidad de formación en conocimientos teóricos, habilidades y actitudes, en donde la interdisciplinariedad entre ciencias naturales y sociales y humanas ponen a trabajar a la corteza de uno y otro hemisferio sintetizándose el producto en una atención real a un problema orgánico funcional dentro de un halo humanístico por la aplicación clara y profunda de la bioética.

La Misión.

Formar profesionales de la medicina con sólido aprendizaje teórico, bajo óptimos estándares de calidad, con las habilidades necesarias para el ejercicio profesional con criterios biológicos y *humanísticos*, preparados en metodología de la investigación científica, líderes en acciones preventivas, en *la promoción de la salud* y en la generación del conocimiento, comprometidos con *la defensa integral de la vida y su entorno*, fomentando permanentemente en el estudiante el espíritu científico y las aspiraciones de complementar su acervo en la educación de postgrado.

La Visión.

La facultad de Medicina humana de la UNACH será una instancia educativa acreditada en la formación de cuadros de profesionales médicos capaces de *confrontar, modificar y plantear soluciones a problemas de salud de su entorno*, preparados para optimizar los recursos tecnológicos y científicos, tomando como base la autogestión y la innovación con la *suficiente calidad científica y humana*, para competir e incidir en la sociedad.

Parece dejarse en el plano implícito lo de calidad ligada a lo humano y, el entorno parecería estar obligadamente referido sin decir que es muy variado en el Estado de Chiapas y puede darse a entender que es subjetivo el significado y acomodarse a las pretensiones del profesional ya con licencia para trabajar, pero, no es así, hay que complementar con la visión evolutiva de las circunstancias del Estado y sus necesidades manifiestas. No basta ser científico en el término objetivo de la palabra, en el término metodológico de las ciencias físicas y matemáticas, sino también hay que serlo en las ciencias sociales Drane J. F. (1993).

3.1.1.- La visión del trabajo científico.

A primera vista se ve y se oye en comentarios de cuál es el concepto que tiene un médico egresado de las universidades, de aquel dedicado a la salud pero que no procede de una escuela de medicina reconocida por la SEP ni la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pues el concepto es que no es médico, que es un curandero, que es un manipulador o charlatán, un enfermero o un homeópata, para este tiene una visión especial y éste tiene una visión diferente del médico alópata que la que éste médico tiene de sí mismo. La diferencia estriba en que el alópata se cree científico, médico que recibió formación de la ciencia.

La realidad: La medicina con la que se atiende a los pacientes, sea de primer nivel con los médicos generales, sea de segundo nivel con los

médicos especialistas o de tercer nivel con médicos de las subespecialidades que se forman en hospitales altamente equipados, pertenece *al arte médica*. Debe tomarse en cuenta esto porque trata pacientes, trata personas altamente complejas y por lo mismo requiere del auxilio de las ciencias sociales y no tanto de las ciencias médicas, a esto se le llama arte. Al estudio objetivo de la estructura y la función del segmento biológico del ser humano se le llama ciencia. Estos conocimientos científicos son los que deberá aplicar, pero para ello requiere comunicación y contacto con una persona compleja.

Los avances médicos en el plano de la ciencia los proporciona la carrera de Ciencias médicas, cuyos alumnos se forman con investigadores y en laboratorios, no en aulas y hospitales, ellos proporcionan los avances médicos en el plano ciencia, los avances tecnológicos proceden de ingenierías empatadas en la investigación con la fisiología, la estructura, las funciones particulares de sistemas, aparatos, órganos, tejidos, etc. Su ruta de progreso es por las maestrías y los doctorados, pero el médico frente a paciente sigue la ruta de la especialidad y la especialidad específica de tercer nivel. El científico médico no está frente a pacientes o lo está en baja proporción, se auxilia con los grupos médicos para las fases de la experimentación de algún novedoso procedimiento diagnóstico o terapéutico, pero no está frente a pacientes ni tiene consultorio.

En cuanto a la visión científica habría que reconocer al método científico en el diario que hacer del médico, sin embargo el método que emplea es el método clínico, el método epidemiológico y, los métodos de las ciencias sociales. Sin embargo cuando su inquietud es la de investigador, deberá entrar a estudios que no tiene el currículum de un médico para el servicio a la comunidad como la estocástica y el empleo de la estadística paramétrica con un elevado sentido de la interpretación de datos, esa ruta es muy vista por los epidemiólogos, que son un nexo con los científicos, pero esa no es la visión del médico general.

En los EUA los médicos frente a paciente, cuando se han hecho investigadores forman parte de un grupo multidisciplinario: citólogos, histólogos, anatomistas, genetistas, biólogos; correctores de estilo, elaboradores de páginas, encuadernadores, diseñadores gráficos, informáticos, etc. De manera que tienen que dar esos créditos en sus publicaciones. La pregunta es: Después de esta visión, el egresado de una escuela de medicina en el Sureste de la República mexicana, puede decirse que es científico, o es un médico, médico especialista y un médico humanista, sus pacientes no son sus especímenes. Pero su razonamiento sigue las rutas que han dejado los descubridores de conocimientos frescos y clásicos. El trabajo del médico, con su método clínico es hacer diagnósticos lo más preciso posibles y plantear bien la terapéutica tomando en cuenta siempre el principio viejo, hipocrático: “Lo primero es no dañar”.

3.1.2.- La visión del trabajo médico con visión antropológica.

La primera impresión en la formación del médico es que no se le ve el campo de trabajo al que dedicará en sus días de profesional porque es libre de elegir, sin embargo a través de la visión y misión de la Facultad donde se forma se dice que “prestará un servicio a la comunidad del Estado con calidad humanística y científica”, por lo tanto, hay que tomar en cuenta a la población chiapaneca, al menos para el trabajo formativo del servicio social obligatorio.

El Estado de Chiapas tiene poblaciones que no viven en ciudades sino en los asentamientos del período precolombino o asentamientos de las culturas mesoamericanas, son agrupaciones humanas con una cultura propia, es decir, costumbres, gobierno, religión, cosmovisión, idioma, vestimenta, etc., que siguen desde antiguo, no puede cerrarse los ojos y decir que ellos deben ser tan disciplinados como los no indígenas, que

deben ver el progreso y evitar su morbilidad controlable, que deben dejar los territorios de siembra a quien pueda hacerlos producir mejor, que si fueron desplazados a los cerros, es mejor que se mantengan lejos de los ríos, pero que no talen el bosque para hacer sus tortillas mientras los grandes saqueadores usan motosierras, etc. Todo esto debería enseñarse en la carrera de medicina, dentro de una materia que se llama bioética y que debiera estar en un eje horizontal en el currículum, con los códigos éticos, con la deontología y el conocimiento de los Derechos Humanos, las leyes básicas del respeto al otro.

El pasante en servicio social en medicina acepta estoicamente cumplir con lo que la ley educativa dice y es que debe cumplir forzosamente un año de servicio social. Hace lo que puede sin haber tenido información de la diferencia de culturas, con una inducción previa al ingreso a la comunidad, con la consigna de cumplir con programas de la Secretaría de Salud, con una visión idealista de los planes de estudios de la carrera en su XI módulo con o sin supervisión, etc. El primer obstáculo que se va a encontrar además del ambiente especial, es el idioma de los pacientes, pero no le queda más que hacer que cumplir con lo que sabe y contar anécdotas en su vida (Godoy, Godoy, O. 2000)

El médico del Seguro Popular no va a las comunidades indígenas preparado para el servicio de calidad que implica un diagnóstico lo más preciso posible según el medio y una educación para la salud necesaria, va porque es un puesto de trabajo que le da prestaciones y un sueldo, le da una oportunidad para moverse de lugar en cuanto pueda, pero no es diferente al pasante en servicio social, se encuentra con uno de los componentes de la cultura, el idioma, el resto no es asimilable, los usos y costumbres.

Otro de los ejes transversales del currículum sería la epidemiología, ahí se incluiría la visión cultural de los pacientes en cada rama de la medicina alópata: las lesiones traumáticas más frecuentes (machetes,

coas, instrumentos que usan a diario), las lesiones infecciosas oculares, pulmonares, abdominales, pélvicas, cutáneas, etc. La parte antropológica aparecería contestando a la pregunta ¿Por qué esos padecimientos en los indígenas?

3.1.2.1.- La población necesitada de atención médica en condiciones de desamparo.

México pertenece a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cita para referencia comparativa con el desarrollo de otros países y ocupa el lugar 115 de 124 del grupo, en cuanto a repartición de beneficios (ingresos “per cápita” por año. Como Zambia o Zimbawe. El gasto total en salud es de 6.2% del producto interno bruto y la distribución en el territorio es muy desigual refiriéndose a necesidades de atención (OCDE Health data 2005); esto parece una reflexión matemática, sin embargo es una reflexión de planeación de servicios públicos del Estado y planeación de la formación médica. Se ha dicho que el médico mientras se forma tiene en mente una especialidad y prestigio personal, no tanto ve el servicio.

Los médicos están concentrados en áreas de buen recurso o altos niveles de ingreso “per cápita” y escasean en los municipios de muy alta marginación. Estos municipios tienen el menor número de camas de hospital si es que hay un hospital básico en la región, en la zona de concentración de los médicos hay 12 camas por cada diez mil pacientes, en la zona marginada es una cama por diez mil posibles ocupantes; así es que se ve que la asignación de recursos para la salud, en México es inversamente proporcional al índice de marginación y al PIB de los municipios del país. (Lozano, R, Zurita, B., Franco, F. y col. 2001) Si esto es planeación de servicios públicos, entonces ¿por qué la educación, que tiene miles de pasantes en servicio social en medicina y áreas afines, no da

ese servicio y de paso concientiza a sus profesionales mientras trabajan en la realidad de su Estado con todo lo básico como el lenguaje de indígenas?

La visión antropológica para los organizadores de un currículo para formar profesionales de la salud y, médicos en lo particular debe estar enfocada a la consciencia real de que la población indígena de México habita predominantemente áreas rurales, de alta marginación y carece en lo sustancial de seguridad social, hasta que llegó el Seguro Popular, pero además, por su propia costumbre y usos muestra una baja disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, posiblemente por desconfianza, por miedo al costo o por ignorancia del beneficio. (Hernández, Peña, P., Zapata o, y col. 2001)

En la región de los Altos de Chiapas está la mayor concentración de población indígena por tener un centro administrativo y comercial desde la época de la Colonia, es San Cristóbal de las Casas y después otras ciudades tales como Ocosingo y Comitán.

3.1.2.2.- Pobreza, marginación y conflictos visión del problema para el Servicio Social.

Los Altos también posee el mayor número de municipios en condiciones de extrema pobreza, además de que el suelo que les da subsistencia ha sido motivo de conflictos con desplazamientos, migraciones, expulsiones y desorden por causas y adoctrinamiento religioso y político, desde la segunda mitad del siglo veinte, es decir, no sólo pobreza sino muerte por violencia y más carencia. (Martínez-Velasco, G. 2004), esta es una realidad que debe estar en las aulas de los alumnos en formación para el servicio a la salud.

3.1.3.- La formación bioética del médico.

Solamente después de Alma Ata, en las Repúblicas Bálticas, en la cumbre para mirar de cerca la formación de médicos, se pensó en incluir la bioética en el plan de estudios, la visión que se volvió slogan fue

“Medicina para todos en el año 2000”. Así la bioética fue poco a poco apareciendo como una necesidad, se acentuó con las Organizaciones No Gubernamentales y el reclamo al respeto a los Derechos Humanos, en los códigos éticos en “El derecho de los pacientes, de Amsterdam” en la segunda mitad del siglo XX, los códigos de Helsinki I y II, el Principialismo, etc., así fue sensibilizándose el docente dedicado al desarrollo curricular para incluir poco a poco la bioética en el plan de estudios de Medicina Humana en la UNACH. Ahora luce como materia evaluable en el Plan de estudios aprobado en el 2012 por el Consejo Universitario.

3.2.- El concepto de docente y alumno dentro del modelo educativo.

Por otro lado se encuentra el problema de los docentes pues siguen la costumbre de enseñar tradicionalmente, toman la clase a los alumnos y los califican formativamente o exponen la clase quienes la prepararon. Los profesores cumplen con el programa temático religiosamente y se les deja libertad de elegir y emplear el método de enseñanza que más les convenga. A ellos hay que mostrar las bondades del método clínico una vez que se refleje en el rendimiento escolar en un grupo de experimentación y otro de control, aunque siempre se esté en el riesgo de volver al pasado por la inercia de la comodidad, (Des Marchais J. E. (1998).

3.2.1.- La visión social y del estudiante de medicina sobre lo que es y hace un médico.

El médico en el Sureste de México, es un profesionista con una imagen popular tradicional de sabio en cuestiones de salud, él mismo asume una autoimagen semejante e idealiza su profesión, se justifica y valida lo que el pueblo ve en él. En realidad tiende a ser un servidor social, humanista por excelencia dentro de su perfil formativo deseable y su misión. Durante su formación es un científico de carrera cuando analiza y sintetiza conocimiento o es un científico “de facto” o empírico cuando no

elabora su teoría. Vale la pena señalar que también es un ciudadano común y corriente a simple vista.

El estudiante de medicina es un aspirante a ser médico, se propuso serlo al escoger esa carrera, es un ciudadano con perspectivas comunes a todos desde la situación de hijo, de esposo o de padre de familia. Es un aspirante que debe pasar obstáculos. Es un escolar activo o pasivo y se forma en el aula, en la clínica y el laboratorio por 5 años. Un año en el hospital (año de internado) y un año en la comunidad.

Una vez formado, el médico puede seguir siendo estudiante si se incluye en las perspectivas extra universitarias para llegar a ser médico especialista, investigador, docente de medicina o bien solamente un médico activo para la atención familiar (Anderson, R. J. 2004)

La Facultad de Medicina tiene, como todas en el mundo, un currículum que incluye una visión para el futuro de sus profesionales, una misión social, por lo tanto percibe un perfil de egresado sin pasar por alto que tiene sus propias limitaciones en el sistema escolar y político, en relación con la asignación de recursos económicos, todo esto le da un status de calidad en el padrón de Instituciones en el país y el mundo, dedicadas a la formación de médicos.

Los docentes médicos en su formación, pertenecen a una universidad tipificada por los organismos calificadores de calidad y excelencia del país, aprendieron o asimilaron una corriente pedagógica, la cual aplican convencidos de que esa es la adecuada porque en ella se formaron. Cada Facultad de Medicina tiene su propio perfil de profesor y existen también modalidades del proceso de enseñanza, de aprendizaje o de enseñanza / aprendizaje para cada espacio de formación, en el aula o en la actividad médica, sea en la clínica, en el consultorio, en la sala de enfermos, también en la sala de urgencias médicas, en el laboratorio

clínico o de histopatología, o bien en el quirófano aplicando algún tratamiento.

En base a todas estas características de la posible actividad del médico formado o del médico en formación se ha de tipificar al médico para consensuar la apreciación de las características deseables en las actividades en el aula, en la relación maestro/alumno con el fin de transmitir conocimiento y experiencia.

Porque se pretende formar médicos, porque interviene el profesor médico, el alumno pretendiendo ser médico, porque se tiene una idea de lo que se va a formar, porque la sociedad espera algo más o menos claro como producto de la carrera de Medicina, por ello es preciso conocer algunos puntos de esta realidad y saber si se requiere de un proceso de aprendizaje o uno de enseñanza de la Medicina (ver el capítulo VI más adelante). Si ayudar a autoformarse o crear un profesional a imagen y semejanza de los eruditos, expertos, bienintencionados y planificadores profesores en la carrera (Zemelman, Hugo 2007).

3.2.1.1.- La imagen popular de la profesión de médico.

Es una costumbre popular señalar al médico como el encargado de devolver la salud al enfermo, de dar consejo para la crianza de los hijos y la vigilancia del embarazo hasta el parto y el puerperio por un lado, por el otro lado, es un profesionista que sabe recetar medicamentos (sólo él tiene la facultad de hacerlo porque para eso se formó) y el que tiene el entrenamiento para resolver un problema que amerite una cirugía, sea esta cual sea, en especial en las urgencias. No es él quien tiene que vacunar contra enfermedades, él manda vacunar. No es él quien daría el consejo para vivir sano y cuidar el ambiente, pero debería prepararse para darlo.

3.2.1.2.- El médico científico.

Este perfil no lo percibe el pueblo en general, pero se trata del maestro formador de los médicos titulados y de los profesores médicos, es aquel que avanza los conocimientos de las ciencias médicas en los campos experimental, clínico o epidemiológico, también es productivo en el campo socio/médico incluyendo la docencia.

Generalmente este perfil es el de un médico especialista que ha cursado cuatro años más de estudios después de la licenciatura, ya sea en un hospital o en un laboratorio, con fines de experimentación y, de ser posible, en el extranjero donde se garantiza la alta tecnología, la honradez y la economía que favorecen el término de la formación. Quien tiene formación en universidades extranjeras de prestigio es creíble sin discusión, solamente deberá mostrar su documento de formación para ser respetado.

Este es un perfil que pregona el médico formado y que va descubriendo el alumno de la Facultad de Medicina, con el que va conformando su marco de expectativas y que es el vértice del éxito en los estudios al que podría llegar cuando haya resuelto sus necesidades económicas, políticas y sociales por las que decidió estudiar una profesión médica.

3.2.1.3.- El médico ciudadano.

El médico participa de una situación en el estrato social, se distingue en todo México por su forma de ser y de vivir. Existe una idea popular de que el “buen médico” no es pobre, de manera que el personaje se preocupa por la ganancia material a como de lugar, y ésta se logra teniendo consultas u operaciones (jamás aparece la imagen del investigador porque pertenece al mundo de quien ha resuelto sus problemas existenciales materiales o ya es rico de nacimiento) El médico se apoya con la tecnología de punta, aquella que deslumbra al paciente, a

veces el paciente solicita que se le efectúe un ultrasonido o una tomografía, solicita la mejor medicina que se conozca o que se le haga una endoscopia para no andar perdiendo el tiempo. En fin el médico ciudadano busca tener dinero para sostener su estatus social que le de prestigio de buen profesionista.

En la realidad sí es un ciudadano que tiene derecho a vivir de su trabajo y de su profesión bien remunerada en la sociedad mexicana, del centro o de la periferia del país, para sostener a su familia, su actualización profesional y mantener su estatus social.

3.2.1.1.- El estatuto de persona como base para la atención en salud por sus necesidades.

El concepto de paciente es simple, un ser humano que necesita atención y que espera a que se la de oportunamente, la atención por un desequilibrio en su salud o en búsqueda de consejo para vivir mejor, sin embargo esto no es suficiente, el paciente no es una ficha en la espera de atención ni en el expediente, no es un individuo anónimo en la comunidad, no es solamente un ser humano visible con derechos civiles y obligaciones legales. No es un ser limitado con cuerpo y mente solamente, es un ser integrado, un ser corpóreo. Eso es lo que la ontología señala del estatuto de la persona. Stein, Edith, 2007.

Estatuto es una definición, contiene la esencia del ser humano para ser visto así y de otra forma se le quita su sentido pleno, este estatuto es una condición legal para mencionarlo en cualquier dictamen legal.

La corporeidad es una integridad, no es una suma de partes, se refiere a los estratos constitutivos que la persona va a integrar en su evolución hasta estar completa en acto, antes estaba en potencia. Esos estratos son: Cuerpo biológico, mente o procesos psicológicos que se auxilian de las funciones neurológicas, relacionalidad social porque la persona es un zoo polyticon al decir de Aristóteles, es un ser

obligadamente sociable y por último el estrato que lo hace moverse hacia un fin, es el estrato trascendental, el que lo proyecta al futuro en sus acciones diarias. Toda persona tiene estos estratos constitutivos, si alguien deja de ver alguno está pasando sobre su integridad.

