

Universidad Autónoma de Barcelona
Departamento de Periodismo y de Ciencias de la
Comunicación.
Programa de Doctorado en Comunicación y Periodismo

*La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis
pragmático-discursivo*

TESIS DOCTORAL

Doctorando: Luis Casasbuenas Duarte

Director: Doctor José Manuel Pérez Tornero

Barcelona, 6 de septiembre de 2007

Dedicado a la memoria de mis padres.
A mi esposa, hijos, y nietos.
Y a mis hermanos.

Agradecimientos:

- A mis compañeros y compañeras del A.B.S. *La Torrassa*, de L'Hospitalet de Llobregat, provincia de Barcelona, por su amistad y colaboración.
- A los compañeros y compañeras del grupo PBI, del grupo de "Comunicación y Salud", de la *Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*, especialmente a su coordinador, José María Bosch, por su apoyo al compartir sus conocimientos en estos temas de entrevista clínica.
- Al "Laboratorio de imagen y sonido", de la Facultad de Periodismo y Ciencias de la Comunicación, de la *Universidad Autónoma de Barcelona*, por el trabajo con el material de video-grabación.
- Y a todas las personas que trabajan en el *Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol-IDIAP*, de Barcelona, especialmente a Enriqueta Pujol y a Carmen Ibáñez, por toda su ayuda y paciencia durante el tiempo que estuve como "okupa" en esa institución.
- A Rocío Casañas Sánchez, Elena Sorribes Soto y Ester Durán Navarro, por su colaboración al analizar y comentar el material utilizado en este trabajo.
- Y un reconocimiento muy especial a las personas que me autorizaron para grabar sus entrevistas. Me permitieron conocer cómo piensan y cómo sienten en ese difícil momento de "estar enfermo". Y en ellos represento a todas esas personas, que sintiéndose enfermas, me han permitido estar cerca de ellas e intentar ayudarles.

ÍNDICE

Resumen

1. Introducción	1
2. Objeto de estudio	3
3. Marco teórico y conceptual	4
3.1 La comunicación	4
3.1.1 La comunicación de la ciencia	4
3.1.2 Características de la comunicación	5
3.1.3 Modalidades de la comunicación	8
3.1.4 Comunicación y salud	12
3.2 El lenguaje	13
3.2.1. Características	13
3.2.2 Uso del lenguaje	14
3.3 La conversación	15
3.3.1 Características	15
3.3.2 El principio de cooperación.	16
3.3.3. La organización de los textos	18
3.3.4 Interacción conversacional e interacción institucional	19
3.4 La entrevista	21
3.4.1 La relación	21
3.4.2 El concepto de entrevista	23
3.4.3 La enfermedad	24
3.4.4 La entrevista centrada en el paciente	26
3.4.5 La comunicación en salud, su enseñanza y evaluación	27
3.5 La narrativa en medicina	33
3.5.1 Consideraciones generales	33
3.5.2 La narrativa en la entrevista	34
3.5.3 La anécdota en medicina	37
3.5.4 La narrativa en algunas especialidades médicas	40
3.5.5 Narrativa, ética y responsabilidad médico-legal	43
3.5.6 Narrativa, literatura y medicina	45
3.5.7 El futuro de la narrativa en salud	48
3.6 El sufrimiento	49
3.6.1 Definición y características	49
3.6.2 Enfermedad y sufrimiento	52
3.6.3 Emociones, sentimientos y estados de ánimo	54
4. Marco metodológico	58
4.1 Algunos conceptos metodológicos	58
4.2 Las hipótesis	63
4.3 Material y métodos	64
5. Corpus de la investigación	67

5.1 La investigación cualitativa	67
5.1.1 Características de la investigación cualitativa	67
5.1.2 Fases de la investigación cualitativa	70
5.1.2.1 Primera fase	70
5.1.2.2 El método	71
5.1.2.3 El muestreo.	73
5.1.2.4 La técnica de recogida de datos	76
5.1.2.5 La observación	78
5.2 Selección de las entrevistas	81
5.2.1 Elementos verbales de la oralidad	82
5.2.2 Elementos no verbales de la oralidad	85
5.3 Criterios de inclusión	88
5.4 El concepto de transcripción: cuando la imagen se vuelve palabra	100
5.5 Descripción, transcripción, análisis, e interpretación de las entrevistas.	103
5.5.1 El programa ATLAS-Ti	141
5.6 Evaluación y rigor en investigaciones cualitativas	235
5.6.1 Sesgos del investigador	236
5.6.2 Las triangulaciones.	237
5.6.3 Publicación de los resultados	261
6. Resumen y conclusiones	262
7. Bibliografía	267

Resumen

1-Introducción

El *sufrimiento* es inherente a la vida humana y se presenta especialmente por una enfermedad o por la muerte de un ser querido. Además de diagnosticar y tratar la enfermedad, el médico también debe aliviar el sufrimiento relacionado con ella. Pero en ocasiones este aspecto se deja de lado en la práctica profesional actual.

2-Objeto y objetivo

El *objeto de estudio* de este trabajo es la entrevista médico-paciente. Y *el objetivo* es analizar la conversación de sus participantes, buscando identificar en ella expresiones de sufrimiento, verbales o no verbales, manifestadas por el paciente de forma espontánea, o como resultado de alguna intervención del médico. Además conocer si éste reconoce esas expresiones, las identifica, y de alguna manera las responde.

3-Marco teórico y metodológico.

Se definen y analizan conceptos de diversos autores sobre temas como la comunicación, el lenguaje, la conversación, y la entrevista, para finalizar con un capítulo sobre la presencia de la narrativa en la medicina, y comentarios sobre las emociones en general, y el sufrimiento en particular.

Se mencionan algunos conceptos metodológicos iniciales, que más adelante- en el denominado *Corpus de la investigación*, se amplían. Se utiliza *metodología* cualitativa, en la cual *la técnica* de recolección de información es la entrevista y *el método* es el análisis del discurso. Hasta aquí la parte teórica.

El trabajo de campo se realizó en un Centro de Atención Primaria-CAP de la Provincia de Barcelona, en donde se grabaron en vídeo 39 entrevistas realizadas por médicos(as) de su plantilla. Una vez pasadas a formato DVD, se revisaron buscando los criterios de inclusión previamente definidos, y se

seleccionaron 8 entrevistas, las que fueron transcritas, y constituyeron el material de análisis.

Este fue realizado inicialmente de forma manual pero luego se utilizó el programa informático ATLAS-Ti. Se incluyen muestras de este análisis y se mencionan los sucesivos pasos que se dieron durante el proceso, sustentando las diferentes decisiones que se tomaron.

4-Resumen y conclusiones

Se utilizan varias tablas para recolectar los resultados, que permiten apreciar:

1. La dificultad que hay para identificar un sentimiento tan complejo como es el sufrimiento.
2. La gran diversidad de las expresiones verbales y no verbales utilizadas por los pacientes para manifestar el sufrimiento.
3. En ocasiones el médico no percibe o no identifica esas señales, y por lo tanto no puede darles respuesta.
4. Al final se intenta tipificar las entrevistas de acuerdo a la forma como se desarrolla la interacción, se categorizan las conclusiones, y
5. Se presentan propuestas con la intención de mejorar la interacción en estos difíciles encuentros:
 - a. mejorar las habilidades de los médicos en comunicación
 - b. mejorar también sus habilidades en la identificación y manejo de emociones propias y ajenas
 - c. aplicar estas habilidades en la práctica clínica diaria, especialmente en este complejo tema del sufrimiento.

Key words : Communication [MeSH], Physician-Patient Relations [MeSH], Primary Health Care [MeSH], Suffering , Qualitative Research [MeSH]

1. Introducción

[...]Yo, que en la piel tengo el sabor
amargo del llanto eterno[...]
Mediterráneo, Joan Manuel Serrat.

La relación que el médico y el paciente establecen es clave para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Esta relación se materializa mediante una entrevista o conversación en que se suceden preguntas y repuestas en un tiempo generalmente reducido¹. Y es justamente en ese corto período en el que se recibe la información, se analiza y se toman las decisiones correspondientes. Por lo tanto, esta relación dependerá de cómo se lleven a cabo esas entrevistas, cuál es el grado de fiabilidad de la información obtenida, y cómo es interpretada por el médico².

El interés es estudiar la conversación que mantienen médico y paciente durante su encuentro, en este caso en los Centros de Atención Primaria, y procurar aplicar los resultados de esta investigación al ejercicio profesional³.

Mediante la comunicación con el paciente, el médico debe realizar una de sus labores más importantes: aliviar el sufrimiento relacionado con la enfermedad. Y con el aumento del promedio de vida, hoy tenemos una gran cantidad de personas con enfermedades que causan "ese tipo de sufrimiento que

¹ Algunos investigadores consideran que no existe la relación médico-paciente si no que ésta se va construyendo a lo largo de los diferentes y sucesivos encuentros de los dos participantes. Sin embargo, antes del encuentro, antes de que el médico aparezca, están los síntomas del paciente, la sensación de vulnerabilidad, la necesidad de ayuda de "otro" y esa necesidad es lo que hace posible, y define, el concepto de relación.