La corporeidad tiene una característica, pertenece a un ser que en cualquiera de sus estratos es único en el tiempo y el espacio, nunca habrá otro igual aunque se hable de gemelaridad. A esa condición de ser irrepetible se le llama dignidad, no podrá por nada ser vulnerada esa dignidad intrínseca a la naturaleza humana. Ese es el estatuto de persona y, el paciente es persona, el médico es persona, el indígena es persona, el embrión es persona. Habría que referirse a la protección del cigoto y el embrión en la legislación “el nasciturus” porque se trata de un ser valioso en sí mismo.

El médico atiende personas y así debe acostumbrarse a verlas desde que estudia cada materia de su profesión. En la práctica clínica pondrá en uso este estatuto de persona, cuando no lo hace incurre en problemas que los propios pacientes y la ley le reclamarán por su conducta.

3.2.1.2.- El indígena es persona y tiene una cultura que lo hace singular.

El indígena es un ser naturalista en su forma de vivir y pensar, respeta todo aquello que le da vida y que “lo recibe” al morir, por eso mismo es manipulable cuando se le ha ganado la confianza y, es fiel a su adhesión, por eso mismo la conversión a religiones protestantes ha trastocado las actividades comunales, ha hecho líderes locales para ocupar cargos políticos y administrativos. Una costumbre ritual por un lado y adictiva por el otro es el consumo de alcohol, ritual para la curación y para ponerse en contacto con la divinidad, rituales en la curación es su empleo con fines medicinales, también el alcohol promueve la convivencia entre grupos dentro del ciclo agrícola, con los efectos de violencia y de

enfermedad crónica y la consabida despreocupación por los hijos y el trabajo y la exposición a noxas ambientales como el frío y la lluvia al quedarse tirado en los caminos.

La cosificación del indígena se incrementa con el desplazamiento por la población “ladina” que se ha dedicado a explotar al suelo con ganado, al bosque con el comercio de la madera y al turismo limitando el acceso del “dueño” natural a transitar o a asentarse, eso obliga a la migración a ambientes agrestes a su forma de vivir, así se convierte en peregrino sin bienes ni servicios, se le ve como un ser raro que no trabaja y que propaga enfermedad y vicios. (Mexican, Human Rights NGOs, 2006)

3.2.1.3.- El indígena tiene un idioma que lo aísla a su forma de vivir y a sus costumbres.

La mitad de la población indígena de Chiapas no habla español y es el 48.4%. El monolingüismo en adultos es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres siendo dominante el tzotzil y el tzeltal, este hecho se traduce en que esa población tiene pocas posibilidades de participar en los distintos niveles de toma de decisiones, en lo político, lo económico y lo social, que les pudiera ayudar a mejorar sus condiciones de vida y salud. El médico da el consejo porque conoce la historia natural de un padecimiento, pero cómo hace para comunicar esa educación si no conoce el idioma del receptor ni puede establecer la retroalimentación para saber que se le ha entendido la recomendación y aceptar las peticiones del receptor para mejorar sus condiciones.

Prácticamente todos los servicios públicos de salud y educación, se ofrecen sólo en español a pesar de que diversas leyes internacionales promueven el empleo de lenguas nativas para la provisión de esos servicios.

No se cuenta con médicos que hablen las lenguas mayances, si hay promotores de salud y algunos prestadores de servicios en salud no profesionales que si las hablan.

La falta de los servicios de salud en los idiomas de la región, constituye una importante barrera cultural para el acceso a este tipo de servicios, la cual tiene implicaciones de género pues las mujeres son en su mayor proporción, monolingües y son las que tienen mayor contacto con los sistemas de salud, para consultas de salud reproductiva e infantil. El monolingüismo les limita su capacidad para comunicar adecuadamente sus necesidades de salud, así como sus decisiones al caso.

Una situación similar se observa en el campo de la educación, donde los maestros bilingües no siempre trabajan en las comunidades donde se habla su propio idioma sino otro idioma ya sea tzeltal o español por conveniencia económica o porque ahí fueron asignados les guste o no la región. Es decir, la planeación laboral no se vigila ni se adecúa.

3.3.- La cultura del médico formado (visión de la especialidad)

En este mundo globalizado y muy competido, lo primero que buscan alcanzar los jóvenes es un sitio social y particularmente laboral que reditúe ganancias para vivir como uno ha soñado, un poco la comodidad que se ve en la clase media norteamericana y si es posible un nivel mejor, siempre mirando los avances de los coetáneos. Esa meta es, en la profesión médica lograr una especialidad, una que además de tecnificada, sea prometedora de prestigio en el gremio médico y en los sectores acomodados de la sociedad.

3.3.1.- La angustia del pasante por terminar los planes curriculares.

Una vez cumplido el servicio social obligatorio para titularse, el estudiante de medicina utiliza, si es posible, las facilidades que se le dan a los 6 meses por titularse e inscribirse como candidato y aplicar hacia el examen para ingresar a las residencias médicas. Postura que puede verse egoísta del futuro médico, sin embargo se dijo que la sociedad obliga a la competencia por un espacio vital para tener una vida social plena, asegurar el mejor lugar para criar a los hijos y continuar la posición social por muchos años, esa es una razón distractora de mirar más insistentemente a la burocracia en la formación médica que la atención de calidad a los pacientes de la región que se atiende, es por lo que se ha dicho que el pasante en servicio social es eficiente, cumple objetivos y metas mínimas exigidas por la autoridad sanitaria. De esa manera el perfil de egreso es prácticamente un apartado de la retícula curricular de la carrera de medicina humana.

Será entonces necesario analizar un poco lo que se dice sobre el perfil de egreso.

3.3.2.- El perfil de egreso del estudiante de medicina UNACH

“El egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas debe ser: un profesional de la medicina humana con sentido ético y humanista, altamente capacitado para **prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar** a los enfermos afectados con las patologías **más frecuentes de la comunidad** en el Primer Nivel de Atención Médica; así mismo **colaborar en la atención** integral de los pacientes que ameriten ser tratados en el segundo o tercer nivel de atención médica. (Plan de Estudios de la Carrera de Medicina Humana UNACH, 1993)

“Será un profesional **identificado afectivamente con la comunidad** a la que sirve e **integrado al sistema de salud en la investigación de las causas y consecuencias de las enfermedades**, coadyuvando con una actitud propositiva de alternativas de solución factibles y viables ante las autoridades sanitarias, administrativas y políticas competentes.

“Caracterizado por mantener una conducta autocrítica y de superación constante en los avances de su profesión **para servir mejor al hombre y a la comunidad**.

“Será un profesional agente de cambio que incida positivamente en la **promoción de la salud individual, familiar y colectiva**”.

“Será un profesional capacitado para la creación de nuevos conocimientos y técnicas médicas, dejando de ser un mero receptor y aplicador de estos”.

Hemos resaltado en negritas el eje que define al médico egresado de esta Facultad de Medicina, se trata de un médico general preparado para servir a la comunidad en el Primer Nivel de Atención a la Salud y en todo caso, un investigador de los procesos sociales de la enfermedad, por ejemplo la Salud Pública. No será un investigador positivista, puramente científico, sino social. En caso de dedicarse a la investigación, pero más bien será un profesional de la salud. Las otras habilidades frente al avance de la ciencia las adquiere el médico mexicano en el postgrado, en las Especialidades Médicas y, pocos tienen acceso a ellas.

De este perfil tomamos un dato que interesa para el planteamiento de la investigación, es la necesidad de infundir, en su única oportunidad por el paso por las aulas, **el “hábito” de la correlación** para reconocer problemas clínicos y plantearse su solución y no quedar con conocimientos memorísticos, doctos, no fácilmente aplicativos en su trabajo; en cambio en la Educación Médica Continua en Canadá, se hace hincapié en el refuerzo clínico. Otra cosa sucede con el médico que vive

constantemente con los pacientes en un hospital durante su entrenamiento en la especialidad, se tecnifica y deshumaniza en aras de la ciencia y luego percibe que le falta el calor humano.

La metodología de la enseñanza refleja un ideal a alcanzar referido en la literatura educativa médica internacional, que se reporta en los comunicados que hacen los miembros del Federated Council of Internal Medicine Task force on Graduate Medical Education (FCIM). Ellos proponen una “Guía para la educación de los médicos en la Residencia (Ende Jack y cols, 1997). En esta guía se señala que el especialista en Medicina Interna (una especialidad troncal) debe tener aprendizaje de largo plazo con **el método clínico**, la epidemiología, el razonamiento cuantitativo y el manejo cualitativo básicos para dominar la práctica clínica. La FCIM propone que para formar a los médicos internistas del mañana se requiere hacer programas que se coordinen desde la escuela de medicina con las residencias médicas,”...enfaticar, dice, en las disciplinas integrativas y hacer una práctica continua”.

En la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNACH en los módulos de materias teórico/ clínicas, se pretende que **los contenidos teóricos sean problematizados para su estudio** y resueltos en forma interdisciplinaria haciendo uso de técnicas grupales y asesorados por expertos en la materia. **Deberá hacerse un análisis de problemas específicos selectos** que afecten principalmente al sistema **visto en forma amplia, con implicaciones a otros sistemas del cuerpo humano sí, pero sin referirse a patologías específicas.**

Es notorio que comienza a insinuarse que la metodología de la enseñanza se basará en descubrimiento de problemas para su análisis y posible solución.

“El estudio de la sección teórica en general, se efectúa en las aulas de la Facultad mediante la búsqueda documental de los contenidos

temáticos, con discusión participativa de los resultados. Los propios estudiantes generarán conocimientos teniendo al docente como un experto facilitador y moderador del proceso educativo. El análisis de contenidos de aprendizaje debería hacerse en grupos pequeños, para propiciar la interacción de los alumnos.

“En el currículum 1993, de la Facultad de Medicina, se sugieren seminarios de integración teórica y clínica para combinar la enseñanza tutorial personalizada con la práctica (que en realidad sería una propedéutica) en donde el alumno actúe al lado del docente, como un verdadero médico, proponiendo y evaluando acciones durante el proceso de estudio y seguimiento de la evolución de los pacientes. El docente sería el facilitador, asesor y conductor del proceso educativo”. Esto corresponde a la metodología llamada **presentación y discusión de casos clínicos**, una actividad propiamente hospitalaria.

“Del estudio que el paciente plantee nacerán las investigaciones formativas (documentales o de campo, socio/médicas o epidemiológicas) que se efectuarán mientras dure el módulo que se estudia”

Este es el ideal de la enseñanza de la medicina propuesto por el Federal Council of Internal Medicine en Norteamérica (FCIM) y el Plan de Estudios de esta Facultad chiapaneca. Sin embargo, la realidad es otra. Por un lado se lleva el entrenamiento teórico y por otro el clínico sin correlación natural, porque los pacientes vistos en los hospitales y consultorios, no coinciden con la patología estudiada en el aula el mismo día. La solución sería **llevar un simulador al aula para crear constancia reflexiva y hábito en el alumno, para reforzar lo significativo del aprendizaje contextualizado y esto puede lograrse solamente aplicando el método clínico a la enseñanza**, no basta un video clínico. Los casos clínicos vividos son la realidad, pero esta es tan compleja que, un estudiante que no ha terminado la carrera no podrá ver el todo con

fijeza en los nexos. En cambio paso a paso, día tras día, en el aula en todos los semestres, si podrá percibir el todo como fenómeno social.

Pero el médico no será docente, no será un ser formado para sí, deberá tener presente la cultura del paciente al que atenderá al menos obligatoriamente durante su servicio social en el campo.

3.4.- La costumbre y la cultura del paciente en cuanto a atención médica.

En el medio occidental de atención a la salud, la gente solicita medicina asistencial, busca efectividad en corto plazo de los tratamientos, mediatiza la educación para la salud, se supone que la educación para no enfermar y tener una higiene suficiente individual, familiar y ambiental, es garantía ciudadana para tener una población sana.

No hay determinante social más importante en el estado de salud de una persona y un pueblo, que la educación, particularmente la alfabetización de la mujer se ha relacionado con una mejor salud reproductiva y materna que da como resultado mejores índices de salud infantil. Pero esa educación no utiliza la comunicación gestual grupal ni individual, sino la comunicación verbal con el código semejante entre emisor y receptor vocal o gráfica.

La educación es fundamental para proveer de mayores oportunidades a la población, para que esta acceda y se conduzca de una manera más provechosa en el sistema de salud y otros sistemas sociales para que tome decisiones de manera informada y participe en la discusión y elaboración de planes que puedan afectar su salud y bienestar, también para participar en todo tipo de decisiones relativas a su propia forma de vivir.

El médico integral que ve en su paciente a una persona sabe que debe señalarle formas de vida para que se prolongue el estado de salud y no muera tempranamente, para que no sufra y no aumente el gasto social,

por lo tanto un punto central en el tratamiento, en el plan terapéutico es la higiene, el tratamiento higiénico, que consiste en educación para la salud, con la mejor transmisión de su mensaje, entonces, además del idioma se requiere educar constantemente al profesional en formas de comunicar sus conocimientos benéficos y oportunos.

En el trabajo de campo se presenta el comportamiento de pasantes en servicio social y médicos del Seguro Popular, lo que expresan en sus preferencias y lo que en realidad se hace por el bloqueo comunicacional verbal con sus pacientes y familiares si no tienen el apoyo de intérprete.

CAPITULO IV

LA CALIDAD SOSLAYADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES MONOLINGÜES POR LIMITACIÓN EN EL CÓDIGO LINGÜÍSTICO.

4.1.- MATERIAL Y MÉTODOS.

Esta investigación, que comenzó con la observación de las misiones y visiones de instituciones de salud preocupadas por lograr la calidad de los servicios médicos a toda costa y, esta calidad no podrá ser tal si no se trata a los pacientes como personas con expectativas de vida y dignidad en una palabra; también la calidad de atención tendrá como centro la educación para la salud como parte de la terapéutica y todo ello requiere de una comunicación verbal indispensable, en donde la comunicación no verbal queda en el plano de la eficiencia de la atención y en el tratamiento sintomático o bien, en los traumatizados con la restitución de la continuidad de las heridas pero sin prevención, limitación del daño y el conocimiento de factores que pueden prevenirse para no repetir el daño, señalamos que el tratamiento será asistencial pero no preventivo involucrando al paciente en mantener su salud. Decimos que esta investigación comenzó con la pregunta:

4.1.1.- Pregunta de investigación.

¿Es posible que se hagan diagnósticos superficiales en pacientes de lengua mayance por los pasantes y médicos del Seguro Popular, que no tienen el código lingüístico para asegurar el análisis de los datos para integrar el diagnóstico y, por lo tanto, no se de educación para la salud?

La respuesta a esta pregunta depende del trabajo de campo analizado en base a lo que se dice sobre el estado del arte en atención médica, mientras tanto se esperaban posibles resultados a manera de hipótesis.

1.- Los pasantes en servicio social de medicina humana y los médicos del Seguro Popular, sí hacen diagnósticos más o menos acertados con apoyo de personal intérprete y además con la utilización de datos procedentes de la comunicación no verbal.

2.- Los pasantes y médicos del Seguro Popular, hacen diagnósticos improvisados y temerarios por no utilizar ni intérprete, ni saber el código lingüístico del paciente, sólo empleando sugerencia y el lenguaje corporal.

En este último resultado posible se prevé que conviene que el pasante en servicio social y los médicos del Seguro Popular conozcan el código lingüístico de la etnia para desempeñar su trabajo científico ético y antropológico con los pacientes en el plan de estudios.

El estudio es exploratorio o diagnóstico, en el medio natural, es de corte cualitativo en donde los indicadores se convertirán en variables para estudios causales, es un estudio descriptivo, transversal (Kerlinger F. N., 2001), en personal de salud en servicio social y asistencial por el Seguro Popular en clínicas que atienden a pacientes monolingües de habla mayance y que en ocasiones no tienen como segunda lengua el español.

4.1.2.- Población.

Al ser una investigación naturalista, esto es, en su medio ambiente sin alterar, se recaban datos en los médicos y pasantes en servicio social dentro de su área de influencia, en donde se detecta el problema de comunicación. Se logró la contestación de la encuesta de 25 médicos en el Seguro Popular y once pasantes del servicio social de medicina humana de la UNACH que enviaron contestación por Internet después de haberles enviado a 50 de ellos el documento. Así se tienen 36 encuestados que hacen el 100%, son médicos asignados a las clínicas donde hay pacientes con habla Tzotzil y Tzeltal, en particular en donde hay más densidad de esta población de hablantes.

Se codificaron los datos y se analizaron teniendo como referencia las primeras preguntas del preámbulo del documento y después su relación con la preferencias de la escala Likert.

4.1.3.- Instrumento de colección de datos.

En el anexo uno se presenta el instrumento que consiste en un cuestionario con preguntas cerradas puesto que se tiene un objetivo claro que lograr que es la facilidad o dificultad para integrar un diagnóstico a través de la comunicación verbal con un paciente de habla en lengua mayance con auxilio o no de terceros.

Las preguntas van dirigidas a la integración del diagnóstico y la aplicación del plan terapéutico empleando la comunicación verbal y no verbal entre pasantes/médicos y pacientes de habla mayance. No tienen otra finalidad más que conocer si hay comunicación referencial u objetiva.

Consideramos al pasante en servicio social de medicina humana, los intérpretes que se reconocen y las lenguas mayances para entender la codificación de los datos.

4.2.- Concepto de participantes.

Conviene para el propósito de la investigación señalar quienes son los participantes someramente.

4.2.1.- Pasante en servicio social

Después de haber concluido los planes de estudio en aulas dentro de la institución educativa, el médico en formación tiene que cumplir por ley un año de servicio social supervisado por una institución de salud, requisito necesario para que, una vez certificado que cumplió, pueda seguir sus trámites para la titulación.

El servicio social médico se hace en la provincia en el 95% de los egresados, sólo en algunos casos se hace en las clínicas de asistencia

dependientes de la facultad de medicina o en lugares específicos asignados para servir o para investigar dentro del Estado de Chiapas.

El servicio social médico en la Facultad de medicina Humana de la UNACH pertenece al módulo XII y tiene un programa de estudios anexo al programa especificado de la institución que lo “contrata” con fines administrativos, además de cumplir con los programas de salud obligatorios que tiene la SSA federal.

4.2.2.- Apoyo para la traducción.

Cuando se tiene el interés por establecer una comunicación de significados para completar una acción o seguir un proceso que conduzca a la solución de un problema como el de restablecer la salud, se recurre a personas o a instrumentos que den una pista más o menos segura de lo que uno desea saber, de manera que, en las clínicas donde se atienden pacientes de habla exclusivamente regional y no de español, habrá parientes del paciente, auxiliares del médico como: trabajadora social, enfermera, síndico, maestro, etc., que apoyen en la traducción de frases y, es muy extraño o no habitual, tener un diccionario de lengua mayance/español. Se sabe que hay traducción de la Biblia del inglés al Tzotzil, pero un glosario médico, pues se ignora que haya.

El personal auxiliar del médico suele vivir ya desde hace tiempo en el lugar y habrá absorbido las costumbres y el idioma, por lo común saben cómo resolver el problema, por eso el médico transitorio en el trabajo podrá auxiliarse de la experiencia de esos trabajadores.

4.2.3.- Intérprete: Enfermera

Es común que en las poblaciones rurales se contrate para las clínicas de atención médica a auxiliares de enfermería o a técnicos en salud y que son nativos de la región. La asistente (y ahora también el asistente enfermero) que está más cerca del trabajo médico es quien puede

interpretar el lenguaje verbal auxiliada por el lenguaje gestual y los modismos culturales de quienes asisten a atención médica y tienen habla mayance. Es un personal invaluable en este sentido aunque estén limitados para la atención de los problemas de salud.