² El tiempo asignado actualmente a una consulta médica en Atención Primaria es de 5-7 minutos. Existe un movimiento de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* denominado "Plataforma diez minutos" que busca el aumento de duración de la entrevista hasta ese tiempo, para realizar sus actividades de forma que satisfagan al paciente y al médico

³ Cuando el tiempo asignado a la consulta no es el adecuado pueden suceder dos situaciones opuestas: o el médico pide una cantidad innecesaria de pruebas que le ayuden a encontrar el diagnóstico, o para optimizar el tiempo puede pensar que "el paciente no tiene nada", con el riesgo de estar ante un caso que puede ser complejo.

diariamente recuerda a las personas que ya no son lo que eran y que aún lo serán menos en el futuro", según concepto de Daniel Callahan (2004: 12).

El sufrimiento y su pariente cercano, el dolor, son propios de la vida humana, aunque son conceptos diferentes. Y debemos recordar que cuando alguien va a consulta, además de sus síntomas, también le lleva al médico sus ideas, sus sentimientos y sus maneras de relacionarse con los demás. Y el médico no debe olvidar que si algo agobia al ser humano no es el sufrimiento en sí, si no el sufrimiento sin sentido⁴.

El dolor se está estudiando ampliamente y existe una rama de la medicina dedicada a él, pero el sufrimiento no tiene, ni siquiera en los diccionarios, una definición satisfactoria.

Para John D. Loeser, "en buena medida, la medicina moderna ha vuelto la espalda al sufrimiento como parte de la historia vital del individuo (...)el mero hecho de escuchar el relato del sufrimiento de un individuo puede ser un encuentro terapéutico. La respuesta al sufrimiento es la vocación de larga tradición del médico (...)" (2004: 104), en una clara alusión a la comunicación en la entrevista.

Aunque todos los días, en algún momento y en algún lugar, se está realizando una entrevista o encuentro de un médico y un paciente, generalmente desconocemos la gran complejidad que este acto encierra. Y aunque en esa entrevista hablamos-y nos hablan, con frecuencia no sabemos realmente qué estamos diciendo, ni lo que nos están diciendo, ni las consecuencias de lo que decimos. No basta que el progreso tecnológico esté permitiendo la utilización de procedimientos cada vez más complejos de diagnóstico y tratamiento: la conversación médico-paciente sigue siendo esencial en la relación personal que se teje en ella, y en los posibles beneficios terapéuticos que de allí se generan.

⁴ Este trabajo parte de un problema real: la existencia del sufrimiento relacionado con la enfermedad, que el paciente manifiesta directa o indirectamente, y que el médico debe explorar y atender.

Por lo tanto, no es suficiente disponer de una buena habilidad clínica para asegurar que la entrevista sea satisfactoria. Cada vez es más evidente que también se requieren habilidades de comunicación que deben ser aplicados a la relación médico-paciente⁵.

2. Objeto de estudio

En el trabajo inicial de investigación (tesina), presentado en julio de 2005 a la *Universidad Autónoma de Barcelona* dentro del programa de "Doctorado en Comunicación y Periodismo", se hizo una revisión general de los aspectos teóricos y de los modelos conceptuales de la entrevista que se da dentro de la relación médico-paciente⁶. Partiendo siempre desde la Comunicación, interesa en estos momentos continuar el estudio de la entrevista, analizando ahora la conversación que tienen los protagonistas de este encuentro, y darle a esta reflexión una base empírica concreta.

Así, siguiendo el protocolo del departamento de Periodismo y de Ciencias de la Comunicación, de la *Universidad Autónoma de Barcelona*, curso 2005/2006, página 13, esta propuesta de investigación se inscribe en el marco de las tesis de carácter demostrativo, y su objeto de estudio es la entrevista médico-paciente. El objetivo último será, no obstante, obtener conclusiones de tipo

⁵ La medicina actual, apoyada por las bondades de la ciencia y la tecnología, ha centrado su actividad en la curación. Pero como hay una gran cantidad de enfermedades de las que aún no se conoce su causa ni su tratamiento, debemos tener la humildad de aceptarlo y confiar en que más adelante las investigaciones científicas mostrarán avances. Pero, curables o no, las enfermedades traen aparejado un sufrimiento que sí se puede-y se debe aliviar, porque es la obligación primaria de la medicina.

⁶ Se refiere al trabajo de investigación (tesina) *La entrevista en la relación médico-paciente. Antecedentes históricos, evolución y significados*, presentado por Luis Casasbuenas Duarte, el 5 de julio de 2005, dentro del Programa "Doctorado en Periodismo y Ciencias de la Comunicación", de la *Universidad Autónoma de Barcelona*.

teórico y conceptual que sean útiles, tanto a las ciencias de la salud como a las ciencias de la comunicación⁷.

3. Marco teórico y conceptual

3.1 La comunicación

3.1.1 La comunicación de la ciencia

La entrevista forma parte del proceso más amplio de la comunicación humana, y dentro de ella de un contexto más específico denominado comunicación científica, y que, siguiendo a Santiago Ramentol (2000), se puede clasificar en función de los siguientes niveles:

1. la comunicación que se establece entre los miembros de la misma especialidad, dentro de una profesión dada;
2. la que tienen científicos de especialidades diferentes dentro de una misma profesión;
3. la que se da entre miembros de diferentes profesiones científicas;
4. la que se establece entre la ciencia y las personas e instituciones que tienen un interés especial en temas científicos;
5. la que se produce entre la ciencia y la comunidad en general.

El presente objeto de estudio tiene que clasificarse en este último apartado: la comunicación que se da entre las ciencias de la salud y el público en general, o lo que es lo mismo, entre las instituciones sanitarias y las personas usuarias de estos sistemas, es decir, entre el médico y el paciente.

⁷ Se tiene la convicción de que un estudio como este, de la entrevista médico-paciente, debe realizarse desde la Facultad de Ciencias de la Comunicación, no obstante el indudable carácter interdisciplinario del tema. La tendencia que se observa en los investigadores del tema es la de integrar-reintegrar la medicina a las ciencias sociales, sin dejar de lado los importantes e innegables avances tecnológicos que aplica en su práctica diaria.

Desarrollando este estudio y proponiendo modelos que mejoren la relación médico-paciente, lograremos que el conocimiento científico cumpla su labor fundamental de llegar al ciudadano y mejorar la calidad de vida.

3.1.2. Características de la comunicación

Para Watzlawick la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse, pues un ser requiere para su subsistencia tanto los elementos indispensables para su metabolismo, como la apropiada información sobre el mundo que lo rodea. Y afirma que "la existencia es una *función* de la relación entre el organismo y su medio que alcanza su más alto grado de complejidad en el nivel humano" (1987: 236)⁸.

Las personas necesitamos comunicarnos con nuestros semejantes para explicarnos el mundo en que vivimos, intercambiar información, pedir y recibir ayuda, compartir ideas o exponer diferencias. A pesar de ser un acto tan natural, tan humano-o precisamente por serlo, para Victoria Escandell "cada acto comunicativo concreto está caracterizado por una conjunción de coordenadas que lo hacen único e irrepetible: se produce entre individuos concretos, en un espacio concreto, en un momento determinado, y en unas circunstancias particulares" (2005: 9).

Que la comunicación requiera ser intencional o no, aún está en discusión, pero Escandell considera que es precisamente esa *intencionalidad* la que establece la diferencia entre los actos voluntarios y los involuntarios: los primeros se consideran auténticos comportamientos, mientras los segundos se quedan en el

⁸ Cuando Dance (1979) estudió la teoría de la comunicación encontró hasta noventa y cinco definiciones publicadas, casi todas imprecisas y opuestas entre sí, en las que persisten dudas como estas: si la comunicación sólo se da entre seres humanos; si el que envía el mensaje debe realizar un esfuerzo adicional. Y si el acto de comunicar implica tener la seguridad de que el receptor haya recibido el mensaje con exactitud, aspecto muy importante para los que piensan que "toda comunicación es persuasiva".

nivel de actos reflejos⁹. Esto le permite a la autora concluir que "la comunicación humana constituye una variedad específica y compleja del comportamiento y no un acto reflejo" (Op. cit.: 19).

Al respecto, Helena Calsamiglia y Amparo Tusón (1999) agregan que las reglas que permiten esa comunicación hay que aceptarlas como "tendencias habituales de comportamiento", como "principios razonables" que las personas han aceptado y en las cuales confían¹⁰. Es decir, forman la "base contractual" no explícita de una conversación. Sin embargo, esas normas se pueden modificar o cambiar mediante la negociación, lo cual le va dando al sujeto habilidad para comunicarse, en la medida en que participa repetidamente en estos eventos.

Como a veces es más importante la intención de lo que queremos decir que lo dicho propiamente, y, en otras ocasiones, lo que manifestamos no es todo lo que queríamos transmitir, la comunicación puede convertirse entonces en una sucesión de episodios en los que sus protagonistas *sólo* comprenden "intenciones": buscan interpretar los signos del habla como indicios de las intenciones y la voluntad de los interlocutores.

⁹ Escandell insiste en que sólo hay *comunicación* cuando la persona a la cual va dirigido el mensaje lo "recibe e interpreta" en forma adecuada. Así se establecería la diferencia con conceptos como inferir, obtener información, deducir, intuir, etc.