4.2.4.- Intérprete trabajadora social

Un poco más distante está la colaboración de la trabajadora social, si es que la clínica rural tiene en su organigrama algún personal con ese nombramiento, pero de ser posible y tener antigüedad suficiente, también será de utilidad para establecer la comunicación necesaria para el médico en la integración diagnóstica y establecimiento del plan terapéutico. Es posible que en los planes de estudio de los auxiliares de enfermería y trabajo social, no esté como obligación aprender una lengua mayance para atender a comunidades indígenas.

4.2.5.- Intérprete maestro bilingüe regional.

Es invaluable la labor del maestro (profesor o docente) indígena bilingüe, está dedicado al seguimiento de los programas de la educación básica en poblaciones indígenas, está contratado por la Secretaría de Educación del Estado, no está cerca del médico pero bien puede acudir a él si vive en la comunidad y se tiene un caso grave o donde el paciente permanecerá en observación por más de 24 horas.

Estos docentes tienen formación específica como maestros rurales, están formalmente contratados, puesto que asisten a atención médica al ISSSTE y se comunican muy bien en español con los médicos y personal médico que los atiende.

4.2.6.- Lenguas mayances

Llámanse lenguas mayances (También mayenses) a todo código que tiene como núcleo generativo y transformacional en su conformación al maya y cuyos hablantes han ocupado un territorio circunscrito al

ecosistema donde se dio ese código lingüístico, corresponde a un territorio que colinda con el Estado de Tabasco, Campeche, Yucatán, Guatemala, etc. (Haviland, J. B. 1981) Generalmente se consideraron como lenguas orales y ágrafas (De La Cruz V. M. R. y De La Torre L, J. B. 2005). Sin embargo los antropólogos, lingüistas, filólogos, religiosos, etc., le han puesto grafías y se conocen ahora escritos con leyendas propias de cada región, son las principales lenguas mayances: Tzotzil, Tzeltal, Tojolabal, Chol, Zoque, Konjabal, Mame, Jacalteco, Cakchiquel o Teco, Lacandón, Chuj y Motozintleco o Mochó etc.

Estas son las lenguas problema para quien trabaja en los altos de Chiapas y presta servicio social o está adscrito a alguno de los programas del gobierno del Estado de Chiapas o de la federación en el campo de la salud. Es la comunicación un medio fundamental para plantear y resolver problemas. La comunicación intrapersonal es el pensamiento para planear discurso o indicaciones precisas, pero la comunicación interpersonal es social obligadamente.

4.3.- Codificación de los datos.

Según se fueron obteniendo los datos se les fue dando una categoría que atiende a la respuesta a la pregunta de investigación:

Excelente comunicación: Habla tzotzil el médico, buen apoyo de intérpretes auxiliares. Expediente congruente con diagnóstico y tratamiento registrados.

Aceptable comunicación: Buen apoyo de intérpretes auxiliares y expediente con diagnóstico y tratamiento registrados.

Falla en la comunicación. No habla el médico el idioma, no hay intérprete. El diagnóstico es aproximado y se enuncia como sintomático en el expediente y se da solamente tratamiento medicamentoso.

En el registro de datos generales para saber si se entiende el idioma mayance, si se tiene la afluencia de pacientes monolingües, cómo hace el médico el diagnóstico con el fin de saber si hay condiciones para dar la necesaria educación para la salud o considera al diagnóstico solo etiqueta sensible, se tiene lo siguiente.

Solamente 9 entre los médicos del Seguro Popular y los pasantes de medicina habla o entiende una lengua indígena chiapaneca. El 75% de participantes no, por lo tanto requerirían intérprete o, si lo obvian harían un diagnóstico por sospecha sin comprobar y darían el tratamiento sin incluir la educación para la salud que es verbal quedando las intenciones teóricas sin práctica. (Ver tabla 1)

Se señala que hay por lo menos 5 pacientes monolingües, que asisten a consulta a la semana, esto es el 94% entre el casi siempre y el siempre. Es una alta proporción y una necesidad comunicativa en su idioma claramente señalada. (Ver tabla 2)

Es claro que se vislumbra al diagnóstico clínico como un problema para ser corregido y en esa línea se actuaría al atender a una persona que se pone en manos del profesional de la salud, la rara excepción lo considera sólo como etiqueta para ser registrado. (Ver tabla 3)

Con su pequeña excepción, el número alto de médicos que hacen un diagnóstico empleando el método clínico para elaborarlo, señala que al menos en teoría, consideran que así debe ser aunque en el resto de las preguntas se sepa si es congruente la manera de pensar con la manera de actuar. (Ver tabla 4)

4.3.1.- ¿Cómo elabora su diagnóstico para tratamiento a pesar de las circunstancias?

1.- **Cuando atiende a un paciente de habla indígena ¿emplea un intérprete?** Quienes hacen su diagnóstico por todo el apoyo para hacerlo el 66.4% emplea intérprete para atender al paciente monolingüe. (Ver tabla 5)

2.- **Cuando atiende a un paciente de habla indígena, ¿Tiene a la mano a un intérprete?** Quienes basan su diagnóstico en la exploración minuciosa no tienen intérprete. Quienes emplean el método clínico para el diagnóstico sí tienen intérprete en el 66.6% de casos. (Ver tabla 6)

3.- **Si atiende a un paciente de habla indígena y no tiene intérprete, ¿Le da tratamiento para algo?** Quienes emplean solamente la exploración minuciosa para diagnóstico y no tienen intérprete, prácticamente no dan tratamiento. Y el 47.2% de los que hacen el diagnóstico con todo lo necesario y no tienen intérprete sí dan tratamiento, pero entonces se duda que el diagnóstico esté completo y el tratamiento incluya educación para no enfermar. (Ver tabla 7)

4.- **Cuando atiende a un paciente de habla indígena, no tiene intérprete y le da tratamiento para algo, ¿Registra los datos en un expediente?** Quienes usan el método clínico para el diagnóstico, dan tratamiento y el 75% elabora expediente. Nuevamente puede deducirse que no tendrán un diagnóstico completo y el tratamiento será limitado. Sin embargo, porque es norma institucional, lleva un expediente. (Ver tabla 8)

5.- **¿Considera suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a un paciente de habla indígena?** El 44.5% de los médicos que utilizan el método clínico para el diagnóstico señalan que es suficiente el apoyo ocasional del intérprete al atender al paciente monolingüe. Entonces ¿cómo se hará la semiología de signos y síntomas si se requiere la comunicación verbal? (Ver tabla 9)

6.- **¿Incluye usted en su tratamiento la educación para evitar las recidivas del padecimiento del paciente de habla indígena que atendió?** El 86.1% de los médicos que utilizan el método clínico para hacer el diagnóstico también dan educación para evitar recidivas del padecimiento. Tal vez consideren esta educación los carteles del consultorio o la prevención

inmunológica, pero con las limitaciones verbales, es posible que solo se tenga en mente que se debe dar esa educación. (Ver tabla 10)

7.- ¿Da usted educación para la salud al familiar que “entienda” el caso del paciente de habla indígena que atendió? El 69.5% de médicos que emplean todo lo necesario para el diagnóstico también le dan educación para la salud al familiar que atienden. Solamente que el familiar sea bilingüe o que haya un intérprete, de otra forma, cuando se dice que el intérprete no es necesario, pues se duda de la comunicación verbal efectiva, ya de por sí compleja por las connotaciones en el mensaje. (Lo que el médico quiere dar a entender y lo que el paciente y familiar entienden) (Ver tabla 11)

8.- ¿Evita darle atención a un paciente de habla indígena cuando no tiene intérprete? El 83.3% de médicos que emplea el método clínico para el diagnóstico no le niega atención al paciente monolingüe, a pesar de que no haya intérprete. Esa es una política pública en el sector salud, la atención para todos, la cobertura universal, pero no la evaluación de cuándo se tendrá éxito en el tratamiento y cuándo estará limitado a síntomas. (Ver tabla 12)

9.- ¿Considera usted que debería incluirse en el Plan de estudios de la carrera el conocimiento básico de una lengua indígena chiapaneca? El 61.1% de médicos que emplean el método clínico para hacer el diagnóstico señalan que sí debe incluirse lo básico de una lengua mayance en el plan de estudios de medicina. (Ver tabla 13)

Comentario.

El diagnóstico clínico es un procedimiento complejo para elaborar, requiere de: “habitus exterior”, interrogatorio con semiología de cada signo y síntoma colectado, exploración física sistemática y a veces el apoyo paraclínico necesario. Esto es un ideal de trabajo y es lo que se llama método clínico del diagnóstico para el tratamiento.

Los médicos que responden a éste ideal de diagnóstico clínico, emplean a un intérprete cuando atienden a un paciente monolingüe y corresponde esa frecuencia al 66.4% de los participantes en la encuesta. Estos médicos tienen en el 66.6% de los casos a la mano un intérprete de lengua mayance.

Quienes hacen el diagnóstico con todo el procedimiento referido y no tienen intérprete, sí dan tratamiento en 47.2% de encuestados, además el 75% registra su caso en un expediente. En cambio los que hacen diagnóstico solamente por la exploración física y no tienen intérprete, no dan tratamiento.

Menos de la mitad de médicos que hacen un diagnóstico con procedimiento completo señalan que no es suficiente el apoyo ocasional de un intérprete al atender a pacientes monolingües, es el 44.5%

Además de la limitación comunicativa, el 86.1% de médicos que hacen el diagnóstico empleando el método clínico completo, dan educación al paciente para que no recidive el padecimiento; el 69.5% de estos médicos dan educación para la salud al familiar que entiende lo que se le dice y acompaña al paciente monolingüe.

El 83.3% de médicos que emplean el método clínico y no tienen intérprete al atender a un paciente monolingüe, no le niegan la atención, tal vez **obviando la semiología y la educación para la salud y apoyándose más en el “habitus exterior”, la exploración física y el laboratorio**, pero la calidad se centra en la precisión del diagnóstico en ese medio que es clínico en un elevado porcentaje y la educación para la salud en el plan terapéutico.

Al 61.1% de estos médicos clínicos señala que sí debería incluirse en el currículum de la carrera de medicina, el conocimiento básico de una lengua mayance por la frecuencia de atención en zonas de etnia monolingüe.

Conclusión:

Por lo tanto, el Buen procedimiento diagnóstico, la presencia suficiente de apoyo en la interpretación lingüística, dar educación para la salud y registrar en un expediente el caso, más la sugerencia de incluir bases de lenguas mayances en el currículum de la carrera de medicina, indica una aceptable comunicación según los resultados obtenidos.

Al continuar el análisis se pretende conocer si de verdad se emplea la comunicación aceptable médico/paciente al hacer la semiología.

4.3.2.- La sintomatología ¿requiere semiología?

Es la pregunta obligada para saber que se emplea la comunicación verbal al elaborar el diagnóstico. Por lo que es necesario saber qué hace el médico en las diferentes circunstancias cuando este pensamiento sobre la semiología es fijo.

Todo buen médico humanista, y se verá esto en el capítulo V, hace una aclaración/precisión de cada signo y síntoma que integra el padecimiento actual del paciente que consulta, a eso se le llama semiología. Es un procedimiento indispensable y se requiere de la comunicación verbal directa con el paciente o indirecta con los familiares cercanos, como en el caso de un niño y aquí, con un paciente de habla mayance frente a un médico que no entiende ese código lingüístico.

El siguiente análisis señalará si los médicos encuestados pueden resolver el problema del diagnóstico si tiene la comunicación verbal limitada, le quedan “el habitus exterior” de la historia clínica, la exploración física minuciosa y los estudios paraclínicos si los tiene en el área y los requiere el paciente. Se vuelven a utilizar las circunstancias en el primer enunciado del análisis.

10.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, ¿emplea un intérprete? El 86.1% de los médicos que dicen que se requiere hacer semiología al síntoma y signo son quienes utilizan intérprete. Ese

porcentaje es congruente con lo señalado en el comentario previo de necesitar comprender el mensaje verbal. (Ver tabla 14)

11.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, ¿Tiene a la mano a un intérprete? El 36.1% de los médicos tienen a la mano un intérprete y 30.6% dicen que se requiere hacer semiología a la sintomatología. (Ver tabla 15)

12.- Si atiende a un paciente de habla indígena y no tiene intérprete, ¿Le da tratamiento para algo? El 50% de médicos que dice es necesario hacer semiología a signos y síntomas dan algún tratamiento al paciente monolingüe aunque no tengan intérprete. Eso será un tratamiento limitado y de inercia, ya que si asistió el paciente a la consulta, “algo” hay que darle. (Ver tabla 16)

13.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, no tiene intérprete y le da tratamiento para algo, ¿Registra los datos en un expediente? El 66.7% de los médicos que consideran la semiología de signos y síntomas y dan tratamiento al paciente monolingüe sin el apoyo de intérprete, hace un expediente. Es una obligación hacer expediente, el asunto es el contenido de la nota y el seguimiento del padecimiento. (Ver tabla 17)

14.- ¿Considera suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a un paciente de habla indígena? El 43.7% de médicos que consideran útil la semiología, dicen que es suficiente el apoyo ocasional del intérprete para atender a pacientes monolingües y el 30.6% dice que no es suficiente. Hay una incongruencia pues la semiología sin intérprete y sin que el médico hable la lengua del paciente, no será tal semiología. (Ver tabla 18)

15.- ¿Incluye usted en su tratamiento la educación para evitar las recidivas del padecimiento del paciente de habla indígena que atendió? El 79.5% de médicos que consideran la semiología dan con su

tratamiento educación para la salud para evitar recidivas del padecimiento. Nuevamente habría que considerar si los carteles son suficientes o da la educación aunque no lo entiendan. (Ver tabla 19)

16.- **¿Da usted educación para la salud al familiar que “entienda” el caso del paciente de habla indígena que atendió?** El 68.5% de médicos que consideran la semiología dan educación para la salud al familiar que entiende el caso del paciente consultado. (Ver tabla 20)

17.- **¿Evita darle atención a un paciente de habla indígena cuando no tiene intérprete?** El 78% de los médicos que considera la semiología no niegan atención al paciente monolingüe si no hay intérprete. (Ver tabla 21)

18.- **¿Considera usted que debería incluirse en el Plan de estudios de la carrera el conocimiento básico de una lengua indígena chiapaneca?** El 57.2% de médicos que consideran la semiología dicen que sí debe incluirse en el plan de estudios las bases de una lengua indígena chiapaneca. (Veer tabla 22)

Comentario.

El 86.1% de los médicos que dicen que se requiere hacer semiología al síntoma y signo son quienes utilizan intérprete. Es una respuesta coherente puesto que tiene un apoyo en el acompañante del paciente o el acompañante en su servicio.

El 36.1% de los médicos tienen a la mano un intérprete y 30.6% dicen que se requiere hacer semiología a la sintomatología. Cuando arriba se dice que utilizan un intérprete, en esta pregunta la realidad dice que sólo 36.1% lo tiene. La comunicación puede ser útil para ese porcentaje pareado, pero no es suficiente para toda la investigación.

El 50% de médicos que dice es necesario hacer semiología a signos y síntomas dan algún tratamiento al paciente monolingüe. Esto indica que al discriminar bien el diagnóstico pueden quedar en educación para la

salud, no en semiología y el médico no considera esto un tratamiento aunque sí lo sea.

El 66.7% de los médicos que consideran la semiología de signos y síntomas y dan tratamiento al paciente monolingüe sin el apoyo de intérprete, hace un expediente. Esto se debe a que el trabajo diario se registra por productividad, sea o no de calidad, rutinaria y no suficientemente elaborada.

El 43.7% de médicos que consideran útil la semiología, dicen que es suficiente el apoyo ocasional del intérprete para atender a pacientes monolingües y el 30.6% dice que no es suficiente. Llama la atención el conformismo del 43.7% de quienes dicen que es suficiente el apoyo comunicacional para el diagnóstico y en particular sabiendo que la semiología requiere de la comunicación verbal.

El 79.5% de médicos que consideran la semiología dan con su tratamiento educación para la salud para evitar recidivas del padecimiento. Eso es coherente con el plan terapéutico e implica que se comunican bien con ayuda.

El 78% de los médicos que considera la semiología no niegan atención al paciente monolingüe si no hay intérprete. Estamos en lo dicho, emplean las otras estrategias de integración diagnóstica, pero no hacen la semiología aunque sepan que es necesaria.

El 57.2% de médicos que consideran la semiología dicen que sí debe incluirse en el plan de estudios las bases de una lengua indígena chiapaneca. Este porcentaje está por arriba de la mitad de encuestados y coherente con el análisis anterior sobre la integración diagnóstica.

Conclusión.

La semiología es importante dentro de la visión profesional del médico, sin embargo da la impresión que no la usan aunque la acepten como importante, todo ello basado en el porcentaje de respuestas, por

ejemplo, se da tratamiento aunque no tengan intérprete. Esta es una falsa positiva y deberá valorarse como falla en la comunicación en la mayoría de los casos. Se deduce el tratamiento sintomático y no el indicado completo: profiláctico, higiénico (educación para la salud), dietético, medicamentoso, etc.

Si el diagnóstico clínico para un médico es un requisito del expediente para justificar la salida de medicamentos y material empleado, entonces es una ficha para anotar, pero si es tan serio como la visión de un problema que requiere solución (97.1%), entonces se requiere de todas las habilidades del médico frente al paciente monolingüe. (Ver tabla 3)

4.3.3.- ¿Qué es el diagnóstico clínico? Y las consecuencias del concepto.

Bien puede ser que en la práctica solamente sea una etiqueta sensible aunque se piense que es todo un problema para ser corregido.

19.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena ¿emplea un intérprete? Los médicos que emplean intérprete al atender a paciente monolingüe consideran al diagnóstico clínico como un problema para ser resuelto en 61.1% de los que opinan. (Ver tabla 23)

20.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, ¿Tiene a la mano a un intérprete? El 41.8% de los médicos que consideran el diagnóstico como un problema para ser atendido dicen no tener a la mano un intérprete que les ayude en la atención del paciente monolingüe. El 27.8% dice que si lo tiene. (Ver tabla 24)

21.- Si atiende a un paciente de habla indígena y no tiene intérprete, ¿Le da tratamiento para algo? Los médicos que consideran que el diagnóstico es un problema para ser resuelto dan tratamiento 47.2 % aunque no tengan un intérprete y el 30.7% no lo dan. (Ver tabla 25)

22.- **Cuando atiende a un paciente de habla indígena, no tiene intérprete y le da tratamiento para algo, ¿Registra los datos en un expediente?** De los médicos que consideran al diagnóstico clínico como un problema para ser corregido, no tienen intérprete y dan tratamiento, el 77.8% hace un expediente. (Ver tabla 26)

23.- **¿Considera suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a un paciente de habla indígena?** El 44.5% de quienes consideran al diagnóstico como un problema para ser corregido dicen que es suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a paciente monolingüe. (Ver tabla 27)

24.- **¿Incluye usted en su tratamiento la educación para evitar las recidivas del padecimiento del paciente de habla indígena que atendió?** El 83.3% de médicos que considera al diagnóstico como un problema a ser corregido incluyen en su tratamiento educación para evitar recidivas en el padecimiento. (Ver tabla 28)

25.- **¿Da usted educación para la salud al familiar que entienda el caso del paciente de habla indígena que atendió?** El 72.2% de los médicos que consideran al diagnóstico como un problema a resolver dan educación para la salud al familiar que entiende el caso del paciente monolingüe. (Ver tabla 29)

26.- **¿Evita darle atención a un paciente de habla indígena cuando no tiene intérprete?** El 80.6% de los médicos que considera al diagnóstico como un problema para corregirse dan atención al paciente monolingüe aunque no tengan intérprete. (Ver tabla 30)

27.- **¿Considera usted que debería incluirse en el Plan de estudios de la carrera el conocimiento básico de una lengua indígena chiapaneca?** El 61% de los médicos que consideran al diagnóstico como un problema para ser corregido señalan que sí debe incluirse en el plan de estudios la base de una lengua mayance. (Ver tabla 31)

Comentario

El diagnóstico clínico representa un problema por resolver, es una hipótesis definida, sobre su estructura es que se planea el tratamiento, quien lo vea como una ficha a reportar en una hoja de servicio es un burócrata de la medicina. El verdadero médico se esfuerza por tener claro el problema y después desplegar su plan terapéutico sobre cada faceta del problema, por ejemplo en la profilaxis la limitación del daño, sobre la higiene educar para incidir sobre la fisiopatología y la etiología que no deben repetirse, la dieta tiene mucho que ver en la evolución del padecimiento y sostener la energía del enfermo, los medicamentos generalmente son paliativos a no ser que se receten antimicrobianos bactericidas. Etc.