¹⁰ Calsamiglia y Tusón (1999) plantean que la disciplina conocida como etnografía de la comunicación considera que "la competencia lingüística" debe ser una parte del conjunto de nociones y destrezas que harían parte de la "competencia comunicativa", que finalmente ayudarían a constituir "la competencia cultural" de un grupo humano determinado. Esto permitiría entonces reconocer diversidad de "comunidades de habla" con sus respectivas normas socio-lingüísticas que harían posible esta diversidad. Porque finalmente lo que identifica y congrega a un grupo humano determinado es participar de un "repertorio verbal y comunicativo" y de unos modelos o costumbres de empleo de ese repertorio (Op.Cit.:19). Es decir, la realidad socio-cultural de un determinado grupo humano se puede entender entonces a partir de esta interacción comunicativa compartida.

Por lo tanto, para que una comunicación tenga cierto éxito, deben existir desde el comienzo objetivos compartidos, acuerdos tácitos, y visiones comunes entre sus participantes para que el resultado final sea el esperado.

Con frecuencia no se sabe cuales son esos objetivos, o se ocultan o se expresan de manera indirecta. Y cuando a los participantes estos objetivos no les coinciden puede producirse entonces una "negociación", consciente o no, de resultado incierto.

Por esto, "considerar a los seres humanos como procesadores perfectos de información no sólo es inadecuado, sino que es improbable que permita realizar un razonamiento eficiente e inteligente", según Turabian Fernández y Pérez Franco (2006)¹¹

No obstante, Watzlawick, insiste en que la comunicación nos influye de tal manera que llega hasta el nivel de auto-conciencia, basado en que "no hay nada que sea lo contrario de conducta, no hay no-conducta, es imposible no comportarse (...) si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar" (Op. Cit.: 50).

Todos estos elementos: la intencionalidad, las normas que rigen el discurso, la negociación del contrato comunicativo y los efectos que producen las estrategias sobre los interlocutores, interesarán especialmente a la hora de analizar la entrevista médico-paciente.

¹¹ En ocasiones, durante la entrevista clínica, surgen conflictos cuando el paciente responde a una pregunta en forma vaga e imprecisa. Posiblemente está relacionando los hechos con acontecimientos destacados de su existencia, empleando lo que se denomina "tiempo de la vida", mientras al profesional le interesan fechas definidas, lo que se conoce como "tiempo de la ciencia".

3.1.3. Modalidades de la comunicación

Para comunicarse, las personas pueden referirse a un objeto dado bien haciendo un símil (diagrama) o atribuyéndole un nombre (palabra).

El primero será un concepto de base analógica o icónica y el segundo un concepto convencional, simbólico. La comunicación analógica es más antigua e incluye buena parte de la comunicación no verbal. Se considera que el contenido de un mensaje dado se transmite en forma simbólico-convencional. Es el caso de una conversación. El lenguaje convencional o simbólico es el que facilita la abstracción, es más elaborado y flexible, mientras que el analógico no permite distinguir entre pasado, presente y futuro, aspectos que para el caso de este trabajo son importantes.

En resumen, la analógica se refiere a todos los aspectos de la comunicación no verbal y por lo tanto incluye la prosodia (pronunciación y acentuación de las palabras); la posición de los cuerpos en el espacio y el concepto de territorialidad (la proxémica); los movimientos del cuerpo, incluidos los gestos (la kinésica); los elementos paraverbales (el timbre y la intensidad de la voz). Y aunque para Watzlawick "todos los logros de la humanidad serían impensables sin la comunicación digital" (Op.Cit.:63), en la relación usamos la analógica.

Por su parte, Fernando Poyatos considera que la comunicación puede ser vocal-verbal, que se referiría al lenguaje; vocal-no verbal, que se referiría al denominado paralenguaje; y no vocal-no verbal, que tendría que ver con la expresión corporal en general. Es decir, la comunicación humana estaría basada en el trío lenguaje-paralenguaje-kinésica.

Además, y desde otro punto de vista(estímulo-respuesta), define el concepto de *sinestesia* como un proceso psicológico en el que un estímulo sensorial provoca una sensación subjetiva secundaria que corresponde a otro sentido. Por

ejemplo, si veo una escena intensa, conmovedora, "se me pone la piel de gallina".

Y luego considera que esta asociación "constituye la verdadera complejidad de la interacción sensorial o, en realidad, de la comunicación interpersonal" (1994a:68). Finalmente, para complementar los aspectos kinéticos, especialmente los gestos, define el concepto de *deícticos* como "movimientos, y a veces sonidos, que indican la situación de una persona, objeto o lugar en el espacio, esté o no presente, y la situación de un acontecimiento en el tiempo", (Op.Cit.:197).

Francesc Borrell (1989) para hablar de los "ruidos" que dificultan la comunicación médico-paciente menciona: 1-*la interferencia cognitiva*, que se presenta cuando el entrevistador no capta o no comprende las quejas del paciente, que puede ser por creencias ligadas al papel que se atribuye el médico, creencias sobre las expectativas de los pacientes, o creencias producidas por la relación misma; 2-*la interferencia emocional* que puede provenir tanto de los médicos como de los pacientes (sobre-valoración de su labor profesional, o temor por las consecuencias de su enfermedad, entre otras); y finalmente 3-*la interferencia social* (discriminación en la atención a los usuarios). Para Borrell las características de un "buen entrevistador" serían entonces la empatía, la calidez, la concreción y el respeto.

Si el aspecto verbal y el no verbal de un mensaje son contradictorios, las personas se quedan con este último, pues es el más antiguo y tiene hondas raíces antropológicas y biológicas. Pero a pesar de esto, no es fácil entender el lenguaje no verbal, ante todo por lo variado y diverso, pero especialmente porque "se emite para ser sentido, no para ser comprendido" por el receptor, quien debe entonces *traducir*, de sentir a comprender. Por esto cuando dos personas se encuentran por primera vez se forman una idea recíproca el uno del otro, idea que no está dada por elementos racionales ni lógicos, pero que marca desde ese momento su relación y contribuye a la formación de

estereotipos. De todos modos, no debemos perder esta primera oportunidad, tan especial, para crear una relación adecuada.

Borrell(1989) menciona que durante la entrevista se pueden dar relaciones *sintónicas* y *asintónicas* (que no son lo mismo que *correctas* e *incorrectas*); posiciones *abiertas* y posiciones *cerradas*. Además, menciona los *ilustradores conversacionales* que refuerzan la seguridad de alguien al hablar; los *reguladores conversacionales*, gestos que anuncian que una conversación puede comenzar o que se puede cambiar de tema; los *adaptadores conversacionales* que se emplean para "auto-confianza y confort"; y el *contrabalanceo emocional* que es la tranquilidad y la certeza con las que conducimos una situación conflictiva y, en vez de permitir que nos conduzcan a una actitud negativa, más bien llevamos al paciente a una actitud positiva. Otro aspecto que estimula la conversación es la *facilitación* que consiste en que el médico acompaña el relato del paciente con gestos o actitudes similares a las que este está realizando en ese momento, mientras que hay otras de carácter verbal, como repetir palabras o frases que el paciente acaba de mencionar.

Pedro Laín (1983) considera que cuando se encuentran médico y paciente lo primero que hay es la mirada, y dentro de ella la primera instancia es para la cara y luego para el resto del cuerpo. Después viene la palabra, pero la mirada sigue presente. Finalmente el tacto confirma la realidad de lo que el paciente está viendo y oyendo (el saludo con la mano, la palpación durante la exploración). Y continúa diciendo que, mientras la mirada del paciente es de *petición* de ayuda, de comprensión, la del médico debe ser inicialmente de *acogida* y posteriormente ya podrá ser *objetivante*, de investigación. En concepto de este autor, la palabra del médico se utiliza para *convencer* y cuando a esa palabra se le agrega afecto, sentimiento, se puede pensar en *persuadir* ¹².

¹² Es importante el concepto que Laín expresa cuando califica al paciente como biógrafo e historiador de sí mismo, como testigo, actor y autor de su enfermedad. Esto coincide con los conceptos actuales de que la experiencia propia del enfermo es de gran valor, y se califica la entrevista como el encuentro de dos expertos: el médico con su saber académico-práctico, y el del paciente como un saber empírico, personal.

Algunas veces las entrevistas se desarrollan de forma tal que el médico se interesa "más en las cosas que en las personas", es decir, más en la enfermedad, en las técnicas para abordarla y curarla, etc., y deja de lado sus propias emociones y las del paciente. Pero como todos tenemos emociones, ellas aparecerán en las diferentes actividades en que participemos. Por eso Borrell(2003a) recomienda que durante la entrevista dejemos que esas emociones broten, bien espontáneamente o porque nosotros con buen sentido las desencadenemos, y sepamos manejarlas pro-activamente, es decir, en beneficio del paciente.

Para Borrell (2003b), lo que se denomina "perfil" o "estilo" del entrevistador se refiere a la clase y diversidad de comportamientos verbales y no verbales con los que desempeña sus tareas corrientes. Y en este concepto considera dos ejes: el interpersonal y el cognitivo. Dentro del primero destaca especialmente el compromiso con el sufrimiento del enfermo, que denomina *primer eje emocional*, y en el segundo destaca *la competencia clínica*. Es llamativo cuando expresa "insistimos en que para nosotros deben priorizarse en el eje emocional el compromiso con el sufrimiento del paciente, y en el cognitivo, la amplitud de las competencias" (Op.Cit.:242); y "afirmamos que nos parece clave el compromiso del profesional con el sufrimiento del paciente" (Op.Cit.:244). Y más adelante agrega que la competencia en comunicación implica las habilidades técnicas correspondientes: lo que se denomina reflexión en la acción, y una actitud especial por el sufrimiento del paciente¹³.

Y complementa estos conceptos definiendo la competencia emocional *como la capacidad de reconocer y gestionar las emociones que surgen en la consulta*, en la cual describe dos componentes: lo que denomina *tono emocional básico*,

¹³ Borrell(2003) expresa un claro concepto de la actitud que debe tener el médico durante la entrevista: "Mirar es fijar la vista en algo, escuchar es atender, pero comprender no consiste tan sólo en estar atento, sino que tiene algo de recreación. El clínico capaz de comprender hace suyos los materiales del paciente, los reproduce en su imaginación y los recrea, como si en parte fueran vivencias propias. Descubrimos entonces que todo buen clínico es alguien que antes de entender a los demás se ha entendido, se ha explorado y se ha escuchado, a sí mismo(...)" (Op. Cit.:76).

el que percibe un paciente cuando nos ponemos inicialmente en contacto con él, como la empatía, el respeto, etc; y *el tono emocional avanzado* que aparecerá en situaciones más comprometidas, tanto emocionales como cognitivas, en que una persona, por ejemplo, está muy deprimida llorando, o muy angustiada y "exige" saber qué tiene (Op.Cit.:249). Esta preocupación de Borrell por analizar el *sufrimiento*, como elemento importante dentro de la comunicación en la entrevista, sirve de apoyo y estímulo para proseguir este estudio.

También es útil para esta ocasión el concepto de *cismogénesis* mencionado por Bateson (1935), y citado por Watzlawick (1987: 68), para referirse al "proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos". A partir de aquí puede hablarse de las relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia: en el primer caso se habla de *interacción simétrica* porque sus protagonistas intentan "igualar su conducta recíproca". Y en el segundo se habla de *interacción complementaria*, dado que la conducta de uno de los protagonistas intenta complementar la del otro. Así, mientras en la simétrica hay igualdad y mínima diferencia en la conducta de sus protagonistas, en la complementaria la diferencia será considerable. En esta última los participantes tendrán entonces dos posiciones inter-relacionadas: una primaria (superior) y otra secundaria (inferior), pero no una mejor que la otra sino una diferente de la otra. Usando estas distinciones se puede aproximar a la caracterización específica de la relación médico-paciente en una entrevista.

3.1.4. Comunicación y salud

En relación con el tema de la salud, Watzlawick aporta algunos conceptos interesantes: asegura que para "la teoría de la comunicación", (1987: 80), un síntoma es un mensaje no verbal pues no es el paciente quien quiere hacerlo, sino algo que está fuera de su control; que un síntoma de un enfermo no es

más que "un fragmento de conducta" que afecta de alguna manera a sus allegados y que tiene la característica de ser involuntario, autónomo, espontáneo e incontrolable. Y finalmente agrega comentarios sobre el papel del terapeuta en el manejo de los síntomas, basándose en la influencia sobre la conducta del paciente mediante la comunicación.

3.2 El lenguaje

3.2.1. Características

Se dice que el lenguaje es el "único bien de consumo" que nos pertenece a todas las personas y, aunque es inherente al ser humano, sólo podemos perfeccionarlo interactuando en sociedad y, al usarlo de manera tan universal, conseguimos moldearlo y diversificarlo.

Para Peter L. Berger y Thomas Luckmann la expresividad humana puede *objetivarse*, es decir, manifestarse en *productos* que pueden ser percibidos tanto por sus propios productores como por las demás personas, por ser elementos que pertenecen a un mundo común, tan compartido, que sin estas *objetivaciones* no es posible la realidad de la vida cotidiana. Consideran que un ejemplo de objetivación de importancia decisiva es la *significación*, es decir, la producción humana de signos. Y agregan que "un signo puede distinguirse de otras objetivaciones por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos" (1997:54).

Los autores consideran el lenguaje "como un sistema de signos vocales", el más importante sistema de signos de la especie humana, sin cuya comprensión compartida no sería posible comprender, a su vez, la realidad de la vida cotidiana, a la cual, además, trasciende¹⁴.

¹⁴ El tener su origen en la situación "cara a cara" le confiere al lenguaje una "cualidad inherente de reciprocidad" que lo hace diferente de cualquier otro sistema de signos. Así, los que conversan pueden seguir produciendo simultáneamente signos vocales sin interrumpir sus "intenciones subjetivas", lo que permite a los protagonistas hablar a medida que

Además, para usar el lenguaje necesitamos la presencia permanente de la memoria que nos permite recordar y reconocer. Pero nos encontramos ante la dificultad de que no hay correlación precisa, de un lado, entre los pensamientos y las palabras con que queremos expresarlos y, de otro lado, entre las expresiones que oímos y el significado que les damos, dado que las palabras y los pensamientos son de distinta naturaleza. Los pensamientos se consideran representaciones internas, mientras que las palabras son representaciones externas. Los primeros se consideran "personales y privados" mientras que las segundas son "comunes y públicas". Por esto, las palabras no reflejan "exactamente" lo que queremos decir pero de todos modos transmiten "algo" de lo que queremos manifestar.

¿Entonces qué decimos cuando decimos algo?.

Y Wukmir agrega que "(..) toda verdad es primero una comprensión emocional; después, una ecuación pre-verbal; después aún, una conclusión interior; y si la queremos hacer comunicable es, o puede que sea, una abstracción expresada de lo sentido, más o menos exacta", (1967:31).

3.2.2. Uso del lenguaje

Por otra parte, pasar de la representación interna a la externa requiere un proceso de selección para el hablante en cuanto a qué- y qué tanta información dar, además de adaptarla a los requerimientos del oyente. Y este a su vez debe estar en capacidad de "ir más allá" de las señales recibidas, entre otras cosas gracias a compartir con su interlocutor muchos "significados" del mundo y de las circunstancias. Estos conceptos, especialmente los de representaciones internas y externas, tienen una gran validez para el tema de este trabajo-la

piensan, y oír cada uno lo que el otro está diciendo, prácticamente en el mismo momento en que lo dice, lo que permite "el acceso continuo, sincronizado y recíproco" a las subjetividades de los hablantes, dicen Berger y Luckmann.

De esta manera, a medida que hablo y me oigo, objetivo por medio del lenguaje mi propio ser. Es decir, el lenguaje hace "más real" mi subjetividad no sólo para mí mismo sino para mi interlocutor (Op.Cit.:58).

entrevista, dado que pueden dificultar la relación y ser causa de frecuentes desencuentros entre el médico y el paciente¹⁵.

Para Verschueren un enunciado es "cualquier fragmento del lenguaje", sin que interese su extensión ni el número de "voces" incluidas, pero que tenga un comienzo y un final precisos, definidos por esas mismas "voces". Agrega que la pragmática "es el estudio del uso del lenguaje" porque esta disciplina es el nexo que hay "entre el lenguaje y la vida humana en general", (2002: 41), pues lo que finalmente une a un conglomerado humano determinado es poder participar de esa actividad comunicativa que le es propia y lo identifica¹⁶.

De este modo se aprecia cómo los principales conceptos desarrollados por las ciencias del lenguaje y la pragmática proporcionan un acervo teórico y conceptual, adecuado al propósito de este trabajo.

3.3 La conversación

3.3.1 Características

Según el Diccionario de la Lengua Española, (2001: 647), conversar es "la acción y efecto de hablar familiarmente una o varias personas con otra u otras". Y Erving Goffman, (1959), considera que estas conversaciones, por

¹⁵ Aquí vale la pena mencionar los conceptos de Pedro Laín respecto de las funciones que cumple la palabra en la entrevista médico-paciente: una función vocativa o de llamada; otra expresiva o notificadora; una nominativa o representativa; y una función seductora. Es decir, cuando el paciente le habla al médico, lo está llamando, le notifica algo, nombra ese algo con mayor o menor precisión y trata de persuadirlo o disuadirlo, pero a su vez está recibiendo un acompañamiento que lo tranquiliza, le permite aclararse interiormente y auto-afirmarse. Y lo mismo vale para el médico, pues "quien habla a otro, se afirma a sí mismo", (2003:165).

¹⁶ Para Verschueren utilizar el lenguaje debe ser "una continua elección lingüística, consciente o inconsciente, por razones internas o externas al lenguaje" (Op.Cit.:110), y esa elección debe estar basada en tres conceptos: la variabilidad, la negociabilidad y la adaptabilidad. La primera significa la posibilidad de seleccionar; la segunda significa que esas elecciones no se hacen rígidamente sino basadas en principios y estrategias muy flexibles; y finalmente, la adaptabilidad es la propiedad del lenguaje que capacita a las personas para hacer estas elecciones, dentro de un abanico de posibilidades, de la forma que más colme sus necesidades, sin que esto deba ser tomado en una sola dirección.

intrascendentes que puedan parecer, nos sirven de presentación ante los demás y de estos ante nosotros, lo cual nos permite- y les permite, exponer ideas y sentimientos, dado que la conversación es el medio por el que establecemos nuestras relaciones sociales¹⁷.