Los médicos que emplean intérprete al atender a paciente monolingüe consideran al diagnóstico clínico como un problema para ser resuelto en 61.1% de los que opinan. El porcentaje debería ser mayor, pero ese porcentaje se registra.

El 41.8% de los médicos que consideran el diagnóstico como un problema para ser atendido dicen no tener a la mano un intérprete que les ayude en la atención del paciente monolingüe. El 27.8% dice que si lo tiene. Se ha dicho ya que no tener auxiliares para la comunicación no verbal es una falla en la comunicación médico/paciente y, como se trata de indígenas, parece ser que no se hace nada por mejorar esa atención al favorecer la comunicación con el código pertinente. La consciencia de que es importante el diagnóstico ahí está.

Los médicos que consideran que el diagnóstico es un problema para ser resuelto dan tratamiento 47.2 % aunque no tengan un intérprete y el 30.7% no lo dan. ¿Cómo puede abarcarse un plan terapéutico de calidad si se da tratamiento para lo que se entiende o se da por entendido del proceso morboso del paciente monolingüe?

De los médicos que consideran al diagnóstico clínico como un problema para ser corregido, no tienen intérprete y dan tratamiento, el 77.8% hace un expediente. Puede verse el cumplimiento *eficiente* del médico, cumple con lo establecido por la institución, pero no lo hace en el manejo de calidad en este tipo de pacientes.

El 44.5% de quienes consideran al diagnóstico como un problema para ser corregido dicen que es suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a paciente monolingüe. Ese porcentaje indica que no hay consciencia de la verdadera importancia del diagnóstico, de aclarar a qué problema se enfrentan. Puede sentirse una displicencia o una inercia en la atención y cumplir con la jornada.

El 83.3% de médicos que considera al diagnóstico como un problema a ser corregido incluyen en su tratamiento educación para evitar recidivas en el padecimiento. Esa es una falacia sabiendo que se conforman con un apoyo ocasional del intérprete para la comunicación verbal. Está en su mente que deben dar educación para la salud o consideran esto si la dan en grupo a los pacientes que esperan en la sala y que son bilingües o hablan español. Habría que comprobarlo.

El 72.2% de los médicos que consideran al diagnóstico como un problema a resolver dan educación para la salud al familiar que entiende el caso del paciente monolingüe. Esto es posible porque ese familiar sí habla español, si lo entiende y es posible una educación indirecta.

El 80.6% de los médicos que considera al diagnóstico como un problema para corregirse dan atención al paciente monolingüe aunque no tengan intérprete. Es decir, su diagnóstico se hará de “algún modo” pero sin semiología y el tratamiento sin educación para la salud. Es trabajo eficiente o cumplidor de objetivos institucionales no de calidad en la atención de un paciente que, siendo persona lo merece.

El 61% de los médicos que consideran al diagnóstico como un problema para ser corregido señalan que sí debe incluirse en el plan de estudios la base de una lengua mayance. Al menos ahora si se dan cuenta de que se requiere un conocimiento de lengua mayance mientras se forma o previo al ingreso a su área laboral con indígenas monolingües.

Conclusión.

En la mayor parte de las respuestas a los ítems de la escala Likert autoaplicada, los que contestaron manifiestan una visión teórica pero se preocupan poco por la atención sobre un diagnóstico bien planteado y una terapéutica completa, en particular preventiva y educativa donde se requiere de la comunicación verbal, lo que obliga a tener un intérprete o bien conocer la lengua del paciente monolingüe.

En el protocolo de investigación se propuso investigar lo que indica la pregunta de investigación o el resultado sería una atención de calidad. Esa pregunta fue: ¿Es posible que se hagan diagnósticos superficiales en pacientes de lengua mayance por los pasantes que no tienen el código lingüístico para asegurar su análisis de datos para integrar el diagnóstico y por lo tanto no se de educación para la salud?

4.3.4.- La respuesta a la pregunta de investigación.

La proposición verdadera y por lo tanto la hipótesis es la siguiente: Los médicos encuestados, pasantes en servicio social y médicos del Seguro Popular hacen diagnósticos superficiales en pacientes monolingües de lengua mayance porque no tienen el código lingüístico para asegurar el análisis de datos para integrar el diagnóstico y por lo tanto no dan educación para la salud aunque expresen que sí lo hacen.

La respuesta a la pregunta de investigación ahora queda como una hipótesis nula y para iniciar otra investigación en la misma línea se verá como TESIS que será acompañada de la teoría respectiva.

Así pues conviene que el pasante en servicio social y el médico que sirva a las comunidades de lengua mayance, conozcan el código lingüístico de la etnia para desempeñar su trabajo científico ético y antropológico con los pacientes, incluido el estudio básico de la lengua en el plan de estudios o en un curso introductorio a la contratación del titulado, costumbres, región, políticas públicas, etc.

De esta manera se procede a analizar las virtudes de un médico que busca la calidad del desempeño de su profesión.

CAPÍTULO V.

ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN A PACIENTES MARGINADOS POR TENER OTRA CULTURA.

Una vez que se han conseguido los datos que contestan la pregunta de investigación y queda como tesis de este trabajo que los médicos encuestados, pasantes en servicio social y médicos del Seguro Popular hacen diagnósticos superficiales en pacientes monolingües de lengua mayance, porque no tienen el código lingüístico para asegurar el análisis de datos con el fin de integrar el diagnóstico y por lo tanto no dan educación para la salud, aunque expresen que sí lo hacen. Por lo tanto ahora promovemos algunas reflexiones sobre la comunicación más frecuente, la no verbal y la visión antropológica sobre la importancia de la relación médico paciente monolingüe en donde se requiere la comunicación verbal sugiriendo posibilidades de un aprendizaje básico de lengua mayance.

5.1.- Comunicación interpersonal

El profesional de la salud se relaciona a cada momento con personas que le devuelven respuestas evocando en común un significado (Saussure, F. 1990) que parte de un referente concreto o abstracto, una muela o un dolor pueden ser el motivo de consulta.

El significado es parte del signo lingüístico junto al significante que no es otra cosa que aquello a que se refiere una palabra y la imagen con la que se representa, generalmente es acústica. El signo es la palabra o el símbolo y es aquello que cada ser se representa mentalmente cuando escucha o percibe un significante.

El significante puede recibirse por cualquiera de los sentidos para evocar lo que se llama concepto. Recibo olor a canela y evoco una raja de canela o canela en polvo. Oigo “moneda” y evoco dinero en forma redonda.

Entonces, el significante puede ser una palabra, un gesto, un sabor, un olor, algo de superficie suave o áspera.

Los seres para comunicarse necesitan haber tenido experiencias semejantes que puedan evocarse en común, pero entre una cultura y otra existen vados o barreras para sortearlos se necesitan significantes comunes. Cuando dos personas están juntas y oyen cantar a un gallo, los dos pueden evocar la imagen del gallo de forma auditiva y tal vez visual si es que ven al gallo cantar, aunque una de ellas hable en tzotzil o tacaneco y la otra hable alemán.

Se requieren experiencias comunes y, cuanto más abundantes sean en datos, más y mejor se puede establecer la comunicación como referente. Llama la atención que aunque nunca hayan compartido algo dos personas, la comunicación se produzca en el mundo y se pueda evocar un fenómeno en común (Polaino-Llorente, A. 2003). Cuando se comparte la misma lengua la codificación de la realidad es del mismo tipo, aunque la lengua tenga sus propios matices al usarse, con ese idioma es fácil evocar algo en común.

5.2.- La comunicación no verbal.

Cuando en una relación inevitable, como la prestación de un servicio entre dos personas con distinta formación, el código no es el mismo para comunicarse, o se conoce con deficiencia por alguno de los participantes y, es posible que también intervenga un intérprete para resolver la identificación de los referentes del mensaje, entonces la inteligencia busca solución en la comunicación no verbal. Es común que un paciente indígena asista a consulta y sus signos sean visibles, con lo que parece suficiente darle tratamiento por ellos, o bien apoyados en la epidemiología por la región, el conocimiento de insalubridad y la época del año en que se atiende, puede ser que se le de tratamiento complementario, pero eso es “salir del paso” ya que es necesaria la precisión de datos.

Conviene conocer todo aquello que nos proporciona la comunicación no verbal, porque en apariencia lo que nos ofrece es suficiente y muy objetivo haciendo alusión al proverbio “Una imagen hace mil palabras”, sin embargo lo que se transmite está codificado por la cultura y debe descodificarse conociendo esa cultura y a la persona como ser digno de ser atendido con calidad.

Veamos este segmento del proceso con más detalle. (Islas, Octavio. 2006)

En primer lugar, el emisor debe tener unos objetivos definidos con claridad, y a partir de ellos, codificar las ideas, sentimientos o pensamientos que quiera transmitir, adaptándolos al código que se haya previsto utilizar, habitualmente el lenguaje, para poder transmitir el mensaje y junto a él, el gesto o solamente el gesto como expresión.

En el momento de codificar el mensaje, se activan los filtros defensivos, o incluso antes, cuando el emisor se plantea los objetivos de la comunicación porque desea que su mensaje sea importante y lo escuche el médico, en este caso del que tratamos, el indígena quiere entregar objetivamente el mensaje para que le resuelvan su problema, un filtro es hablar con un desconocido que no se parece a sus congéneres.

Para la transmisión de las dolencias que se padecen, la persona emplea el canal que considera más adecuado, por eso lleva consigo a alguien más, siempre se presenta el paciente indígena con alguien más para recibir entre todos el mensaje de respuesta, por eso prepara antes el tipo de código que lo puede poner en común con el receptor. Así toda su persona es expresiva.

A partir de las respuestas que el receptor devuelve al emisor, se comprueba si se está utilizando el código adecuado y se guarda una experiencia para repetirla o para superar sus desventajas. Una vez que se transmite el mensaje, van a entrar en escena los “ruidos”, que no son

sonidos sino distractores que dificultan que el mensaje llegue al receptor en las mejores condiciones, puede ser la responsabilidad de atender y la impotencia para hacerlo, la presencia de los acompañantes y la posibilidad de supervisión al trabajo.

La recepción supone la llegada del mensaje al receptor, y en ella las dificultades provocadas por los ruidos. En este momento entran en acción los filtros, así como todos los problemas con relación al conocimiento y el uso adecuado del código.

Cuando se recibe el mensaje se pone en marcha lo que denominamos “intención”, que se refiere a la pregunta que se hace el receptor sobre el significado real del mensaje, a partir de la utilización de todos los elementos y componentes que hemos visto que intervienen en este proceso de comunicación. Esta intención sería el equivalente a los objetivos del emisor.

En este momento, el mensaje original o los objetivos que con él pretendía el emisor transmitir, estará distorsionado o, al menos, reducido y sesgado, respecto al percibido por el receptor.

El último paso del proceso es la utilización de la respuesta retro/alimentadora, con lo que el receptor se asegura que el contenido del mensaje que le llega es el que el emisor pretendía transmitir

El habla es el componente por excelencia de la comunicación, y el que tradicionalmente ha recibido más atención pero, los elementos verbales más importantes además del contenido son: el humor, la atención personal, las preguntas y las respuestas a preguntas

5.2.1.- Comunicación no verbal gestual

Para Galindo, J. la cara puede producir más de doscientas cincuenta mil expresiones distintas (Galindo, Jesús. 2008) y el 65% del significado social de las comunicaciones “cara a cara” se encuentra en los mensajes no verbales. El autor referido ha concluido que el 93% del significado general

puede atribuirse a los mensajes no verbales faciales y sonidos y le da a los significados verbales el 7% de la relación cara a cara. Luego entonces la comunicación de frente es importante ya que son vitales para el proceso de comunicación los mensajes no verbales. Un indígena rara vez se comunicará por teléfono con el médico del Seguro Popular o el pasante del servicio social de medicina y menos frecuente lo hará por escrito.

Ahora puede analizarse la comunicación no verbal:

- 1.- Definirla
- 2.- Describir las funciones clave de las comunicaciones no verbales
- 3.- Presentar el sistema utilizado en este apartado para analizar la conducta no verbal.
- 4.-Definir, describir e ilustrar los indicios no verbales producidos por la conducta física y por la apariencia del cuerpo humano
- 5.- Definir, describir e ilustrar los indicios no verbales producidos por la voz humana
- 6.- Definir, describir e ilustrar los indicios no verbales producidos por el ambiente donde se conversa.

5.2.2.- Otros datos de la comunicación no verbal.

Se trata de mensajes sin palabras, son mensajes silenciosos, se refiere a todos los indicios que no son palabras. Se dice que es hablar sin palabras indicios que no son parte del lenguaje oral pero que son transmitidos por personas y por el medio ambiente en las situaciones de comunicación. La comunicación no verbal tiene que ver con todo estímulo que afecta al ser humano en la intención de comunicarse. La comunicación no verbal consiste en situaciones en las que las palabras no se escriben ni se dicen. Un paciente lleva consigo múltiples signos de comunicación que el médico puede “leer” si tiene un sentido de la atención al doliente.

La comunicación es el flujo de mensajes pero la comunicación no verbal es también un flujo de mensajes no intencionales sino que surgen de la personalidad de los hablantes. Todo el circuito del habla afecta a las personas a través de los componentes del propio circuito como el canal, el ambiente, el código, el mensaje, etc.

La personalidad comunicativa se manifiesta en los movimientos del cuerpo dentro de un área convencional, reconoce en los espectadores las jerarquías según quien habla primero y en que tono, además qué se intenta decir en un segundo plano.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

El cuerpo: Apariencia y movimientos Por ejemplo al recibir al paciente e interrogarlo. Si usa bata, gafete, muestra el estetoscopio, la lámpara, el lapicero, etc., si se acerca a abrir la puerta y si le da la mano al paciente y acompañantes.	La cara: los ojos (¿miran a la cara al paciente?), los labios (Expresan afecto o desdén), las cejas (se mantienen horizontales o expresan sorpresa o enojo). La postura de la cabeza. La forma de mover la cabeza, al hablar o al explorar. Los gestos faciales. Informan o alarman. Los contactos visuales. La vestimenta, los perfumes.
La voz: Sus modulaciones expresan: mando, interrogación o respuesta cordial Durante la colección de datos clínicos: Por lo común son imperativos aunque cordiales y sencillos y no mandatos de autoritarismo.	El volumen o intensidad del sonido. Indican desesperación, acentuación de algo importante, amabilidad. El tono en cada emisión de voz El ritmo al hilar el discurso. Deletrea o fluye. Las pausas. Por trabajo exploratorio o corregir postura y ánimo. La velocidad para hablar.
El medio ambiente: Físico y social. Es el consultorio, la clínica, el personal junto al médico o pasante, representan intimidad para la consulta o inhiben la expresión. Por ejemplo en el consultorio: No saber si sentarse en la silla que tiene expedientes o en el suelo.	La compañía y sus expresiones congruentes. Las respuestas verbales de los asistentes. La distribución de muebles en el ambiente El tiempo en que se atiende. Los objetos ambientales de cercanía y distantes.

La manifestación no verbal puede repetir con gestos, contradecir, sustituir, complementar, acentuar y regular el mensaje verbal. Por ejemplo

en la clase, el docente puede repetir con imágenes de diapositiva lo que ya dijo. Una palmada a un alumno tenso le indica que no se preocupe, que no es nada serio que no haya contestado bien a alguna pregunta. Los alumnos que mueven la cabeza afirmativamente le dan credibilidad y atención al ponente, la mirada atenta de todos los estudiantes le dan al docente una seguridad de ser escuchado y que su discurso es interesante, que aceptan su personalidad expresiva. (Barthes, R. 2005)

Todas las manifestaciones no verbales de aceptación van a darle un tiempo de duración a la clase o la consulta. Cuando se cumple un horario sin sensibilidad comunicativa, se trata de escuchar la participación de los pacientes pero si se mira insistentemente al reloj se está dando a entender que el tiempo de escucha se alarga de manera inconveniente. El médico muestra en sus gestos una personalidad dominante pero que reprime socialmente ante los pacientes.

Cuando cualquier conducta no verbal contradice a la conducta verbal, la primera determinará el impacto total del mensaje. Los contactos físicos, las posiciones corporales con la inclinación el cuerpo, la distancia de cercanía o lejanía, el contacto visual, etc., los gestos, las expresiones de las manos y las inflexiones de la voz pueden pesar más que las palabras haciendo aflorar la personalidad verdadera del interlocutor que porta el mensaje. (Trubetzkoy, Nicolai. 1992)

Cuando la información comunicada por medio de canales no verbales contradice a la información comunicada por medio de canales verbales, parece que la información comunicada de manera no verbal predomina en la interpretación que haga la persona que aprecia las dos informaciones. (Barthes, Roland 1996). Las acciones tienen más fuerza que las palabras.

Todo médico y pasante debe recordar que por regla general, la comunicación verbal transmite el contenido básico en las situaciones de

comunicación, mientras que la comunicación no verbal transmite emociones, sentimientos, gustos, significados personales y preferencias. (Miralles, Ana María 2001).

La función primaria de la comunicación no verbal es la de proporcionar indicios de posibles relaciones. Sostiene que la comunicación no verbal define a las personas que se están comunicando y las relaciones existentes entre ellas. Se nota a primera vista quien es el médico, quien el paciente, quienes los asistentes y los acompañantes.

La comunicación no verbal es la responsable de la comunicación de sentimientos y actitudes que son la esencia de la mayoría de las relaciones interpersonales, relaciones que son comunes dentro de una institución de salud para que todo el trabajo marche bien. Cuando hay imposición autoritaria sin mirar lo que conviene en las relaciones interpersonales en un jefe de servicio, los subalternos despliegan una riqueza de comunicación no verbal que califica su actuación y su personalidad y la personalidad de los subalternos, algunos sumisos, otros indiferentes y otros combativos si pueden serlo. (Auroux, Shylvain 1998)

La comunicación no verbal se da siempre en la comunicación “cara a cara”. Interviene el contexto donde se da la comunicación y que cada personalidad parlante interprete a su modo lo que se intenta comunicar en el mensaje total por ejemplo: Al pasar la visita el jefe de servicio y sus residentes se escucha que uno de los subalternos le dice al jefe “La paciente de la cama 25 no tiene solución” y al avanzar un poco se oye un llanto lastimero de la paciente de la cama 25. Cuando se le pregunta por qué sufre dice “me voy a morir”, el jefe le dice que qué siente y ella contesta “nada pero el doctor éste dijo que no tengo remedio”, el residente dice: “maestro, yo dije que no tiene solución endovenosa”.

5.2.3.- Forma del cuerpo y apariencia.