Pero ante todo, los que conversan deben tener algún interés que pretenden hacer realidad mediante este diálogo, pues para realizar una conversación hay que dedicar un tiempo y hacer un esfuerzo para comprender y participar en ella. Sperber y Wilson, (1986), piensan que esa colaboración que se requiere para conversar se hace porque hay algo que *ganar*, generalmente en el área del conocimiento, bien porque lo modifique o lo aumente, conocimiento que será más apreciado entre más novedoso sea y menos esfuerzo requiera.

3.3.2 El principio de cooperación.

Con este nombre denominó Grice (1975) ese aspecto de la conversación que nos permite interactuar, con cierta confianza, en nuestras actividades diarias y encontró cuatro características que se deben cumplir para lograrlo: *1-máxima de cantidad*: que su contribución sea informativa pero no más de lo necesario; *2-máxima de cualidad*: no diga lo que piensa que es falso o de lo cual no tiene pruebas; *3- máxima de relación*: vaya al grano; *4-máxima de manera*: sea claro y conciso al expresarse y actúe con orden¹⁸.

Los estudiosos de la conversación analizan las veces en que un participante hace uso de la palabra, cuanto tiempo duran sus intervenciones, si su relación

¹⁷ Para Goffman(1959), socialmente la comunicación es una "puesta en escena" y sus protagonistas son actores que se convierten en personajes a medida que interactúan con sus congéneres. De tal manera, el self, el "sí mismo", no es más que una construcción social que se expresa por medio de la figura con la que cada protagonista aparece cuando interactúa. Esta imagen formada en ese escenario tiene un espacio público y uno privado, no intercambiables

¹⁸ Grice(1975) admite que estos principios no siempre se cumplen, y sin embargo, no se deja de cooperar. En estos casos el que omite o viola el principio lo hace para que el otro lo "descubra" y esto produzca un tipo de inferencia que Grice denomina implicatura.

es cercana o distante con el otro protagonista, si establece una relación de solidaridad o de dominio.

En este último caso, cuando se trata de una relación asimétrica como la que se considera aquí—entrevista médico-paciente, observan si quien ocupa la posición "superior" trata de igualar o disminuir esa distancia. También es tema de estudio cómo se inicia, se mantiene y se termina una conversación, pues cada grupo social lo hace de manera diferente, lo cual va aportando experiencias que se traducen en habilidades para interactuar en diferentes campos. En el caso concreto de la entrevista médico-paciente, la situación ha venido cambiando con la inclusión de terceros protagonistas, como la familia, la sociedad, la administración, etc, que produce "juegos de alianzas y contra-alianzas" que pueden entorpecer o favorecer el curso de la conversación¹⁹.

¹⁹ Alain Coulon(1998), al revisar conversaciones grabadas en un servicio de Urgencias, en las que participan varias personas, de varios estratos y con diversos intereses, concluye que "la conversación es una lucha de influencias"(Op.Cit.:80).

3.3.3. La organización de los textos

Pero cómo *hablan* las personas cuando están conversando? Calsamiglia y Tusón, (1999), lo exponen cuando mencionan los estudios de Adam (1996b), y Charaudeau (1992), respecto de *los modos de organización del discurso*. Aunque insisten en que lo más frecuente es que los textos se expongan por medio del enlace de más de un modo de organización, mencionan cinco modalidades: la narración, la descripción, la argumentación, la explicación y el diálogo.

Narramos para casi todo lo que tenemos que "contar", especialmente para lo más personal e íntimo, por eso no es de extrañar que se utilice para lo autobiográfico (historias o relatos de vida)-en este caso para contar una enfermedad.

La descripción nos permite expresar verbalmente el mundo real o imaginario y para ello nos valemos principalmente de los sentidos, de lo que percibimos, y para describir recurrimos a la enumeración, al listado- de los síntomas, en este caso.

Por su parte, *la argumentación* tiene una clara orientación a convencer, a persuadir, bien sea mediante argumentos racionales o emocionales, tanto en la vida pública como en la privada. La argumentación tiene una clara función comunicativa que persigue lograr la adhesión del otro-el paciente, ya que la intención de persuadir es una de las características exclusivas del ser humano.

La explicación presupone la posesión de un conocimiento y se caracteriza por "la objetividad, la neutralidad y la verdad". Se parte entonces de la existencia de un "experto" que intenta aclarar algo que otro u otros no saben o no entienden suficientemente, de lo cual se deduce que se está actuando principalmente a nivel cognitivo y se está generando una relación asimétrica. La

explicación presupone una información y no pretende convencer ni persuadir sino cambiar un estado de conocimiento en el otro²⁰.

Y finalmente, para hablar del *diálogo* basta recordar el concepto de Calsamiglia y Tusón(1999) cuando afirman que es "la forma básica de la comunicación humana", cuya representación por antonomasia es la conversación. Y agregan que el diálogo debe verse desde dos puntos de vista: su aspecto *secuencial* y su aspecto *jerárquico*. Lo primero se refiere a que el sentido que se le asigne a cualquier enunciado sólo puede ser interpretado adecuadamente cuando se relaciona con lo que se haya dicho antes, y lo que se vaya a decir después. Y la jerarquía se refiere a que la conversación se construye mediante el empleo de unidades de categoría diferente, "(..)desde la unidad mínima monologal-el acto-hasta la unidad máxima dialogal-la interacción(..)", (Op.Cit.:319).

3.3.4. Interacción conversacional e interacción institucional

La etno-metodología, una rama de la sociología, propuso el término de "análisis del discurso" para designar el estudio de la conversación corriente, la que realizan los individuos sin ninguna planificación ni objetivo. La intención de esta disciplina es "conocer la estructura del habla en funcionamiento", esa actividad social que van construyendo de forma armónica sus propios protagonistas. Estos conversacionalistas identifican los denominados "turnos de palabra" como la base de la conversación y los consideran objeto principal de estudio.

Para Paul Drew (1992), es la conversación, con sus debidas variaciones, la que nos permite comunicarnos para actividades laborales con diversos agentes e instituciones, que entonces recibe aquí el nombre de "interacción institucional". Y esta comunicación la hacemos bien sea como profesionales de esas

²⁰ Esta asimetría viene disminuyendo de tamaño e importancia desde que el paciente es una persona más informada, pero especialmente desde que se reconoce que también tiene un conocimiento, un saber, una experiencia que le da, precisamente, el haber sufrido esa enfermedad, de la que están hablando.

instituciones o como sus clientes (la visita médica, la asistencia al aula de clase, participar en una audiencia en la Corte, etc) ²¹.

Y es que, a pesar de su nombre, el análisis de la conversación (AC) o “habla en interacción”, no se ha dedicado solamente a la conversación corriente sino que ha tenido amplias relaciones con las actividades dialogales en diversas corporaciones o instituciones (la ciencia, la justicia, la educación, etc).

Para Sorjonen, (2001), ir a visita médica, asistir a una Corte o estar en un aula de clase es interactuar en un contexto institucional y para ello se utiliza el lenguaje, para realizar tanto la tarea si se trata de la institución, o alcanzar una meta si se trata de un cliente. Estudiar la interacción institucional es entonces estudiar la forma en que las personas usan el lenguaje para llevar a cabo estas labores.

Van Dijk (2001), piensa que, aunque la interacción médico-paciente es una conversación, el hecho de incluir la exploración física y otros aspectos profesionales, hacen que esa conversación sea “relevante”.

En una rama de la lingüística, conocida como “Análisis aplicado del discurso”, (AAD), Britt-Louise Gunnarsson, (2001), menciona que la organización de un hospital está puesta al servicio del médico, lo cual disminuye la posibilidad comunicativa del paciente al carecer este de la información adecuada.

Heath (1992), basándose en investigaciones realizadas en Gran Bretaña y los Estados Unidos, opina que la escasa información que el médico le aporta al paciente durante sus interacciones posiblemente se debe al interés, tanto de los profesionales como de la institución sanitaria, en conservar su autoridad y mantener el control. Heath señala que, con mucha frecuencia, el paciente no hace comentarios ni preguntas cuando el médico le da su diagnóstico, a pesar

²¹ Alain Coulon(1998) recuerda a este respecto que los etnometodólogos han estudiado las interacciones que se realizan en las instituciones de educación, en el sistema judicial, en las prácticas médicas, en los procesos organizacionales, en la investigación científica, y en la actividad política, entre otras.

de que éste lo anime a hacerlo, y desaprovecha así la oportunidad de recibir una información adecuada.

El autor piensa que esto puede deberse a que cuando el médico da el diagnóstico lo hace de forma tan concisa que le reafirma al paciente la gran distancia en conocimientos que hay entre los dos. Esto podría confirmarse porque cuando el médico da el diagnóstico en forma de pregunta, o se muestra poco rotundo en su información, el paciente entonces sí se anima a tomar parte en la conversación. Además, continúa Heath, en algunas ocasiones, cuando el médico dice el diagnóstico, su lenguaje no verbal es inadecuado: está escribiendo o realizando actividades similares, lo cual desestimula la participación del paciente.

Estas explicaciones recuerdan el concepto de Bergmann: cuando en una conversación se quiere mostrar lo limitado que es un conocimiento, lo mejor es mostrar su carácter "incierto"; y si se quiere estimular que la otra persona participe lo mejor es presentar, además, ese conocimiento como "fragmentario". Posiblemente estas dos características, de "incierto" y "fragmentario", pueden mover al interlocutor a dar una opinión de algo que seguramente él "conoce mejor", (1992:143), como es el caso de los síntomas en la entrevista médico-paciente²².

3.4 La entrevista

3.4.1 La relación

El *encuentro o entrevista* se produce dentro del largo y complejo proceso denominado *relación médico-paciente*, que designa esa característica humana de necesitar de los demás, de creer en algo, satisfacer necesidades y deseos, que se acentúa cuando alguien "se siente enfermo". Es una relación social en que se comparten sentimientos, ideas y actividades, que está siempre latente

²² Recordar aquí los trabajos de Francisco Javier Mercado(2000), especialmente el realizado en pacientes con diabetes.

hasta que se materializa en el encuentro o entrevista de sus protagonistas, que se da cuando uno de ellos siente que necesita la ayuda del otro.

Relación es "la situación entre dos cosas, ideas o hechos unidos por alguna circunstancia, en la realidad o en la mente de una persona; trato o conexión entre dos o más personas", según el Gran Diccionario de la Lengua Española, (2000). Se acepta que una relación se genera cuando un individuo depende de la acción de otro. El individuo que realiza la acción se llama "agente" (el médico) y la parte afectada se denomina "principal" (el paciente), tal como lo describen Isabel Macho y David Pérez-Castrillo(1994). Es importante desde ahora decir que esta relación se formaliza en un *contrato* cuya base es la *información*.

Según John W. Pratt y Richard Zeckhauser(1985), la igualdad o simetría en una relación significa que los dos individuos comparten la misma información, y pueden comprobar los esfuerzos que el otro hace por cumplir sus obligaciones dentro del contrato. Y hay asimetría cuando un participante sabe algo que el otro desconoce y, además, en una modalidad de esta asimetría conocida como "de riesgo moral", el principal no puede controlar el comportamiento del agente. Se ha considerado que el prototipo de esta última es la que se da entre médico y paciente, relación que además se amplifica con el entorno familiar, laboral, vecinal, comunitario²³.

²³ Esta gran dificultad para comprobar si el agente (el médico) ha hecho lo mejor por los intereses del principal (el paciente), está en la raíz de esta indeseable asimetría, y es la base de la gran mayoría de demandas y conflictos a que se ven enfrentados los médicos. Aunque la asimetría comienza por la desigualdad en el nivel de conocimientos (la información, de que habla el contrato), esta desigualdad hasta cierto punto se puede disminuir.

3.4.2 El concepto de entrevista

[...]Que tenemos que hablar de muchas cosas,
compañero del alma, compañero[...]
Elegía, Miguel Hernández.

Derivado de *entreviure*, verse el uno al otro, la entrevista es el encuentro anunciado de dos actores que tenían una relación tácita, que se hace real y concreta cuando uno de ellos tiene un malestar, un no sentirse bien, que luego se hace permanente. De acuerdo a sus ideas, conocimientos y experiencias, la persona elabora dentro de sí lo que cree que es una enfermedad, que luego extrae de su propio cuerpo, presenta a los demás y al final, frecuentemente, busca la ayuda de ese otro actor, el médico.

Según Pedro Laín (1983) el sentimiento de enfermedad se manifiesta de acuerdo a los componentes histórico-cultural, económico-social e individual de cada persona en cada sociedad. Por esto la entrevista ha sido interpretada de varias maneras y se le han dado diversos significados: la simple necesidad de hablar con alguien, la búsqueda de una identidad confundida, la necesidad de afecto, compartir la soledad o transmitir una queja.

Algunos conceptos sobre la entrevista incluyen el de Freidson (1970), que consideró la entrevista como potencial e intrínsecamente conflictiva, por las diferentes perspectivas que cada participante trae al encuentro. Y reconoció que la medicina se ejerce en un modelo organizado que tiene influencia en la actitud del paciente y del médico²⁴.

Wilson y Bloom, (1972) definieron el encuentro como un sistema social que en la actualidad es una mezcla de puntos de vista y actividades. Parsons, (1975), sostuvo que el encuentro era una estructura asimétrica de la relación de los

²⁴ Aunque la entrevista médico-paciente está catalogada como una interacción institucional, no hay que perder de vista su origen en la conversación corriente, que finalmente es la base de todas estas interacciones

roles de sus participantes, que contenía un componente jerárquico de autoridad, poder y prestigio.

Finalmente Waitrkin y Stoeckle, (1976) la vieron como un sistema micro-político, en el que el médico tiene el control de la información para mantener los patrones de dominio y subordinación, y lo que hay actualmente es un verdadero proceso de negociación entre dos o más participantes con conceptos competitivos. En todas ellas se destaca el aspecto *comunicativo* y especialmente el uso de *la palabra* para decir algo-una parte o casi todo lo que una persona siente, piensa e interpreta de un momento crucial de su vida: su sensación de enfermedad, su percepción de vulnerabilidad.

Estos conceptos integrados en modelos compatibles forman parte de la pauta de análisis que se aplicará a las entrevistas, objeto de este estudio.

3.4.3 La enfermedad

Se estudiará a continuación cómo la enfermedad, como objeto semántico convencional, forma parte de la entrevista.

Aquí cabe anotar que mientras el paciente utiliza la idea de "conducta de enfermedad"-sentirse enfermo, (el concepto de "illness" de los sajones), el médico maneja el "concepto de enfermedad" ("disease") que se refiere a elementos puramente biológicos-síntomas y signos objetivos. Como lo primero se refiere a aspectos más subjetivos, que a veces el médico no puede percibir ni interpretar de inmediato, esto puede llevar a frecuentes desencuentros y fracasos en la comunicación.

Esto lo confirma V.J. Wurmik cuando expresa que "de lo que sentimos, sufrimos o pensamos, nadie puede ser mejor conocedor que nosotros mismos, pues si lo deseo averiguar, nadie mejor que yo mismo puede disponer de más elementos necesarios para tal verificación", (1967:30). Y agrega que "cada hombre puede

medir con bastante exactitud lo que siente. Cada hombre es potencialmente capaz de medir lo que el otro sufre”.

Otras veces tras buscar un diagnóstico-saber “qué tengo”, se desea realmente saber “quien soy”. La palabra paciente procede de *sufrimiento* y significa “aquel que padece”, y según Susan Sontag, (2003), lo que se teme no es al sufrimiento en sí sino al sufrimiento que degrada. Y agrega que en ocasiones la enfermedad puede ser una dolorosa ocasión de obtener algún grado de importancia personal.

Algunas personas desde dentro de sí buscan la ayuda del médico, más por compañía que por salud, y encuentran alivio en los chequeos preventivos porque se sienten inseguros y por eso quieren saber “algo más”.

Además de las molestias y los dolores propios del padecimiento, la entrevista causa angustia por el temor a la enfermedad, a la invalidez, al riesgo de morir. A todo lo que implica tener que aplazar, o no poder realizar, un proyecto de vida; a la tristeza y a la soledad que causa el sufrimiento. Una enfermedad altera esa relación que tiene el ser humano con su propio cuerpo, conduce a una soledad no deseada, con sensaciones de dolor y desasosiego propias de cada ser, que no se pueden compartir con otros, como si se puede hacer con las alegrías ²⁵.

²⁵ “Quién escribe y desde dónde escribe: ¿una cuestión pertinente?” comenta Leticia Robles(2000), y trae tres ejemplos de descripción de la enfermedad por diferentes autores, en diferentes circunstancias: un sociólogo describe la enfermedad mental en los asilos; un periodista describe su propia situación por una gran invalidez; y un antropólogo tiene la oportunidad de narrar su propia enfermedad. Y aquí se podría agregar una cuarta situación: cuando el enfermo es el médico, el que curaba, como lo descrito por el neurólogo inglés Oliver Sacks(1998) cuando sufrió una lesión importante.

3.4.4 La entrevista centrada en el paciente

“Por más galas a las que me inviten, no se me puede olvidar que yo no soy el protagonista”.

Un periodista del diario *20 minutos*, Barcelona, 2005.

El interés por estudiar la entrevista, especialmente en el área de la Medicina Familiar y Comunitaria, llevó a Byrne y Long(1984), a realizar grabaciones de audio. Esto les permitió apreciar que el porcentaje de tiempo que utilizaba el paciente, en relación con el que usaba el médico, era un parámetro de gran importancia. Comenzaron entonces a hablar de “entrevista centrada en el paciente”, o su opuesto, “entrevista centrada en el médico”. Y concluyeron que si el porcentaje de tiempo que el paciente emplea en la entrevista es menor que el del médico, éste estaría ejerciendo un dominio en la entrevista y no tendría actitud de compartir, pues en estas circunstancias una mayor ocupación de tiempo es un ejercicio de poder.