El deseo imperioso de cada persona es ser aceptada siempre, por todos y particularmente por la persona amada, de manera que se gastan millones de dólares en desodorantes del cuerpo y del aliento. Se gasta mucho dinero en productos de acicalamiento para presentarse en público. Las mujeres y los hombres jóvenes acondicionan su pelo, lo cortan, lo tiñen, se lo atan o lo sueltan para que flote, etc. La ropa interior y exterior es objeto de una industria próspera porque interesa a muchos. Se vive en un mundo preocupado por la belleza y la fortaleza del cuerpo.

Parece ser que la gente se convence que el atractivo físico refuerza la credibilidad de entrada de cada persona. Se sabe que muchas mujeres se sirven de su atractivo físico para manipular a sus profesores y así conseguir mejores notas o promoción de ciclo escolar o grado. Las mujeres más atractivas se sientan en las primeras filas, hablan más veces con el profesor después de terminada una sesión de clase e intentan verlo un mayor número de veces en su oficina.

Se consideran dimensiones no verbales la forma externa del cuerpo, la tendencia es lograr una figura esbelta, pero en algunas culturas se pretende una figura endomórfica, ahí entra la mercadotecnia del vestido y de la dietética. El color del pelo, la piel y el acicalamiento del pelo también son rasgos de expresión no verbal, en la actualidad los tatuajes, los maquillajes, las uñas y los adornos son parte de la expresión de las diferentes edades y los símbolos para relacionarse con especial intención.

En la facultad de medicina humana de la Universidad Autónoma de Chiapas se restringe a los alumnos el uso de pelo largo masculino y escotes y minifalda a las mujeres, no se permiten tatuajes y vestimenta que le quite “apariencia” social de profesional de la salud digno. Se obliga a que se use uniforme blanco y de preferencia corbata los hombres y bata las mujeres.

5.2.3.1.- El cuerpo y la comunicación.

A veces alguien se pregunta sobre las expresiones del rostro de su interlocutor, por qué su aspecto imperturbable, su mirada penetrante, por qué tiene cara dura, una sonrisa nerviosa, por qué le bailan los ojos.

Las expresiones faciales, gestos, posturas, contactos físicos, forma, etc., sirven como lenguaje corporal para comunicar sentimientos y actitudes, de manera que sirven para el mutuo entendimiento entre personas, (Van Dijk, T. 2007) con el fin de señalar el futuro de los vínculos interpersonales.

Cuando alguien se acerca a su interlocutor le muestra aprecio y lo contrario cuando se aleja, el mismo gesto se interpreta cuando el que habla se inclina hacia delante y no hacia atrás mientras está sentado, mirando de frente en lugar de desviar la mirada. Es posible que se demuestre afecto cuando hay contacto más tiempo por ejemplo evitando que el interlocutor se vaya.

Puede predecirse lo que sucederá con una pareja de relación íntima por los contactos físicos, las miradas cruzadas, la distancia que guardan mientras se sientan a la mesa, quien inicia una conversación y en que tono. Son actitudes que pueden medirse y predecir con exactitud razonable qué destino tendrán, seguirán su romance o se separan. (Gilligan, Stephen 2008)

Han podido identificarse cinco tipos de expresiones corporales: emblemas, ilustradores, reguladores, un desplegado de efectos y adaptadores:

Los *emblemas* hacen referencia a los gestos comunes que pueden sustituir a palabras reconocidas por la cultura, por ejemplo el agente de tránsito levanta la mano extendida hacia la fila de conductores y el de adelante se detiene, además con el cuerpo señala la dirección del tránsito

detenido. El juego de béisbol tiene múltiples señas reconocidas entre equipos.

Los *ilustradores* son complemento del lenguaje hablado: Un cirujano hace señas a la instrumentista pidiendo tijeras al tiempo que dice “corte” o cierra el puño extendido hacia la instrumentista al tiempo que solicita una pinza, también un docente que dice señalando al alumno, mientras dice “es momento de que opines”.

Los *reguladores* son artificios no verbales que regulan las interacciones verbales por ejemplo los gestos del médico mientras el paciente habla, afirmar moviendo la cabeza, arrugar la nariz o el entrecejo o bien el alumno que copia de un fajo de hojas que se reconoce no son del tema mientras el docente habla, eso indica que no le interesa lo que el interlocutor diga o haga (Díaz B. Frida. (2011))

Desplegado de efectos señalan el estado emocional, por ejemplo cuando camina por la calle y de frente viene una joven bonita y la mira uno por dos segundos y ella lo nota, arruga la frente o frunce los labios, indica enfado por ser vista por quien no le interesa en absoluto. Cuando alguien poco conocido pero supuestamente “autoridad” como el médico, dice algo que pertenece a la intimidad del interlocutor, causa rubor para señalar que se tiene pudor.

Los *adaptadores* son movimientos aprendidos en la infancia y que distraen al interlocutor insistente, por ejemplo rascarse la cabeza ante un problema que no interesa y se insiste en que se resuelva de inmediato sin gusto, pero sin negarse, secarse el sudor insistentemente, fumar a cada rato en la presencia inevitable de una persona conocida pero sin afecto alguno, por ejemplo en la terminal de autobuses esperando el mismo viaje. Cuando alguien es divertido pero no es afectivamente cercano se responde con una sonrisa silenciosa pero haciendo contacto visual cuando el evento interesa y con una sonrisa tímida cuando se siente uno entrometido. Se

toca la mandíbula, se toca las orejas o juega con el cabello al conversar sintiéndose inferior en rango o en conocimientos.

El movimiento conforma un lenguaje muy semejante al lenguaje escrito o hablado, su importancia es tal en el envío de mensajes que McGilbray, James y cols 2012, (McGilbray, J. (2012)) dicen que los movimientos corporales pueden observarse y ser registrados minuciosamente, los movimientos corporales del lenguaje son significativos solamente en el contexto de los participantes, los movimientos de los músculos de la órbita combinados con los de la mano son los indicadores más importantes del lenguaje del movimiento corporal y son característicos de una cultura.

La kinesis del cuerpo al comunicarse puede estudiarse en segmentos: Los movimientos de la cara, las posturas y los gestos en bloque, los contactos físicos y la forma general en que se presenta el cuerpo de los interlocutores.

5.2.3.2.- La cara.

La cara es el segmento corporal más expuesto a la expresión y la parte más rica en la expresión de emociones y sentimientos, pero también es uno de los más difíciles de estudiar por lo complejo y por la rapidez con la que suceden los gestos y porque se aprende a controlar los movimientos faciales en situaciones conscientes para ser controladas. No todo puede controlarse porque la cara expresa simultáneamente de varias formas las emociones.

Algunos investigadores han usado una técnica para identificar seis emociones (Ekman, 1971): felicidad, enfado, sorpresa, tristeza, repugnancia y miedo observando la frente, los ojos, el puente de la nariz y las mejillas, la nariz, la boca y la barbilla que conforman la parte inferior de la cara. Los siguientes son algunos de los hallazgos al aplicar la técnica:

1.- Las mejores señales de “felicidad” se encuentran en el área de la parte inferior de la cara y en el área de los ojos.

2.- Los ojos son los que mejor muestran la “tristeza”

3.- El área de los ojos y el área de la parte inferior de la cara indican claramente la “sorpresa”

4.- El “enfado” es fácilmente identificado en el área de la parte inferior de la cara y en el área de la frente.

5.- El área de la parte inferior de la cara facilita las mejores señales de la “repugnancia”

6.- El “miedo” se identifica claramente en el área de los ojos.

Los ojos dan una gran cantidad de datos sobre las emociones por ejemplo:

1.- En el contacto visual, cuando las personas buscan respuestas o comentarios con relación al grupo de personas.

2.- Cuando se desea indicar que los canales de comunicación están abiertos.

3.- Cuando quieren expresar su necesidad de afiliación, confidencialidad o inclusión en un asunto.

4.- Las mujeres hacen un mayor número de contactos visuales que los hombres.

5.- Los contactos visuales se incrementan a medida que aumenta la distancia entre personas que se están comunicando.

6.- Los contactos visuales se utilizan para producir ansiedad en otras personas, como la mirada penetrante que dice, “te conozco, no me engañas”

Pero también hay condiciones en las que se suele evitar los contactos visuales como estas:

1.- Cuando las personas quieren esconder algo relacionado con sus más íntimos sentimientos.

2.- En las situaciones competitivas, cuando se observa desagrado o tensión, o cuando se ha descubierto algún engaño.

3.- Cuando las dos partes están muy cerca físicamente.

4.- Cuando el interlocutor inicia una larga declaración, o cuando los oyentes suponen que la declaración será extensa y aburrida.

5.- Cuando un individuo desea evitar cualquier contacto social.

Las personas que provocan más contactos visuales son las que ostentan algún tipo de autoridad como los médicos con sus pacientes, los médicos con sus estudiantes y aquellos que establecen excesivos contactos visuales con sus dependientes se perciben como personas de alta posición (Van Dijk, Teun, A. 2008).

5.2.4.- Gestos y posturas corporales.

Desde pequeños se aprende a adquirir alguna postura corporal a veces con penalización por parte del educador, sin embargo estas posturas se aprenden en el contexto cultural propio y tienen su significado dentro de esa convivencia (Van Dijk, T. A. 2012)

Por ejemplo: Un estadounidense une el dedo índice y el pulgar para indicar que “todo está bien”, pero esto no les dice nada a los europeos, sin embargo para muchas culturas ese signo circular señala un signo de genitalidad femenina. El mismo gesto con significado sexual hecho para una joven indica una proposición íntima y si se hace con un hombre indica identificación de rasgos de homosexualidad. Así, la interpretación tiene variadas consecuencias.

Se puede preguntar a alguien cómo se sienta cuando está relajado y se reconocerá algún rasgo sobre dominancia en actitudes, el estatus social, las emociones, el enamoramiento y el entusiasmo. Las personas se

relajan más cuando se relacionan con personas de status social más bajo, se relajan menos con personas de igual estatus y casi no lo hacen ante personas de status superior. Los hombres se tensan frente a otro hombre que no les agrada pero se tensan menos con una mujer en iguales circunstancias de no agrado.

Caminar rápido con pasos largos indica la necesidad de evitar contactos en el trayecto del camino que se elige, caminar rápido con pasos cortos indica nerviosismo y temor a tropezar y sentirse torpe. La desconfianza hace caminar rápido mirando a todos a la cara y con el mecanismo de defensa mostrado con la cabeza levantada para denotar más altura y dominio, sin embargo muestra seguridad quien camina igual pero con pasos lentos y agregando un esbozo de sonrisa. Caminar regularmente con la cabeza agachada es muestra de cansancio, preocupación o ensimismamiento.

5.2.5.- Contactos físicos.

Desde la infancia y por toda la vida, todos necesitamos tocar y ser tocados, de manera que no hay desarrollo personal normal si no se es tocado, porque el ser humano es un ser sociable necesariamente. Los padres tocan a los niños en todas las circunstancias, sea al darles de comer, al vestirlos, peinarlos, asearlos, conducirlos por la calle, etc. Se gana peso y estatura así como habilidad motora si se es tocado por las figuras paterna/materna en la infancia. (Ferrer, U. 2002)

Tocar y ser tocado expresa todo aquello que el lenguaje no puede expresar en corto plazo. La alegría más intensa se prolonga en el tiempo y el espacio cuando se comparte con una caricia, un saludo de manos, una palmada en el hombro. Si amas a tu hijo muéstrale que tus palabras son sinceras abrazándolo o acariciando su cabeza.

Medio ambiente del diálogo y el desplazamiento corporal.

Es muy probable que la distribución de los muebles en una clínica sea producto de una organización de la institución, sin embargo el espacio que ocupa el médico puede estar modificado por él mismo como un sitio que se integra a su personalidad (James William) por ejemplo la silla, el desplazamiento por el territorio colocando los muebles: (sillas, chest long, etc.) de manera que pueda transitar libremente. El uso del lavabo y los instrumentos de exploración, el encendido de la luz, la movilización de la compañía del paciente y la enfermera controlada por el médico, etc., datos todos que hablan de la personalidad.

Se ha visto que las personas que gozan de un estatus social superior disponen de mayor territorio, protegen mejor su territorio e invaden el territorio de las personas de estatus inferiores, es semejante por ejemplo a la distribución de los espacios para pernoctar de los papiones en los árboles, el jefe tiene el lugar más alto y con más espacio y no permite cercanía de nadie más. (Witzany, G. 2009) Así, el director de la clínica tiene un cubículo para él solo, los trabajadores cubículos restringidos a las demás personas y los pacientes tienen una sala de espera, los pasillos y el patio para situarse en las bancas que más les plazca ocupar.

Los directivos pueden hablar con las personas de más bajo nivel organizacional de la institución, entrar a los demás cubículos cuando se necesite aunque tengan que pedir permiso, lo hacen dando por sentado que los recibirán los que están ahí, a la inversa no sucederá, las enfermeras formarán una barrera de tolerancia para ingresar al espacio de los directivos, así cuando se llega a una reunión, la persona de más importancia no puede evitar hacer una entrada que llama la atención y si lo hace otra persona es que siente que es también importante para hacer que los demás lo noten; la mayor parte de los asistentes a un evento o reunión, con una personalidad equilibrada hacen una entrada tranquila, mirando a su alrededor para ver si encuentra un lugar y acomodarse sin

molestar, en cambio la personalidad tímida o desconocida del medio social hace una entrada muy silenciosa, tratando de pasar desapercibido (Pinker, Steven . 2000)

Se reconocen las distancias que marca cada persona en su campo de dominio: la íntima, la personal, la social y la pública.

La distancia íntima va desde el contacto íntimo hasta 30 o 45 centímetros entre personas para bien o para mal, para proteger, para consolar, para el amor o para el pleito y la lucha, a esa distancia se puede tocar y oler a la persona. El problema es en ascensores y transportes colectivos como el metro de la ciudad de México, ahí la distancia íntima es intolerable y despierta agresiones o malhumor. El cuerpo reacciona tensando los músculos, desviando la mirada para no provocar agresión o intimidad indeseada, según el sexo diferente o la preferencia sexual, cuidando los bolsillos ocasionalmente y separándose a la menor oportunidad. En un ascensor la mirada va a la numeración de los pisos o hacia el suelo.

La distancia personal está reservada a amigos y a personas conocidas y afectivas, es una distancia entre 45 cm y un metro y medio, se hace en relaciones interpersonales porque, los olores del aliento también tienen que ver en la personalidad así como los olores corporales. Las personas introvertidas mantienen más distancia del interlocutor que las extrovertidas.

La distancia social es la distancia, por ejemplo en el consultorio, entre el médico y pacientes cuando están en consulta y es de un metro y medio a tres metros, es también una distancia entre el escritorio y la silla del paciente, pero en la exploración física la cercanía es mínima.

La distancia pública implica la autoridad, mientras más autoridad más distancia del público en lo largo y lo alto. Ahí los contactos visuales disminuyen y la voz toma el lugar de la cercanía en el espacio. En fin, es

tanta la riqueza de la expresión no verbal que hay situaciones de interpretación que se ven en filmes, por ejemplo en una escena donde, ciertos objetos aplicados en determinados lugares son portadores de connotación... Velas de color rojo, encendidas sobre una mesa especialmente preparada, estará connotando la inminencia de una cena romántica. Obviamente la referencia de la vela nada tiene que ver con una cena romántica, sin embargo, los usos y costumbres convenidos alrededor de la preparación de una cena romántica, en el cual las velas se erigen como elementos ambientadores especiales, hacen que la presencia de estos objetos connote el mencionado acontecimiento.

5.2.6.- El tiempo.

La personalidad también se forma con hábitos culturales y costumbres de cada persona según aprendió de su ambiente.

La dedicación en tiempo a la conversación o la comunicación también es un indicador de personalidad de los hablantes particularmente cuando se exclama que el tiempo es corto, que no se tiene tiempo, que el tiempo es dinero, se acabó el tiempo, etc. Las culturas tienen un particular concepto del tiempo para las actividades sociales: Los estadounidenses consideran al tiempo como dinero y se cobran las consultas por tiempo dedicado. Los retrasos cuentan en las actividades educativas, tanto que el profesor autoritario cierra la puerta en un lapso de tiempo de espera previamente establecido. Llegar tarde a una cita se considera como un insulto. Las tareas se piden con un lapso para la entrega y se califican según se cumpla (Pinker, Steven 2000).

El lugar social tiene tolerancia para tomar más tiempo de los demás si se es autoridad en un grupo, los subalternos toleran y forman un hábito cultural, de manera que cuando el jefe es subalterno tolera el atrapamiento de tiempo (Gargurevich, Regal, Juan 2006). El jefe, por cultura espera una disculpa de un subalterno por la tardanza en los países

industrializados. Los latinoamericanos toleran tres cuartos de hora antes de iniciar una reunión, pero su ganancia es baja. Por ejemplo si un tren se atrasa con mercancías, los camiones que la transportarán en otra ruta gastarán hora/chofer, estacionamiento, hora/trabajo de los estibadores, etc., todo el mecanismo de la producción y el comercio dependen del tiempo y el tiempo medido involucra a toda la corporación, de manera que el trabajador hace un hábito para no crear conflictos.

El sistema de transporte colectivo es extremadamente puntual en las ciudades de primer mundo industrial. Los ciudadanos se harán igual de puntuales.

El cubículo del docente, el despacho del abogado, el consultorio del médico dicen mucho de la personalidad del profesionista para el trato con los demás y su comodidad, hay espacios que invitan a pasar y otros que inhiben. Maslow y Mintz (1956) relacionan condiciones estéticas de una habitación con ciertas reacciones humanas, por ejemplo una habitación bonita provoca felicidad, energía, importancia y comodidad en las gentes y proactividad en la tarea y deseos de continuar la actividad iniciada; en condiciones inversas se provoca sueño, fatiga, descontento, irritabilidad y pronto abandono.

En una reunión de esparcimiento y en un salón de clases o un auditorio de conferencias, la distribución de los muebles es importante y más todavía la forma de entrar cuando hay gente, el sitio donde se sienta el asistente, por ejemplo quien se sienta en la cabecera de una mesa suele ser líder de grupo. Los estudiantes que se colocan a derecha o izquierda del docente permanecen más silenciosos que los de filas posteriores y la participación disminuye conforme se aleja el alumno de la fila del frente.

El atuendo es rasgo de personalidad, el lenguaje de los objetos indica preferencias y actitudes en el trato, la ropa, el color, el diseño, por ejemplo en la jerarquía militar, se observan diferencias marcadas, los

galones, las medallas, insignias, el porte, la altura del quepí. En la población general, el perfume, los anillos, el número de asistentes como el chofer y su vestimenta indican rango y posición social.

Los colores amarillo, naranja y rojo estimulan la creatividad y propician mayor interacción en los grupos. Los colores azul, verde, gris estimulan los procesos mentales profundos aunque inhiban la comunicación en frecuencia y calidad

5.2.7.- Las inflexiones de la voz.

Subir y bajar la intensidad, subir y bajar el tono, las pausas y la elongación de una palabra, por ejemplo uy uyuy, ¿siii?, ¡cóóomo!

La voz, el tono, el timbre y las fluctuaciones de la voz.

“No te fijas en lo que digo sino en lo que quiero dar a entender” esa es la consigna para identificar un mensaje ilocutorio por el tono, timbre, inflexiones y fluctuaciones de la voz. Se puede saber lo que el docente quiere del grupo concentrándose en la voz y no en las palabras dichas, se demuestra autoridad, amistad, conciliación, mandato, actitudes todas que contienen un mensaje (Galán, Wenceslao. 2007)

Hablar y reír, bostezar, hacer ademanes, pausas y bajar el ritmo del discurso, es una manera de expresar un sentimiento y actitud así como edad, tipo corporal, aptitudes, dominancia de un tema, intereses, valores rasgos de la personalidad, neurosis, equilibrio social, adaptación a un grupo previsto, egoísmo, queja de la vida social, etc.