Estas ideas fueron retomadas por investigadores como Ian R. McWhinney, (1989) y más tarde por M. Steward et al., (1989) para desarrollar el *modelo de entrevista centrada en el paciente*, que, aunque sigue considerando el tiempo como valioso indicador, toma en cuenta otros factores. Y asegura que lo importante es darle facilidades al paciente para que exprese sus pensamientos, sentimientos y expectativas, en otras palabras, que se comunique.

Para Henbest y Fehrsen, (1992) este modelo de entrevista significa poner la persona del paciente en el centro de la consulta e intentar entender sus pensamientos, sentimientos y expectativas, tanto como sus síntomas. Un abordaje centrado en el paciente implica dejar de pensar y responder en términos de enfermedad y patología, para volverse hacia la comprensión y el cuidado de la persona y sus problemas. La evaluación de este modelo se asoció con mejores resultados: se encontraron asociaciones positivas entre la entrevista centrada en el paciente y la sensación de éste de sentirse

comprendido, lo mismo que ponerse de acuerdo con el médico y la resolución de los problemas.

Diferentes estudios, entre otros el realizado por Ridderikhoff, (1993) muestran la estrecha relación que hay entre el tiempo disponible para que el paciente hable en la entrevista y el material que se obtiene de ella. Además, estudios como los de Anderson et al (1993) muestran relación directa entre la satisfacción del paciente y la posibilidad de expresar ideas, dudas, sentimientos, preocupaciones y expectativas. En el estudio realizado por Robbins et al, (1993), también se demuestra que a un mayor porcentaje de tiempo hablado por el paciente hay mayor satisfacción.

En estudios realizados inicialmente por Morrell et al (1986), y complementados por Henbest et al (1989), se ha encontrado un hecho significativo: los dos primeros minutos de la entrevista son definitivos para pronosticar si esta va a ser centrada en el paciente o no, aunque de todos modos la entrevista debe tener un tiempo mínimo para que cumpla su función.

3.4.5 La comunicación en salud, su enseñanza y evaluación

Como se desprende de estos estudios, la competencia comunicativa del entrevistador es fundamental en su labor cotidiana, pues le permite cumplir adecuadamente su rol dentro de esta interacción. Una buena comunicación conduce a un buen diagnóstico, a la explicación comprensible de las posibles causas de la enfermedad, a la propuesta de un tratamiento, y a su adecuado cumplimiento, además de las otras funciones que cumple este encuentro del médico y el paciente.

Estas habilidades para la comunicación pueden *enseñarse* y *aprenderse*, y de hecho ya hacen parte del programa de varios centros de educación en el cuidado de la salud. Pero esas competencias comunicativas también deben ser

evaluables mediante instrumentos que cumplan los requisitos de ser *válidos, fiables, y fáciles de utilizar*. Se han diseñado varios instrumentos para tal fin, y en nuestro entorno se usan con mayor frecuencia, en la actualidad, dos de ellos.

El primero es el denominado GATHA-RES, "específicamente desarrollado para valorar el perfil comunicacional de los médicos residentes en medicina de familia", según el trabajo realizado por R. Ruiz Moral et al(2001:469). Y aclaran que, ya desde 1992, un grupo de docentes en comunicación clínica comenzaron a preocuparse por elaborar un instrumento que les permitiera evaluar esta habilidad. La primera publicación, de J. A. Prados et al(1996), se denominó *GATHA base*, y en el mismo año se publicó *GATHA-BASE. Manual de uso*. Posteriormente, en 2001, R. Ruiz Moral et al publicaron el cuestionario *GATHA-RES*. Los autores dicen que, aunque este instrumento se refiere a tres tipos de contenido: actitudes, tareas y habilidades, no se trata de "dimensiones teóricas de la comunicación clínica" sino que las tres son "divisiones didácticas" para lograr una mejor comprensión de las entrevistas analizadas con dicho instrumento.

Su sigla proviene entonces de estos tres ejes: la G se refiere a datos globales(tiempo de la consulta, sexo del profesional y del paciente, presencia o no de acompañante, etc.); la A se refiere a actitud (se refiere al saludo, a la empatía verbal y no verbal, interrupciones, etc); T se refiere a las tareas que desempeña el profesional(delimitación de la demanda, seguimiento del síntoma-guía, emociones acompañantes, etc); HA se refiere a las habilidades técnicas que desarrolla el profesional.

Se adjunta su cuestionario de evaluación, que como se aprecia está orientado a calificar esta actividad en tres ejes.

Ítems del cuestionario GATHA-RES

Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?
- 7.

Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:
8. ¿Evolución cronológica?
9. ¿Localización?
10. ¿Factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?
Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:
13. ¿Estado de ánimo?
14. ¿Acontecimientos vitales estresantes?
15. ¿Entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

Ítems del eje 3. Habilidades técnicas

Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:

21. ¿Contacto visual-facial?
22. ¿Señalamientos?

Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

23. ¿Ejemplificación?
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:

25. ¿Respuesta evaluativa?
26. ¿Exploración de creencias?

27. En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?

El otro instrumento está diseñado para evaluar por tareas: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar(CICAA). Sus autores, Ruiz-Moral y Pérula de Torres, mencionan que “la escala presenta en sus distintos ítems categorías observables de contenido, actos del habla, conductas comunicativas no verbales, valoración afectiva y actividades conjuntivas (..)”(2006:323), temas muy relacionados con el presente trabajo.

Se adjunta el cuestionario correspondiente, con las características descritas.

Apéndice 1. Cuestionario CICA							
Datos globales: PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____							
Tiempo total de consulta (seg. y min.):	Hasta explorar (seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de consulta: 1) _____ 2) _____ 3) _____				
Profesional: M () F ()	Tipo: Med. () Resi. () Enfer. ()						
Especialidad:	Docente: Si () No ()	Proceso: Agudo () Crónico ()					
Paciente: M () F ()/R () E ()	Acompaña: Si () No ()	Visita: Inicial () Revisión ()					
TAREA 1.ª CONECTAR				NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?							
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?							
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?							
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?							
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?							
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?							
TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS				NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?							
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?							
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?							
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?							
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?							
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?							
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?							
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?							
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?							
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?							
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?							
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?							
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?							
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?							
TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR				NP	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?							
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar acerca de la evolución que puede seguir el proceso?							
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?							
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?							
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?							
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?							
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?							
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?							
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?							
NP: No procede; (0): muy escasamente o escasamente; (1): aceptablemente; (2): casi totalmente o totalmente							
He revisado la cumplimentación de todos los ítems _____ <input type="checkbox"/>							
PUNTUACIÓN TOTAL/n.º ítems con NP _____ <input type="checkbox"/>							

En este trabajo no se han empleado ninguno de los dos, porque el objetivo de esta investigación era *comprender* la forma en que los pacientes expresaban su sufrimiento, y la correspondiente respuesta que el médico le daba. En ningún momento se trataba de evaluar y calificar el trabajo de los entrevistadores, dado que estos instrumentos tienen ese doble sentido. De otro modo, este trabajo debería haberse planeado entonces en esa forma, la de evaluar la capacidad comunicativa de los entrevistadores, lo que implicaba el conocimiento de ellos de estos instrumentos, su capacitación previa, y su aceptación de ser evaluados en un trabajo que sería publicado en otro contexto. La idea de este trabajo es conocer *desprevenida*mente la interacción médico-paciente, ver si en esas circunstancias actuales el paciente expresa sufrimiento y el médico lo responde. De acuerdo al resultado que se obtenga de este estudio y las conclusiones a que llegue, se podrán hacer propuestas de otros estudios con otros objetivos.

3.5 La narrativa en medicina

Ya se ha mencionado que en la entrevista se dan la narración, la descripción, la explicación y la argumentación. Como la primera de ellas es la que inicia la interacción y permite que la entrevista continúe, parece entonces justificado dedicarle un apartado y analizar su relación con diferentes aspectos de la medicina. Y aprovechar conceptos expuestos en el marco teórico, y la experiencia del ejercicio profesional, para hacer un análisis o discusión sobre el tema. Además de lo anterior, este capítulo también se apoya en el trabajo realizado al respecto por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz(2004).

3.5.1 Consideraciones generales

Para varios investigadores-literatos, filósofos y antropólogos, las personas *vivimos* dentro de relatos y narraciones que nosotros mismos inconscientemente construimos y de los que somos autores. Y porqué creamos

narrativas con tanta facilidad y tan inconscientemente?. La epidemióloga Anna Donald (2004) nos da una explicación probable, de carácter evolutivo: sería muy difícil sobrevivir sin nuestra capacidad de crear relatos, porque esos relatos nos permiten *navegar* si orientamos nuestros sentidos y organizamos nuestro entorno; sin narrativas comprensibles no llegaremos a ninguna parte porque son esos relatos los que nos unen con nuestros semejantes para formar sociedad; sin compartir nuestras narrativas vamos a estar aislados, y porqué no decirlo desde ahora, "socialmente enfermos".

Para confirmar estos conceptos esta autora trae el ejemplo de "Alcohólicos Anónimos": como grupo de auto-ayuda, luchan por crear una verdadera estructura narrativa en la que personas solitarias, que viven historias aisladas y cuya soledad está reforzada por la bebida, logran unirse en una "narrativa compartida" que les permite recuperarse de sus sufrimientos, aprovechando que una de las funciones básicas de la narración es *conectar*, es realizar el enlace del narrador con el oyente.