La voz y la construcción del discurso hablan de la procedencia cultural y lingüística del hablante, de su grado académico, si habla un hombre o una mujer sus rasgos fonéticos son diferentes en construcción, la mujer tiene más facultades sociales y el hombre es más técnico y parece más libre para decir lo que se le ponga en gana.

La ansiedad hace que una persona se equivoque, que pierda el “hilo” de lo que dice, tartamudee, retome el rumbo, utilice muletillas, haga sonidos incoherentes, pausas largas, haga ademanes incoherentes con su discurso, etc., Un orador dominante hace preguntas a discreción, maneja su retórica, impone su ritmo, etc.

5.3.- El ambiente del médico y la población.

La formación médica se hace en grandes ciudades donde se asientan las universidades y están los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, esto es, los de especialidades básicas troncales y los de especialidad compleja que requieren equipo y habilidades especiales.

El estudiante introyecta la visión del médico que es su modelo, su docente, el médico que resuelve en corto plazo y sin titubear los problemas que enfrenta y que lo hace ayudado con la tecnología disponible y cara, por ejemplo la solución de problemas de refracción ocular tratados con “Eximer lasser”, aprende que su futuro está en esa dirección, por lo tanto un indígena o un marginado que no costearán la recuperación económica del equipo adquirido, no es persona que sea de interés, a no ser que se trate de una maniobra de mercadología y se incluyan servicios médicos subrogados para esos pacientes o se cree un seguro de gastos médicos prorrateado como cadena de beneficios colectivos.

Aunque el médico en formación proceda de los pueblos indígenas de Chiapas, la atracción del éxito profesional tecnificado es más grande que su bonhomía de regresar a hacer el bien empleando sus conocimientos científicos, sus habilidades clínicas y su ética adquirida en el hogar y en su lugar de residencia familiar. La visión de progreso está en el Norte, no en las culturas mesoamericanas y menos en la medicina fisiológica o naturalista, que es la medicina francesa fundamental cuyos procedimientos se basan en el conocimiento de la historia natural del

padecimiento y las maniobras clínicas con el apoyo bien indicado de la tecnología.

5.3.1.- La formación del médico en el plan personalista.

Cuando la visión formativa del médico es personalista, entonces atiende lo que acontece, ese es el significado de fenómeno, y en quien acontece, en un ser que es cuerpo hecho de materia orgánica, que en su organización tiene funciones mentales que señalan su psiquismo, que es un ser con relación social indispensable, es un “zoo politicón”, como dice Aristóteles y, todo ser constituido así, tiene expectativas, sueños, metas que seguir y de hecho vive para alcanzarlas y, cuando no las percibe conscientemente cumple las metas de su guía o del conjunto social. Cuando el médico aprende a ver con consciencia que hasta el más ínfimo ser de la sociedad (cuando se discrimina por el poder adquisitivo o la utilidad) tiene esa conformación. Es un ser integrado corpóreamente y en lo biológico integrado corporalmente está ante una persona y por ser única en lo biológica, por su genoma personal, por su forma particular de ver al mundo, a sí mismo y a las demás personas, pertenecer a una familia, una sociedad, una cultura y actuar en ella de manera singular y tener metas muy idóneas, entonces es un ser único e irrepetible que si no se trata como ser individual, como paciente y no como parte de una enfermedad de libro, se transgrede su dignidad.

No es necesario que los Derechos Humanos ni las leyes le recuerden al médico esta visión tan necesaria en su profesión, los docentes que lo forman deberán ser los modelos de médico persona, humanistas, sabios, científicos y profesionales en el servicio.

Es una herramienta aprender y dominar la comprensión de lectura del inglés para absorber novedades en el arte médico, pero también es fundamental que, si su Estado tiene múltiples etnias en las diferentes regiones y, es ahí donde, al menos prestará su servicio social o trabajará

en los programas de salud en las políticas públicas emergentes, al menos lo fundamental de las lenguas mayances dominantes conozca.

5.4.- Introducir en el currículum lenguas mayances.

De alguna forma se intenta que los alumnos de los últimos grados de la carrera de medicina humana de la UNACH tengan nociones al menos de las frases más usadas para relacionarse con indígenas monolingües en su lugar de trabajo en atención a la salud, por esa razón hacemos un breve repaso de la posible dificultad y la muestra de que puede hacerse algo al respecto para el bien de los grupos étnicos referidos.

Se llaman mayances estas lenguas porque derivan del protomaya, que pudo haberse hablado hace unos 5.000 años a juzgar por el grado de diversificación interna que lograron en su territorio vecino que es seña de interacción en los pueblos de Mesoamérica. La familia lingüística muestra las características básicas como el empleo de sustantivos que eliminan las preposiciones para indicar relaciones espaciales.

Hay que destacar que en la sintaxis los verbos y los sujetos tienen inflexiones (cambios de tono) que le dan a la lengua una categoría gramatical propia.

En los siglos XVI, XVII y XVIII se encontraron códices y se tradujo la literatura maya colonial en alfabeto latino, eso ha ayudado a comprender la historia de los horizontes mesoamericanos.

La familia lingüística mayance es una de las mejor documentadas y posiblemente la más estudiada en las Américas, tanto es así que se le encuentra influencia mixe y zoque de la cultura olmeca 2000 años antes de Cristo pero con dominancia maya, lo que sugiere dominación maya sobre las demás razas de convivencia comercial.

Durante la colonización española de Mesoamérica, todos los idiomas indígenas fueron desplazados por el español. La región maya fue más

resistente a la influencia de los conquistadores que otras, y quizás por esta razón muchas comunidades mayas todavía conservan una alta proporción de hablantes bilingües y monolingües. Sin embargo, el español ahora domina toda la región maya. Algunas lenguas mayenses están moribundas o amenazadas, aunque siguen siendo ampliamente usadas y son útiles desde el punto de vista sociolingüístico. Estas últimas siguen siendo la lengua materna de muchas personas y tienen hablantes de todos los grupos de edad, siendo además empleadas en casi todos los ámbitos sociales en las ciudades principales del Estado de Chiapas.

El idioma en Guatemala, es motivo de estudio por la Academia de Lenguas Mayas de Guatemala, fundada por organizaciones mayas en 1986 siguiendo los acuerdos de paz de 1996 se ha hecho de prestigio en el estudio de la familia lingüística referida.

5.5.- Una realidad lingüística mayance.

La familia mayance está bien documentada y su esquema genealógico interno de clasificación está ampliamente aceptado y establecido. Hay variantes dialectales identificadas del tzotzil, son las siguientes:

El tzotzil de San Juan Chamula

El tzotzil de Zinacantán

El tzotzil de San Andrés Larráinzar.

El tzotzil de Huixtán

El tzotzil de Ch'enalho

El tzotzil de Huitiupán

El tzotzil de Venustiano Carranza (San Bartolomé de los Llanos)

Algunas aclaraciones sobre escritura.

Según las reformas hechas por el Centro de Lengua, Arte y Literatura Indígena se ha acordado utilizar preferentemente la "ts" en lugar

de la "tz" para la escritura en lengua tzotzil, ya que esto le da más uniformidad a la ortografía de la lengua, excluyendo la grafía "z". Este, entre otros cambios en la forma de escribir, fueron establecidos a partir del año 1999, por lo que, a partir de entonces, los escritores y profesores bilingües utilizan la forma "ts" en vez de "tz".

Influencia tzotzil en el español-

El español que se habla en los Altos de Chiapas tiene peculiaridades propias que son producto de la convivencia con las lenguas locales como lo es el tzotzil. Por ejemplo, una palabra de uso común es *bolo* que significa *borracho*, debido a que en tzotzil la palabra *bol* significa *estúpido*. De este modo, la palabra *bolo* se refiere a aquella persona que se ha "embrutecido" como consecuencia del alcohol.

En la actualidad el idioma tzotzil emplea para su escritura el abecedario latino. Sin embargo, los arqueólogos afirman que este idioma junto con el tzeltal gozaban de una escritura jeroglífica común, de la que dan testimonio inscripciones sobre piedra de lugares como Palenque y Toniná, entre otros. Según estos estudiosos el sistema de escritura jeroglífico, cada glifo representaba un sonido silábico (consonante-vocal), a diferencia del sistema latino, donde cada letra representa apenas un solo sonido, sea vocal o consonántico.

El alfabeto tzotzil se compone de 26 letras: a, b, ch, ch', e, i, j, k, k', l, m, n, o, p, p', r, s, t, t', ts, ts', u, v, x, y, ('). Las ch', k', p', t', ts' representan sonidos consonánticos glotalizados, producidos mediante el cierre de las cuerdas vocales. El sonido glotalizado y la consonante forman una unidad sonora indisoluble, es una forma de realizar el sonido consonántico. La glotalización no se da en forma separada.

La glotalización juega un papel importante, ya que su presencia o ausencia marca diferencias semánticas, por ejemplo: *takin* seco, árido y *tak'in*: metal, dinero, campana.

Como las demás lenguas mayances, se trata de una lengua estructurada en base a prefijos y sufijos (es ergativa) que se unen a raíces verbales o sustantivas. La forma más simple para estructurar una frase es la siguiente: Verbo + complemento+ sujeto. Hay una ausencia notable de preposiciones quedando reducidas a unas cuantas que abarcan una amplia gama de posibilidades semánticas: *ta* (a, en, para, con, por...), *k'alal* (de, desde, hasta...)

La posesión. Los prefijos y sufijos para denotar posesión en *tzotzil* ante sustantivos se hace de la siguiente manera. Se utiliza el sustantivo *na* (casa) como ejemplo, que empieza por consonante:

singular	Plural
<i>Jna</i> 'mi casa'	<i>jnatik</i> 'nuestra casa'
<i>Ana</i> 'tu casa'	<i>Anaik</i> 'vuestra casa'
<i>Sna</i> 'su casa'	<i>snaik</i> 'su casa [de ellos]'

Si el sustantivo comienza con vocal los prefijos y sufijos serán de la manera siguiente, usando como ejemplo *ixim* (maíz):

singular	Plural
<i>kixim</i> 'mi maíz'	<i>kiximtik</i> 'nuestro maíz'
<i>avixim</i> 'tu maíz'	<i>aviximik</i> 'vuestro maíz'
<i>yixim</i> 'su maíz'	<i>yiximik</i> 'su maíz [de ellos]'

Un aspecto que comparte esta lengua con las demás lenguas mayances, así como con lenguas del Extremo Oriente como el chino, el coreano y el japonés, es la presencia de clasificadores numerales que dependen de la forma de las cosas. De este modo, se numeran los objetos con un clasificador específico si son redondas, alargadas, planas, etc. A continuación, algunos ejemplos:

jp'ej: (cosas redondas como frutas, o alargadas como las velas y veladoras)

jkot: (para animales cuadrúpedos, aves, vehículos y algunos muebles de 4 patas como sillas y mesas)

jlik: (para ropa, hojas de papel, cosas que se pueden doblar)

jp'el: (para palabras)

jch'ix: (para mazorcas de maíz) etc.

jkoj: (para niveles, gradas o veces que ocurre una acción)

Este repaso, no científico lingüístico sino de exploración de una lengua mayance dará una idea de la dificultad o la facilidad de incluir un aprendizaje básico en los últimos módulos de la carrera de medicina humana, sin embargo se ponen a consideración de los planificadores del currículum.

La comunicación médico/paciente involucra a los hábitos y costumbres que dan la cultura y la contemporaneidad de los hablantes, por lo que se presenta una somera vista de lo que es la manera de ver el mundo en la sociedad científicista occidental y la sociedad espiritual naturalista mesoamericana en el Estado de Chiapas.

5.6.- La cultura y filosofía del médico.

Las conductas ideales de los médicos que pueden influir en la relación médico-paciente dependen de su visión cultural de procedencia, el ambiente cultural laboral y la filosofía de los tiempos. (Neeli M. Bendapudi, L. et al. 2006).

Cuando se trató, en capítulo I sobre el estatuto de persona se pudo notar lo complejo que es un paciente en su conformación corpórea, particularmente en su visión trascendental, lo que espera ser y obtener en el futuro que prevé, por lo tanto la eficiencia técnica en el médico solamente servirá para el estrato biológico y un poco para el psicológico, pero falta más atención para llegar a la eficacia y la calidad, no es suficiente para la atención la eficiencia técnica.

Es obvio, que el buen médico tiene conocimiento y habilidades técnicas necesarias para atender un padecimiento, pero no son suficientes cuando se amplía al paciente en donde se requieren habilidades

comunicativas interpersonales necesarias para relacionarse bien con el paciente y seguir siendo un buen médico. Los pacientes son los evaluadores del trabajo médico porque son los usuarios de los servicios de salud.

Las habilidades interpersonales de los médicos son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples. La mayoría de los pacientes desea una relación estrecha de entendimiento de su concepción personal, con el médico de atención primaria y más necesidad se tiene en los períodos en los que el paciente sufre enfermedades graves.

La calidad de la relación médico-paciente afecta las respuestas emocionales del paciente y la conducta frente a la obediencia al tratamiento médico, puede mantenerlo dependiente de un tratamiento o bien recuperarse y seguir su camino. Por esta razón los médicos se han preocupado más por mejorar las técnicas de comunicación y de educación para la salud dirigida a los pacientes, con respeto y dignidad para desarrollar sus habilidades y cooperar en su tratamiento, alentando las decisiones participativas posibles.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.

Desde la primera entrevista, en el report se recomienda utilizar la pregunta "¿y qué más?" sobre lo que está comunicando el paciente con libertad y cuando el gesto del médico parece que dice "eso es todo" porque recibir información técnica médica, el paciente la puede adquirir en algunos de los muchos sitios Web destinados a los pacientes, pero no obtendrá la riqueza de la comunicación no verbal en la entrevista "cara a cara".

Los médicos que buscan mejorar la calidad de sus interacciones con los pacientes deberían centrarse en adquirir el comportamiento destinado a la satisfacción del paciente aprendiendo desde las aulas en la facultad de medicina, pero incluyendo los códigos lingüísticos necesarios básicos para la comunicación verbal. (Day, D. V., Gronn, P 2004) Esto, al mismo tiempo que evalúa la competencia, ayuda a los médicos a juzgar si están alcanzando los ideales de la relación médico-paciente. Hay que ponderar el hecho de que conocer el perfil de conductas médicas ideales podría servir como plataforma de entrenamiento, para adquirir las habilidades de educador para la salud y también para exigir de los docentes que tengan esa visión antes de ingresar a las facultades de medicina y no solo implementar tratamientos farmacológicos y quirúrgicos en preponderancia. (Gregg, M. "Health care for all?" (2007) The new england journal of medicine. 357(12): 1173-1175)

De manera que la visión del médico que atiende y el médico formador de médicos deberán tener en su mente que es el paciente el objeto de estudio en su desequilibrio homeostático y tiene el derecho de ser comprendido y escuchado en sus creencias sobre la enfermedad y su futuro, el comportamiento de los médicos en este sentido es vital. Las limitaciones de la especialidad y la superespecialidad dan al traste con la relación médico paciente porque se busca la efectividad del tratamiento en el plano psicobiológico y no en el integral de la personal. Los problemas de

la comunicación en los médicos especialistas se presentan cuando se estudia una población específica de enfermos, como los pacientes con depresión, los pacientes terminales y los casos donde los médicos son pacientes. El médico institucional desea terminar cuanto antes en tiempo y forma, el número de pacientes asignados en su turno y se ve sometido a la presión del tiempo y la sanción institucional, así le da más importancia al llenado de expediente, aplicación de procedimientos básicos y no le interesa mucho si el paciente entiende lo que se hace con él o no lo entiende.

Los problemas de capacidad comunicativa se rompen cuando la cultura y el código lingüístico se constituyen en bloqueo del circuito del habla y dejan solamente la comunicación no verbal, el médico desespera al ser detenido al resolver el problema de comunicación y “resuelve” convencionalmente el asunto, rompiendo el plan de atención de calidad. (Harzheim, E., Duncan, B., Stein, A. T et al 2006)

El perfil básico de las conductas médicas ideales que se presenta a continuación, cuando se adquiriera, beneficiará a muchos médicos en su trabajo de calidad deseable por el paciente doliente. El médico ideal es confiable, se compenetra con el paciente, es humano, tiene un trato personal y es directo, respetuoso y metódico. (Hobgood, C. D. Rivello, R. J. et al. 2002)

Lo que más importa al paciente es la buena relación comunicativa, sin premura de tiempo ni distracción detectada en el gesto y, lo que más se detesta es la insensibilidad y la falta de respeto a la dignidad integrativa de cada paciente, lastima la arrogancia del médico para educar al paciente “¿Me entendió?!”), el desinterés en el paciente como persona, pues en la mala relación se cumple viendo a la persona como “ficha paciente” en la atención, se le ve como individuo, todo ello reduce efectividad en el tratamiento. La demostración de impaciencia al responder las preguntas que cada ser considera importantes es una muestra de arrogancia.

La atención médica a diferencia de otro tipo de servicios es un servicio de necesidad, no de opción que puede posponerse. La atención de un usuario que llega con una combinación de enfermedad, dolor, ansiedad y miedo le crea al médico un apremio diferente, comparado con otros servicios. Estos usuarios están en estado de estrés. Por lo tanto, los servicios médicos son altamente complejos y técnicos.

El nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre temas médicos lo pone en desventaja, con poca capacidad de elección, por lo que, para para obtener un servicio adecuado confía en su médico. En general, los servicios médicos son inseparables de la presencia física de la persona que requiere la atención. (Holm, S. 2006)

Tómese en cuenta que los servicios médicos son inevitablemente personales, solamente la educación para la salud será masiva en carteles, de discurso oral o por los medios masivos, pero la acción asistencial es “cara a cara”. La duda diagnóstica, hace variar al plan terapéutico o el procedimiento de apoyo al diagnóstico y pueden hacer gran daño al paciente. La calidad de vida y la vida misma se ponen en riesgo cuando no se tienen los datos suficientes y esto depende en gran parte de la profesión del médico.

La evaluación de un servicio médico que con frecuencia es tan generador de ansiedad, es complejo, de cercanía, personal e importante en la consulta/entrevista, los pacientes están particularmente atentos a lo que pueden ver y comprender para interpretar lo que ellos no pueden ver y comprender en el plano de la calidad técnica que suele ser difícil de evaluar por ellos aún después de haber recibido el servicio. Esto es particularmente imposible para un paciente de otra cultura con usos y costumbres, otro idioma y dependencia de quien interpreta, se percibe angustia por lo que suceda en el futuro para bien o para mal. El paciente puede dar cuenta de la calidad humana del servicio pero no de la cualidad científico/técnica del médico. Los pacientes pueden sentir si el médico está

apurado, preocupado, cansado, distante, desinteresado o alarmado, o bien tiene un interés genuino, compasión, calma y confianza. (Leggat, S. G., 2007)

En el mundo occidental la visión de la asistencia médica es más ilustrada en lo técnico y los pacientes eligen al médico más eficiente técnicamente porque quieren efectividad rápida y expedita, asumen la despersonalización como una contraparte del servicio aunque esté pagado monetariamente en directo, de manera que en la atención primaria, dejan en suspenso la atención de calidad humanista pero no se deja de admirar la atención y casi todo mundo evalúa el comportamiento. (McNulty, J. A., Spiritu, B. et al. 2006)

Si los servicios de salud en el país México, gastan recursos, pueden ser sometidos a evaluación, evaluación que repercute en la supervisión de los planes de estudio universitarios en la formación profesional por medio de los datos que aportan los pacientes convertidos en “detectives” que buscan “indicios” para asegurarse de la calidad que dan los profesionales de la salud, y cuya finalidad sería adecuar esa formación profesional, al tipo de servicios que espera la población, así, la política de atención a la salud podrá establecer una imagen de calidad coherente. (Pulido, P. A. et al 2006)

Los indicios de atención de calidad surgen de la comunicación no verbal principalmente que se observa en las conductas y aspecto (acicalamiento) del médico, elección de las palabras, tono de la voz, nivel de entusiasmo, lenguaje corporal, eficiencia y portación de uniforme y gafete de identificación apropiado. Un médico que se sienta mientras conversa con el paciente muestra un indicio humano diferente al que permanece de pie próximo a la puerta. (Schroeder, S. A. 2007)

El estatuto de persona aprendido durante la formación profesional ayuda poniendo atención en el estrato social de la persona, la calidad de atención también se evalúa son sólo atendiendo a un paciente con una

enfermedad aguda sino que al mismo tiempo comunicándose con los familiares ansiosos, informando a un paciente sobre el diagnóstico de una enfermedad terminal, hallando la mejor manera de dar educación higiénica a un paciente sensible para adelgazar o haciendo hincapié en la disposición de excretas para prevenir enfermedades diarreicas o poner mosquiteros para prevenir la picadura dañina de moscos zancudos o bien, dejar de utilizar bebidas edulcorantes artificiales con preferencia a las que da la naturaleza. Esto es educación para la salud, muy necesaria de dar por el servicio médico de calidad. (General Medical Council. 2009)

La intención de referirse a la necesidad de la calidad de atención médica, preocupación por mejorar las relaciones interpersonales en la prestación de servicios médicos, ha alcanzado también a las escuelas de medicina, con proyección a las sociedades médicas y los docentes. Los estudiantes, los residentes y los médicos deben tratar de saber cómo son percibidos por los pacientes y buscar en la literatura cuáles son los deseos de los pacientes respecto de sus médicos, para luego perfeccionar sus habilidades para conseguirlo. Mejorar la comunicación no verbal, escuchar atentamente y compartir la información con el paciente mejoraría la relación médico-paciente. Los médicos necesitan tener conciencia de cómo atienden a sus pacientes, y esto también representa una oportunidad educativa. El trato con el cliente es un tema cada vez más estudiado en las escuelas de negocios y también podría serlo para los médicos y los estudiantes de medicina.

En síntesis, las recomendaciones fundamentales para alcanzar la conducta médica ideal en todos los casos, sin importar fundamentalmente la región está en la lista comentada más abajo.

Se puede comenzar el aprendizaje en la escuela con la implementación de sociodramas, que, a la vez que divierten, hacen sentir el rol del paciente, el médico, la familia, la autoridad y la población dentro de una cultura, es una manera de sensibilizar a quien sólo dedica lectura

y comentario en las aulas, es decir se tratará básicamente del comportamiento médico ideal y los conceptos ejecutivos fundamentales.

Confianza: se refiere al estado del arte que aplica en las prácticas y procedimientos médicos. Aprender que el médico no se molesta ante las preguntas que los pacientes hacen a cerca de la información médica adquirida de otras fuentes independientemente de su veracidad cuando buscan segunda opinión o han leído algo de su padecimiento en las bases de datos. El médico es accesible al paciente, y la información satisface también a los familiares y otros colegas.

Empatía: hace contacto visual con el paciente y los familiares. Interpreta correctamente las comunicaciones verbales y no verbales de sus pacientes. Reitera las inquietudes del paciente. Comparte historias personales importantes. Habla en un tono de voz agradable y con una cadencia tranquila.

Humanidad: usa un contacto físico apropiado. Es atento y está presente para el paciente y la situación. Muestra su interés en estar el tiempo adecuado con el paciente a través de movimientos sin apuro. Lo ayuda a solucionar problemas no médicos necesarios para el paciente su familia, su acompañante o para la vida. Hace preguntas personales al paciente sobre su vida. Debate sobre sus propios intereses personales. Utiliza el humor apropiado. Reconoce a la familia del paciente. Recuerda detalles de la vida del paciente conocidos en la visita anterior. Es decir, trata a una persona y no a un individuo enfermo o en búsqueda de información.

Franqueza: No disfraza ni oculta información. No usa términos médicos. Explica los pros y los contras del tratamiento. Solicita al paciente recapitular la conversación para asegurarse que ha comprendido. Es aquí donde se necesita el código o el buen intérprete ante un paciente de habla indígena monolingüe.

Respeto: ofrece explicación sobre la etiología si el paciente lo requiere. Escucha atentamente y no interrumpe cuando el paciente describe sus síntomas. Le ofrece opciones pero también recomienda el curso del tratamiento. Solicita la colaboración para elegir el tratamiento y la dosis. Respeta el pudor del paciente durante la exploración física.

Método: brinda explicaciones detalladas. Brinda instrucciones escritas. Cita al paciente por periodos adecuados. Expresa al paciente el deseo de consultar a otros médicos o hacer una investigación bibliográfica en los casos difíciles.

Desde hace un tiempo, se nota un aumento del interés en la educación médica y las competencias médicas necesarias. (Project Professionalism of the American Board of Internal Medicine, 2013)

En la actualidad se pide formación básica humanística para los residentes médicos en formación continua en la Unión Americana sobre seis puntos. (Outcome Project of the Accreditation Council for Graduate Medical Education 2013)

Atención del paciente, conocimientos médicos, aprendizaje basado en la práctica, mejoramiento de las habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalismo y, práctica basada en sistemas de atención social.

Se espera que algún día los pacientes digan de los egresados de la UNACH: Es un médico confiable e inspira confianza. Es empático porque trata de comprender lo que yo estoy sintiendo, tanto física como emocionalmente, y me lo comunica. Es muy humano ya que tiene trato de persona que se manifiesta en que es comprensivo, compasivo y amable. Su comunicación es directa con franqueza: El doctor me explica lo que necesito saber y lo hace en forma sencilla y directa para que yo pueda consentir en la aplicación de procedimientos para aliviar o paliar mi mal. Es respetuoso: el doctor me habla seriamente y comparte conmigo su

trabajo. Mi médico es metódico y ordenado: Su trato es diligente y dedicado a mi problema.

El cambio de filosofía y concepción del paciente persona.

La filosofía pragmática de este tiempo de comercio libre llamado neoliberalismo y de globalización porque el comportamiento se uniformiza a partir del dominante comercial, el país del Norte, cosifica a los pacientes, se busca al paciente pudiente en pagar servicios y estudios técnicos de diagnóstico y tratamiento caros y de atención multiprofesional, esa filosofía debe cambiar a una fenomenología personalista en donde se trate a cada ser humano como persona y se someta el conocimiento científico al servicio del hombre y no el hombre a la ciencia y la tecnología.

La filosofía utilitarista también pasa sobre la dignidad de la persona aludiendo que importa el todo y no la parte, que se busca “El bien más grande para el mayor número de personas” y, lo que se ha visto en los países donde surgió, que han implementado la atención médica en los seguros médicos que se manejan por mercadología y la ley de oferta y demanda, las leyes que dominan son las del comercio y el costo beneficio, han dejado en el abandono esos seguros médicos a muchos ciudadanos norteamericanos desprotegidos como los indocumentados, los migrantes, las comunidades minoritarias en el dolor por no pagar el seguro médico o no tener la cobertura suficiente.

La visión del bien más grande es una cuestión grave, ¿Cuál es el bien más grande? ¿Quién decide cuál es ese bien grande?, pues los gobernantes, que siempre participan de las ganancias de los seguros médicos por el tráfico de influencias.

El médico que observa esto y está en formación tiende a asegurar su futuro aprendiendo métodos de asociación comercial, de implementación de tecnología cara para el diagnóstico con lo que llama la atención para ser consultado, mejora la visión de su consultorio, usa de la propaganda en

todos los sentidos: Medios masivos, carteles, presencia en foros, etc. No ve a la persona sino al cliente, no le importa el mundo indígena y el mundo “pobre” en dinero no en formas de vivir, al indígena si no le invadieran sus campos viviría mejor con sus usos y costumbres, claro, integrándose a los beneficios del avance del arte médico con humanismo de sus servidores como se propone formar y hemos señalado en los párrafos anteriores.

El médico en formación es blanco también de la filosofía del tiempo y del arte de vivir en un mundo de producción, consumo y subsistencia.

Hacer hincapié en el tratamiento higiénico en todo paciente.

Dentro del plan terapéutico que incluye tratamientos: profiláctico, higiénico, dietético, medicamentoso, quirúrgico y rehabilitador, se opta casi siempre solamente por dos, el medicamentoso y el quirúrgico, se olvidan los otros o se ven como implícitos, sin embargo, con todos los pacientes lo que hace mejor a una sociedad es enseñarla a no enfermar, a no repetir su padecimiento grave, con esto se ahorra dinero y sufrimiento, me refiero al tratamiento higiénico que consiste en señalar hábitos y costumbres para la salud y mantener la vida plena, se hace por medio de la educación para la salud. El médico ideal deberá incluir siempre este tratamiento, darse el tiempo suficiente para educar, tener la paciencia para dar el consejo y tener la formación de respeto a la dignidad del paciente y a entender que cada ser que lo consulta tiene expectativas de vida personal, familiar y social. Ese paciente es un ser único en el tiempo y el espacio y no se repetirá otro igual, por eso es digno.

Como reflexión final, es cierto que las habilidades humanas no son todo lo que necesita un médico para ser un buen –o excelente- médico. Un buen médico debe complementar sus habilidades blandas con un buen juicio clínico y un extenso conocimiento cultural y filosófico básico. Un médico con buenas habilidades comunicativas y pocos conocimientos

clínicos recibe de parte de sus pacientes **afecto**, mientras que un doctor con grandes capacidades clínicas pero con malas relaciones con sus pacientes recibe **respeto** pero, al unir ambas características y tener un médico con grandes capacidades clínicas y buenas relaciones con sus pacientes, los pacientes le retribuyen expresando confianza. Y si nada de esto parece convincente al médico que lee este comentario, para generar un cambio, entonces veamos la amenaza temerosa: los médicos con mejores relaciones médico paciente son demandados mucho menos, ya que ahora esa es la opción legal y el derecho que se adjudica el paciente juicioso o maléfico.

ANEXOS.

ANEXO 1

LA ACTITUD DEL MÉDICO EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE QUE HABLA SU IDIOMA INDÍGENA Y NO HABLA ESPAÑOL.

PREÁMBULO.

1.- ¿HABLA USTED UNA LENGUA INDÍGENA CHIAPANECA?

SI () NO ()

2.- ¿QUÉ ES PARA USTED EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

A) UNA ETIQUETA PARA REPORTE ESTADÍSTICO

B) UN PROBLEMA DE SALUD PRECISO PARA SER CORREGIDO.

3.- ¿CÓMO ELABORA SU DIAGNÓSTICO PARA TRATAMIENTO?

A) MIRANDO DETENIDAMENTE AL PACIENTE

B) PREGUNTANDO Y ACLARANDO CADA DATO

C) EXPLORANDO DETENIDAMENTE AL PACIENTE

D) A VECES CON DEPENDENCIA NECESARIA PARA CLÍNICA

E) TODO LO ANTERIOR.

4.- ¿Los signos y síntomas que da el paciente necesitan semiología?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

5.- ¿Tiene al menos cinco pacientes de habla indígena a la semana?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

6.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena ¿emplea un intérprete?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

7.- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, ¿Tiene a la mano a un intérprete?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

8.- Si atiende a un paciente de habla indígena y no tiene intérprete, ¿Le da tratamiento para algo?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

9- Cuando atiende a un paciente de habla indígena, no tiene intérprete y le da tratamiento para algo, ¿Registra los datos en un expediente?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

10.- ¿Considera suficiente el apoyo ocasional de un intérprete para atender a un paciente de habla indígena?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

11.- ¿Incluye usted en su tratamiento la educación para evitar las recidivas del padecimiento del paciente de habla indígena que atendió?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

12.- ¿Da usted educación para la salud al familiar que entienda el caso del paciente de habla indígena que atendió?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

13.- ¿Evita darle atención a un paciente de habla indígena cuando no tiene intérprete?

Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre.
1	2	3	4	5

14.- ¿Considera usted que debería incluirse en el Plan de estudios de la carrera el conocimiento básico de una lengua indígena chiapaneca?

SÍ () NO () NO SE ()

Gracias por colaborar.

ANEXO 2

Tabla 1

Habla una lengua indígena chiapaneca

Habla lengua indígena	Frecuencias	Porcentaje
Si	9.0	25%
No	27.0	75
Total	36.0	100

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 2

Hay al menos 5 pacientes/semana de habla indígena

Hay al menos 5 pacientes/semana de habla indígena	Frecuencia	Porcentaje
Regularmente	2	5.6
Casi siempre	8	22.2
Siempre	26	72.2
Total	100.0	100.0

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 3

¿Qué es el diagnóstico clínico?

Qué es el diagnóstico	Frecuencias	Porcentaje
Etiqueta para reporte estadístico	3	8.3
Problema para ser corregido	33	91.7
Total	36	100.0

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 4

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento

Forma de hacer el dx.	Frecuencia	Porcentaje
Exploración minuciosa	2	5.6
Todo lo anterior.	34	94.4
Total	36	100.0

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 5

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento y si emplea intérprete para paciente de habla mayance.*

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Si no hay intérprete le da algún tratamiento?					Total
.	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	1	0	0	1	2
% del total	.0%	2.8%	.0%	.0%	2.8%	5.6%
Todo lo anterior	2	5	3	8	16	34
% del total	5.6%	13.9%	8.3%	22.2%	44.4%	94.4%
Total	2	6	3	8	17	36
% del total	5.6%	16.7%	8.3%	22.2%	47.2%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 6

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * ¿tiene a la mano un intérprete?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	¿Tiene intérprete?					Total
.	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	1	0	0	1	2
% del total	.0%	2.8%	.0%	.0%	2.8%	5.6%
Todo lo anterior	2	5	3	8	16	34
% del total	5.6%	13.9%	8.3%	22.2%	44.4%	94.4%
Total	2	6	3	8	17	36
	5.6%	16.7%	8.3%	22.2%	47.2%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 7

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento. ¿Si no tiene intérprete le da algún tratamiento?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Si no hay intérprete le da algún tratamiento?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa						
Total	0	0	1	0	1	2
%	0	0	2.8%	0	2.8%	5.6%
Todo lo anterior	5	8	4	8	9	34
% del total	13.9%	22.2%	11.1%	22.2%	25.0%	94.4%
Total	5	8	5	8	10	36
% del total	13.9%	22.2%	13.9%	22.2%	27.8%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 8

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * Paciente indígena, no intérprete, le da tratamiento, Hace expediente?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	No intérprete, le da tratamiento, ¿Hace expediente?				Total
	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	0	0	2	2
% del total	.0%	.0%	.0%	5.6%	5.6%
Todo lo anterior	4	3	2	25	34
% del total	11.1%	8.3%	5.6%	69.4%	94.4%
Total	4	3	2	27	36
% del total	11.1%	8.3%	5.6%	75.0%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 9

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	1	0	1	0	2
% del total	.0%	2.8%	.0%	2.8%	.0%	5.6%
Todo lo anterior	5	7	6	5	11	34
% del total	13.9%	19.4%	16.7%	13.9%	30.6%	94.4%
Total	5	8	6	6	11	36
% del total	13.9%	22.2%	16.7%	16.7%	30.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 10

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * Incluye en su tx., educación para evitar recidivas del padecimiento?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Incluye en su tx., educación para evitar recidivas del padecimiento?				Total
	Nunca	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	0	0	2	2
% del total	.0%	.0%	.0%	5.6%	5.6%
Todo lo anterior	1	2	13	18	34
% del total	2.8%	5.6%	36.1%	50.0%	94.4%
Recuento	1	2	13	20	36
% del total	2.8%	5.6%	36.1%	55.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 11

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * Da educación para la salud al familiar que entienda el caso del indígena?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Da educación para la salud al familiar que entienda el caso del indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Exploración minuciosa	0	0	0	0	2	2
% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	5.6%	5.6%
Todo lo anterior	3	1	5	5	20	34
% del total	8.3%	2.8%	13.9%	13.9%	55.6%	94.4%
Total	3	1	5	5	22	36
% del total	8.3%	2.8%	13.9%	13.9%	61.1%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 12

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * ¿Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	Nunca
Exploración minuciosa	1	1	0	0	0	2
% del total	2.8%	2.8%	.0%	.0%	.0%	5.6%
Todo lo anterior	21	9	1	1	2	34
% del total	58.3%	25.0%	2.8%	2.8%	5.6%	94.4%
Total	22	10	1	1	2	36
% del total	61.1%	27.8%	2.8%	2.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 13

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento * ¿Debe incluir el plan de estudios base de lengua indígena chiapaneca?

Cómo hace su diagnóstico para tratamiento	Sí	No	No sé	Total
Exploración minuciosa	2	0	0	2
% del total	5.6%	.0%	.0%	5.6%
Todo lo anterior	22	9	3	34
% del total	61.1%	25.0%	8.3%	94.4%
Total	24	9	3	36
% del total	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 14

La sintomatología ¿requiere semiología? * ¿Con paciente de habla indígena emplea intérprete?

La sintomatología ¿requiere semiología?	¿Emplea intérprete?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	0	1	0	0	1
%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	0	1	0	0	3	4
%	.0%	16.7%	.0%	.0%	17.6%	11.1%
Casi siempre	0	0	0	3	3	6
%	.0%	.0%	.0%	37.5%	17.6%	16.7%
Siempre	2	5	2	5	11	25
%	100.0%	83.3%	66.7%	62.5%	64.7%	69.4%
Total	2	6	3	8	17	36
% del total	5.6%	16.7%	8.3%	22.2%	47.2%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 15

La sintomatología requiere semiología? * Para paciente de habla indígena tiene a la mano un intérprete

La sintomatología ¿requiere semiología?	Para paciente de habla indígena tiene a la mano un intérprete					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
A veces	1	0	0	0	0	1
% del total	2.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	1	1	0	2	0	4
% del total	2.8%	2.8%	.0%	5.6%	.0%	11.1%
Casi siempre	0	2	2	0	2	6
% del total	.0%	5.6%	5.6%	.0%	5.6%	16.7%
Siempre	4	6	6	6	3	25
% del total	11.1%	16.7%	16.7%	16.7%	8.3%	69.4%
Total	6	9	8	8	5	36
% del total	16.7%	25.0%	22.2%	22.2%	13.9%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 16

La sintomatología ¿requiere semiología? * Si tiene paciente indígena y no intérprete ¿le da algún tratamiento?

La sintomatología ¿requiere semiología?	Si tiene paciente indígena y no intérprete le da algún tratamiento?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	1	0	0	0	1
% del total	.0%	2.8%	.0%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	2	1	0	1	0	4
% del total	5.6%	2.8%	.0%	2.8%	.0%	11.1%
Casi siempre	0	2	1	2	1	6
% del total	.0%	5.6%	2.8%	5.6%	2.8%	16.7%
Siempre	3	4	4	5	9	25
% del total	8.3%	11.1%	11.1%	13.9%	25.0%	69.4%
Total	5	8	5	8	10	36
% del total	13.9%	22.2%	13.9%	22.2%	27.8%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 17

La sintomatología ¿requiere semiología? * Paciente indígena, no intérprete, le da tratamiento, Hace expediente?

La sintomatología ¿requiere semiología?	Paciente indígena, no intérprete, le da tratamiento, Hace expediente?				Total
	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	0	0	1	1
% del total	.0%	.0%	.0%	2.8%	2.8%
Regularmente	2	0	0	2	4
% del total	5.6%	.0%	.0%	5.6%	11.1%
Casi siempre	0	2	0	4	6
% del total	.0%	5.6%	.0%	11.1%	16.7%
Siempre	2	1	2	20	25
% del total	5.6%	2.8%	5.6%	55.6%	69.4%
Total	4	3	2	27	36
% del total	11.1%	8.3%	5.6%	75.0%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 18

La sintomatología requiere semiología? * Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?

La sintomatología ¿requiere semiología?	Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	0	1	0	0	1
% del total	.0%	.0%	2.8%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	0	0	3	0	1	4
% del total	.0%	.0%	8.3%	.0%	2.8%	11.1%
Casi siempre	0	2	0	2	2	6
% del total	.0%	5.6%	.0%	5.6%	5.6%	16.7%
Siempre	5	6	2	4	8	25
% del total	13.9%	16.7%	5.6%	11.1%	22.2%	69.4%
Total	5	8	6	6	11	36
% del total	13.9%	22.2%	16.7%	16.7%	30.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 19

**La sintomatología requiere semiología? * ¿Incluye en su tx.,
educación para evitar recidivas del padecimiento?**

La sintomatología ¿requiere semiología?	Incluye en su tx., educación para evitar recidivas del padecimiento?				Total
	Nunca	Regularme nte	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	0	0	1	1
% del total	.0%	.0%	.0%	2.8%	2.8%
Regularmente	0	1	0	3	4
% del total	.0%	2.8%	.0%	8.3%	11.1%
Casi siempre	0	0	5	1	6
% del total	.0%	.0%	13.9%	2.8%	16.7%
Siempre	1	1	8	15	25
% del total	2.8%	2.8%	22.2%	41.7%	69.4%
Total	1	2	13	20	36
% del total	2.8%	5.6%	36.1%	55.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 20

**¿La sintomatología requiere semiología? * ¿Da educación para la
salud al familiar que entienda el caso del indígena?**

La sintomatología ¿requiere semiología?	Da educación para la salud al familiar que entienda el caso del indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularme nte	Casi siempre	Siempre	
A veces	0	1	0	0	0	1
% del total	.0%	2.8%	.0%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	0	0	2	0	2	4
% del total	.0%	.0%	5.6%	.0%	5.6%	11.1%
Casi siempre	0	0	2	2	2	6
% del total	.0%	.0%	5.6%	5.6%	5.6%	16.7%
Siempre	3	0	1	3	18	25
% del total	8.3%	.0%	2.8%	8.3%	50.0%	69.4%
Total	3	1	5	5	22	36
% del total	8.3%	2.8%	13.9%	13.9%	61.1%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 21

¿La sintomatología requiere semiología? * ¿Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?

La sintomatología ¿requiere semiología?	Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
A veces	1	0	0	0	0	1
% del total	2.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.8%
Regularmente	4	0	0	0	0	4
% del total	11.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	11.1%
Casi siempre	4	2	0	0	0	6
% del total	11.1%	5.6%	.0%	.0%	.0%	16.7%
Siempre	13	8	1	1	2	25
% del total	36.1%	22.2%	2.8%	2.8%	5.6%	69.4%
Total	22	10	1	1	2	36
% del total	61.1%	27.8%	2.8%	2.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 22

La sintomatología requiere semiología? * Debe incluir el plan de estudios bases de lengua indígena chiapaneca?

La sintomatología ¿requiere semiología?	Debe incluir el plan de estudios bases de lengua indígena chiapaneca?			Total
	Sí	No	No sé	
A veces	0	1	0	1
% del total	.0%	2.8%	.0%	2.8%
Regularmente	4	0	0	4
% del total	11.1%	.0%	.0%	11.1%
Casi siempre	3	2	1	6
% del total	8.3%	5.6%	2.8%	16.7%
Siempre	17	6	2	25
% del total	47.2%	16.7%	5.6%	69.4%
Total	24	9	3	36
% del total	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 23

**Qué es el diagnóstico clínico * Con paciente de habla indígena
¿emplea intérprete?**

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Con paciente de habla indígena emplea intérprete?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	0	0	0	1	2	3
% del total	.0%	.0%	.0%	2.8%	5.6%	8.3%
Problema para ser corregido	2	6	3	7	15	33
% del total	5.6%	16.7%	8.3%	19.4%	41.7%	91.7%
Total	2	6	3	8	17	36
% del total	5.6%	16.7%	8.3%	22.2%	47.2%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 24

Qué es el diagnóstico clínico * Para paciente de habla indígena tiene a la mano un intérprete

Qué es el diagnóstico clínico	Para paciente de habla indígena tiene a la mano un intérprete					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	0	0	0	2	1	3
% del total	.0%	.0%	.0%	5.6%	2.8%	8.3%
Problema para ser corregido	6	9	8	6	4	33
% del total	16.7%	25.0%	22.2%	16.7%	11.1%	91.7%
Total	6	9	8	8	5	36
% del total	16.7%	25.0%	22.2%	22.2%	13.9%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 25

¿Qué es el diagnóstico clínico? * Si tiene paciente indígena y no intérprete le da algún tratamiento?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Si tiene paciente indígena y no intérprete le da algún tratamiento?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	Nunca
Etiqueta para reporte estadístico	2	0	0	0	1	3
% del total	5.6%	.0%	.0%	.0%	2.8%	8.3%
Problema para ser corregido	3	8	5	8	9	33
% del total	8.3%	22.2%	13.9%	22.2%	25.0%	91.7%
Total	5	8	5	8	10	36
% del total	13.9%	22.2%	13.9%	22.2%	27.8%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 26

¿Qué es el diagnóstico clínico? * Paciente indígena, no intérprete, le da tratamiento, Hace expediente?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Paciente indígena, no intérprete, le da tratamiento, Hace expediente?				Total
	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	2	0	0	1	3
% del total	5.6%	.0%	.0%	2.8%	8.3%
Problema para ser corregido	2	3	2	26	33
% del total	5.6%	8.3%	5.6%	72.2%	91.7%
Total	4	3	2	27	36
% del total	11.1%	8.3%	5.6%	75.0%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 27

¿Qué es el diagnóstico clínico? * ¿Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Es suficiente el apoyo ocasional de intérprete para atender a indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	0	0	2	1	0	3
% del total	.0%	.0%	5.6%	2.8%	.0%	8.3%
Problema para ser corregido	5	8	4	5	11	33
% del total	13.9%	22.2%	11.1%	13.9%	30.6%	91.7%
Total	5	8	6	6	11	36
% del total	13.9%	22.2%	16.7%	16.7%	30.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 28

¿Qué es el diagnóstico clínico? * Incluye en su tx., educación para evitar recidivas del padecimiento?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Incluye en su tx., educación para evitar recidivas del padecimiento?				Total
	Nunca	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	0	0	1	2	3
% del total	.0%	.0%	2.8%	5.6%	8.3%
Problema para ser corregido	1	2	12	18	33
% del total	2.8%	5.6%	33.3%	50.0%	91.7%
Total	1	2	13	20	36
% del total	2.8%	5.6%	36.1%	55.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 29

¿Qué es el diagnóstico clínico? * ¿Da educación para la salud al familiar que entienda el caso del indígena?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Da educación para la salud al familiar que entienda el caso del indígena?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	0	0	2	0	1	3
% del total	.0%	.0%	5.6%	.0%	2.8%	8.3%
Problema para ser corregido	3	1	3	5	21	33
% del total	8.3%	2.8%	8.3%	13.9%	58.3%	91.7%
Total	3	1	5	5	22	36
% del total	8.3%	2.8%	13.9%	13.9%	61.1%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 30

¿Qué es el diagnóstico clínico? * ¿Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?

¿Qué es el diagnóstico clínico?	Evita dar atención al paciente que no habla español si no hay intérprete?					Total
	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
Etiqueta para reporte estadístico	3	0	0	0	0	3
% del total	8.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	8.3%
Problema para ser corregido	19	10	1	1	2	33
% del total	52.8%	27.8%	2.8%	2.8%	5.6%	91.7%
Total	22	10	1	1	2	36
% del total	61.1%	27.8%	2.8%	2.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

Tabla 31

¿Qué es el diagnóstico clínico? * Debe incluir el plan de estudios bases de lengua indígena chiapaneca?

Qué es el diagnóstico clínico	Debe incluir el plan de estudios bases de lengua indígena chiapaneca?			Total
	Sí	No	No sé	
Etiqueta para reporte estadístico	2	0	1	3
% del total	5.6%	.0%	2.8%	8.3%
Problema para ser corregido	22	9	2	33
% del total	61.1%	25.0%	5.6%	91.7%
Total	24	9	3	36
% del total	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%

Fuente: Gilberto Ramos C. Médicos Seguro Popular y pasantes de Medicina. Septiembre 2013.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.

Axtell Roger, E. (1993) Gestos. Lo que se considera correcto e incorrecto en la comunicación a través del lenguaje corporal en todo el mundo. Editio. Iberia, Barcelona.

Bates Bárbara (2009). Propedéutica médica. Editorial Panamericana. México.

Cestero Mancera, Ana María (1999) Repertorio Básico de signos no verbales en español. Editorial Arco libros, Madrid.

Chávez Aguilar H. y col. (1994) Rev. Med. IMSS 32:179-182

De La Cruz V. M. R. y De La Torre L. J. B. (2005) “Enseñanza de la lecto-escritura tsotsil de Zinacantán”, La Casa del Escritor, Cultura de los Indios Mayas, A.C. Escuela Maya, Chiapas, México.

Departamento de enseñanza y capacitación. ISECH 2013.

Díaz B. Arceo F. y col. (1998). Estrategia docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. Edit. MC Graw Hill, México, “Constructivismo y aprendizaje significativo” Cap. 2, pp 13-33.

Drane J. F. (1993) Cómo ser un buen médico. Santa Fe de Bogotá. San Pablo.

Freire, Paulo. (2004) “Pedagogía del oprimido” Editorial Siglo XXI, México

Givens, David, B. (2000) Lenguaje corporal, ¿Qué estás diciendo? Conversación exitosa. McGraw Hill, México.

Guiraud, P. (1998) Semiología. Editorial Siglo XXI, México.

Haviland, John Beard, (1981). “El Tzotzil de San Lorenzo Zinacantán”, Instituto de Investigaciones Filológicas/Centro de Estudios Mayas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Hernández Sampieri, R. Metodología de la investigación. Editorial Trillas, México, 2004

Hurley, Alfa y Ruíz Sánchez, A. (1986) Diccionario Tzotzil De San Andrés Con Variaciones Dialectales Tzotzil-Español/Español Tzotzil. Vocabularios Indígenas No. 22, Instituto Lingüístico de Verano, México.

Kerlinger F. N. (2001) Investigación del comportamiento Métodos de investigación en ciencias sociales. 4ª edición, McGraw Hill, México.

Knapp, Mark, L. (1995) La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Editorial Paidós, Ibérica.

Latapí, P. (1979) ¿Crisis profesional o crisis humana? Gaceta Médica de México 115:151-156.

Lomas, C. (2001) El aprendizaje de la comunicación en las aulas Editorial Paidós, Barcelona.

López-Ibor, J. J. y López-Ibor Aliño, J. J. (1974) El cuerpo y la corporalidad. Editorial Gredos. Madrid.

Minguez, Vela, Andrés. (1999). Comunicación global. Editorial ESIC, Madrid.

Paoli Bolio, (1989) Comunicación e información. Editorial Trillas, México.

Pellegrino, E. (2002) Professionalism, profession and the virtues of the good physician. Mt Sinai J Med. 69: 378-84.

Pérez Martínez, Pedro, López, Gómez, Raúl, Díaz López, Oscar, Sántiz Méndez, Miguel y Ramírez Calvo, Rosa, Gobierno del Estado de Chiapas, Servicios Educativos para Chiapas, Dirección de Educación Indígena, Proyecto: “Diseño y Elaboración de Gramáticas y Diccionarios en Lenguas Indígenas”, México 2000.

Plan de Estudios de la carrera de Médico cirujano, UNACH, 1993

Polaino, Aquilino (2009) “Aprender a escuchar. La necesidad vital de comunicarse. Editorial Planeta, Barcelona.

Poyatos, Fernando (1994) La comunicación no verbal I, Cultura, lenguaje y conversación. Biblioteca Española de lingüística y filología. Madrid.

Pozas, R. (1989) "Juan Pérez Jolote" editorial Cal y Arena, México.

Saussure, Ferdinand (1990). Curso de lingüística general. Editorial Océano, México.

Subcomandante Marcos. (1994) Declaración de la Selva Lacandona.

Vázquez López Mariano Reynaldo. *Aprenda Tsotsil*, C.E.L.A.L.I., Chiapas, México, 2004.

Watzlawick P. (1977) "Some formal aspects of communication", en: The interactional view: N. York, Norton and Company, páginas 55 a 67.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA.

Auroux, Shylvain (1998) “La filosofía del lenguaje”. Editorial Docencia, Buenos Aires.

Barthes, Roland (1996) “Lo obvio y lo obtuso” Editorial Paidós Barcelona.

Barthes, R. (2005) “Mitologías” Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.

II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI.

Chávez Aguilar H. (1994) y col. Rev. Med. IMSS; 32:179-182

Chomsky, N. (2007) “Gramática generativa y transformacional” Editorial LAIA, Madrid.

Day, D. V., Gronn, P (2004) “Leadership capacity in teams”. The leadership quarterly. 15:857-880.

Díaz B. Frida. (2009) “Estrategias docentes para un aprendizaje significativo” Una interpretación constructivista. Editorial McGraw Hill, México.

Díaz B. Frida. (2011) “Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. McGraw Hill, México.

Ekman, (1971). Técnica FAST o técnica de registro de los afectos en la cara (Facial Affect Scoring Technique).

Ferrer, U. (2002) ¿Qué significa ser persona? Editorial Palabra, Madrid.

Freyermuth, G. (2003) “Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó, Género, étnia y generación, Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México. CIESAS, Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos. Instituto nacional de las mujeres. Miguel Ángel Porrúa.

Galán, Wenceslao. (2007) “El fuego en la voz: Apuntes sobre la guerra del discurso”. Editorial Lengua de Trapo Madrid

Galindo, Jesús. (2008) "Comunicación ciencia e historia" Editorial McGraw Hill, Colombia.

Gargurevich, Regal, Juan (2006) "Para qué estudiar periodismo? Rev. Palestra de la comunicación. Pontificia Univ. Católico de Perú.

Garza, C., de Onis, M. (2008) "Justificación para la elaboración de una nueva referencia internacional de crecimiento". Food and Nutrition Bulletin. The United Nations University. 25(1):6-11.

General Medical Council. (2009), "Tomorrow'sse doctors. Recommendations on undergraduate medical education. United Kingdom.

Gilligan, Stephen (2008) "La valentía de amar. Principios y prácticas de la psicoterapia de las interacciones del yo". Editorial Riggen, Barcelona.

Harzheim, E., Duncan, B., Stein, A. T et al (2006) "Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. Health Service Research 6:156.

Hernández, Peña, P., Zapata o, y col. (2001) "Equidad y salud, necesidades de investigación para la formulación de una política social" Salud Pública de México 33:9-17.

Hobgood, C. D. Rivello, R. J. et al. 2002) "Assessment of communication and interpersonal skills competencies" Academic emergency medicine. 9(11): 1257-1269.

Holm, S. (2006) Global Bioethics. Mith or reality? Medical Ethics. 7(10):693.

INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/ept.asp?t=medu25&c=3293>

Islas, Octavio. (2006) "La era McLuhan" parteaguas teórico en las ciencias de la comunicación. Rev. Mexicana de comunicación. Tec. De Monterrey, México

Keating, Thomas. (2006) "Mente abierta, corazón abierto. Editorial Descleé de Brouwer. Barcelona.

Kirsch, J., Arana-Cedeño, M. (2005) "Informed consent for family planning for por woman in Chiapas, México. Lancet [Http://www.gthelancet.com/](http://www.gthelancet.com/)

LaCadena, J. (2005) "Genética y bioética", Universidad Marqués de Comillas, España.

Latapí, P (1979) ¿Crisis profesional o crisis humana? Gaceta Médica de México 1979; 115:151-156.

Leggat, S. G., (2007) "Effective healthcare teams require effective team members: defining team work competencies" Health Service research. 7(17): 1472 y ss.

Lozano, R, Zurita, B., Franco, F. y col. (2001)"México: Marrginality, need, and resource allocation at the country level. "Challenging inequities in Health: From ethics to action. N. York, Oxford University Pres; 290- 291.

McGilbray, J. (2012) "Chomsky, lenguaje, mente y política. Editorial Laetoli.

McNulty, J. A., Spiritu, B. et al. (2006) "Personality preference influences medical student use of specific computer instruction". Medical education, 6(7):436 y ss.

Marcos, L. y Maco, V. et al. (2006) "Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia. Departamento de Puno, Perú. Parasitología Latinoamericana 58(1-2):35-40.

Marina, José A. (2007) "Las arquitecturas del deseo. Una investigación sobre los placeres del espíritu". Editorial Anagrama, Barcelona.

Martínez-Velasco, G. (2004) "Apreciaciones generales sobre la situación del desplazamiento en Chiapas" En Regional seminar on internal displacement in the Americas. Mexico City, Mexico Brookings Institution SAIS Project on internal displacement. Washington, D. C.

Mexican, Human Rights NGOs (2006) Shadow report to the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. "Defensoría del Derecho a la Salud; La atomización demográfica en Chiapas. Un obstáculo para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales".

Miralles, Ana María (2001) "El debate latinoamericano sobre la comunicación" Rev. Documentos 3(1): 23 y ss. Univ. P. de Barranquilla Colombia.

Neeli M. Bendapudi, Leonard L. Berry, Keith A. Frey, Janet Turner Parish, William L. Rayburn (2006) "El medico ideal según la Clínica Mayo." Diario Médico,

OCDE Health data 2005: Statistics and indicators for 30 countries.
<http://www.oecd.org/dataoecd/16/23/4970198.pdf>

Pinker, Steven . (2000) The language instinct. Edit. Perennial Massachussets.

Pinker, Steven (2000) Words and rules. Editorial Perennial. Massachussets.

Polaino-Llorente, A. (2003) "La persona digna", en: Fundamentos de psicología de la personalidad. Rialp Madrid.

Polaino-Llorente, A. (2008) "Aprender a escuchar. La necesidad vital de comunicarse". Editorial Planeta Testimonio. Barcelona.

Polaino-Llorente, A. (2010) "Antropología e investigación en las ciencias humanas. Unión editorial. Madrid.

Project Professionalism of the American Board of Internal Medicine.

Pulido, P. A. et al (2006) "Changes trends and challenges of medical education in Latin America" Medical Teacher 28(1): 24-29.

Sánchez-Pérez, H. J., Ochoa, Díaz L. H. y col. (1998) “La atención del parto en Chiapas, México: ¿Dónde y quien los atiende?”. *Salud Pública Mex.* 40:494-502.

Sánchez-Pérez, H. J. y col. (2000) “Calidad bacteriológica del agua para consumo humano en zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas: ¿apta o no apta?”. *Salud Pública Mex.* 397-406.

Saussure, F. (1990) *Curso de lingüística general*. Editorial Océano, México.

Schroeder, S. A. (2007) “We can do better: Improving the health of the American people”. *The New England J. of Medicine.* 357:1221-1228.

Stein, Edith (2007) “La estructura de la persona humana” Editorial BAC, Madrid.

Trubetzkoy, Nicolai. (1992) “Principios de fonología” Editorial Kapelusz. Colombia.

UNFEPA, State of the World’s Population 2005: The promise of equality; Gender equity, Reproductive Health and the Millennium development goals, Página 10.

Van Dijk, T. (2007) “Racismo y discurso en América Latina. Editorial Gedisa España.

Van Dijk, Teun, A. (2008) “dominación étnica y racismo discursivo en España y América Latina. Editorial Gedisa.

Van Dijk, T. A. (2012) “Discurso y contexto. Un enfoque sociocognitivo”. Editorial Gedisa, España.

Witzany, G. (2009) “Biocommunication and natural genoma. Edit Springer Verlat.