3.5.2 La narrativa en la entrevista

El acto médico siempre será un acto social, aun cuando se esté considerando su aspecto más *científico*. Por eso las enfermedades, además de su componente biológico, seguirán siendo acontecimientos "construidos, reproducidos y perpetuados" socialmente mediante la conversación, y más específicamente, por medio del relato. Es la narrativa la que aporta "significado, contexto, y perspectiva" a los problemas que trae el paciente. Es la que define cómo y porqué ha enfermado.

Para Greenhalgh, (2004), médica de familia, la narrativa ofrece una oportunidad para entender la situación de enfermedad que de otra manera no se obtendría. Y agrega que si una parte importante del entrenamiento clínico consiste en "tomar" y "dar" historias, hay que recordar que es oyendo y

escuchando relatos como las personas, en general, han podido siempre explicar y comprender sus experiencias.

Richard Bayliss, médico endocrinólogo, entiende que para una mentalidad profesional rígida es difícil esperar hasta que el paciente termine de exponer su relato, y resistir la tentación de interrumpirlo para precisar vaguedades u obtener pormenores. Piensa que esto se puede evitar con la idea de que “las historias deben ser recibidas, no tomadas”, (2004:75).

La práctica clínica muestra que los episodios de enfermedad constituyen verdaderos hitos en la vida de los pacientes, que estos destacan en sus relatos. Hay otros acontecimientos en sus vidas que ocupan lugares prominentes en sus narraciones: los sufrimientos, el matrimonio, el nacimiento de sus hijos, etc, pero el médico coloca estos eventos en otro nivel de significado. Los clínicos, al insistir en situar un acontecimiento en una escala de “tiempo real”(seis meses, por ejemplo), sobre uno más significativo y personal, como los que acabamos de comentar, “subordinan la voz de la vida a la voz de la medicina”, según la expresión de Glyn Elwyn y Richard Gwyn (2004:171), médicos de familia del Reino Unido.

Y Anna Donald refuerza este concepto diciendo que, aunque, en cierto modo, las diferencias en el relato entre una persona sana (el médico) y otra persona enferma son ineludibles, los desencuentros realmente empiezan cuando los médicos hacen predominar sus relatos (clasificación de enfermedades, nivel de significado de los acontecimientos mencionados, etc) para dominar los relatos de los pacientes. Así, estos se sienten “aplastados, desmoralizados y a veces mal diagnosticados” según la autora. (Op.Cit.:23).

Hacer una historia clínica le implica al médico actuar como biógrafo, historiador o etnógrafo, para lo cual requiere entender aspectos psicológicos, sociales, biológicos y físicos de su paciente. Es decir, vista de esta manera, la labor del

médico sería ayudar a construir una historia personal hasta ese momento “medio escrita”; sería entonces co-autor de “ese texto que es el paciente”.

Curiosamente, cuando la medicina lograba importantes adelantos tecnológicos para aplicarlos en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de sus pacientes, los mismos médicos sintieron la necesidad de volver a escuchar con atención los relatos que sus pacientes les hacían. Entonces aparecieron los estudios de Michael Balint (1957) que les permitieron entender que había dos narrativas que se entrecruzaban y dificultaban la consulta: la narrativa del paciente y la del médico. Estos conceptos estimularon un “enfoque humanístico y reflexivo” de la entrevista clínica.

Pero para Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, los médicos de esa época se encontraron con que el mundo occidental casi había perdido el gusto por la tradición oral, y capacidades como “escuchar, apreciar e interpretar” las narraciones de los pacientes tenían poca presencia en el *currículo* médico. Y comprendieron que el estudiante de medicina, durante sus años de formación, había cambiado la capacidad innata que tenemos todos para “solicitar y apreciar relatos” de los pacientes, por la “experiencia aprendida” de hacer historias clínicas (Op.Cit:12).

Debe quedar muy claro que no hay ninguna incompatibilidad entre saber apreciar y valorar los relatos y narraciones de la experiencia de enfermar de un paciente, y la utilización del buen juicio clínico del médico, con la aplicación de conocimientos tan en boga como “la medicina basada en la evidencia”(MBE). Se trata de aplicar esos conocimientos consolidados, obtenidos en el estudio de grandes poblaciones(MBE), a casos individuales que conservan su particularidad, su individualidad.

3.5.3 La anécdota en medicina

En general, se definen las anécdotas como relatos cortos sobre un tema específico, que pueden ser verdades, mentiras, o verdades adornadas, que a menudo tienen un contenido dramático o gracioso para ilustrar algo, con una intención moral o educativa. El interés de contar una anécdota es capacitar a la audiencia para que recuerde o comprenda el tema que se está tratando, comprensión que se facilita si la anécdota es contada en palabras de uso habitual, y en un contexto donde la audiencia comparte una cultura o unos antecedentes.

La palabra anécdota se usa en dos sentidos: el primero es el sentido básico del término, en el que alguien narra una historia corta que ilustra un punto en forma más dramática que si simplemente la *contara*; el segundo es más bien displicente: cuando alguien comenta un relato con la expresión “eso es anecdótico” se refiere a algo que necesita más evidencia, ser más contrastado. Naturalmente aquí será usado en su primera acepción.

Las anécdotas son parte esencial e inevitable dentro de la medicina y se usan constantemente entre los médicos, entre estos y sus pacientes, y entre el público lego. Las anécdotas cumplen varias funciones: por ser dramáticas, cortas y por lo tanto fáciles de recordar, tienen un impacto en la educación de los médicos, en su comprensión de las quejas de los pacientes, en la peculiar presentación de esas quejas, y hasta pueden incidir, ocasionalmente, en decisiones políticas.

Mientras los libros de texto se centran en la presentación típica de la enfermedad, las anécdotas nos cuentan lo atípico y nos aportan *otras* visiones de la medicina, de la enfermedad, del paciente. La anécdota, como un medio por el cual un profesional aprende, debe ser reconocida por los educadores médicos y es obvio que este “aprendizaje por anécdotas” necesita ser

sustentado por otros más sistemáticos, pues la "evidencia anecdótica" tiene una credibilidad limitada en los círculos científicos.

Las anécdotas aparecen en las reuniones médicas, desde las más sencillas y rutinarias hasta las más formales y de mayor nivel, y generalmente comienzan con "recuerdo un paciente que...". Por esto es frecuente que, cuando se describen tratamientos nuevos, alguien mencione un caso en que las cosas han ido particularmente bien, o en que el tratamiento ha sido un completo fracaso; cuentan lo mejor o lo peor de un tratamiento, agregado a la evidencia científica. De esta manera llaman la atención sobre los riesgos o las perspectivas de los nuevos tratamientos.

No es raro que en la discusión que sigue a una conferencia las anécdotas que se relatan complementen lo que se ha dicho en términos formales, y ese intercambio de anécdotas les permite a los médicos probar su juicio clínico con el de sus pares. Los médicos jóvenes buscan el consejo y la guía de sus profesores, quienes les responden generalmente con anécdotas. Por eso, muchos profesores cuentan sus errores en forma de anécdota para apoyar a los jóvenes en momentos de indecisión o complicación de un caso determinado.

Con frecuencia los pacientes usan la anécdota como su principal medio para explicar porqué han venido a la consulta, y para ilustrar cómo determinados síntomas están afectando sus vidas. Esto nos recuerda que lo que al paciente realmente le interesa es su capacidad para *funcionar*, no la enfermedad en sí misma ni su gravedad. Las anécdotas ilustrativas de los pacientes nos revelan su comprensión o incomprensión de una posible enfermedad, y también les permite a los médicos saber cómo perciben los pacientes sus enfermedades, y su propia capacidad-la del médico, de hacer algo al respecto. A propósito, las anécdotas que los médicos les cuentan a los pacientes sobre esa misma enfermedad en otras personas, tienen poco atractivo ya que cada paciente considera la suya diferente, especial.

Y se ha comprobado que las anécdotas para comunicar temas de salud no sólo se utilizan en la sala de espera: los pacientes comparten sus propias experiencias y las de sus allegados tanto en el hogar como en el trabajo y hasta en el bar, y estos relatos pueden ser uno de los mayores motivos por los cuales los pacientes deciden ir o no a una visita con su médico. Por ejemplo, una visita al médico de cabecera o al hospital es un evento importante que se transmite como anécdota a los familiares o amigos, y además, es la oportunidad para saber qué tan real ha sido el aparente entendimiento entre el médico y el paciente. Así, la visita al médico es contada por el paciente como anécdota, los demás lo escuchan y a su vez, también en forma de anécdota, hacen sus comentarios.

Los informes de un caso(anécdota) estimulan la investigación, como sucede con frecuencia en las publicaciones de las revistas científicas, cuando algún médico se encuentra con un caso que se sale de los parámetros delineados clásicamente. Los colegas entonces pueden caer en cuenta que ellos también han tenido esos "casos raros" y así puede comenzar una investigación sobre determinado tema. Por ejemplo, Jane Macnaughton(2004), médica de familia en Inglaterra, nos recuerda que así comenzó recientemente a prestarse atención a temas como el posible daño de los implantes mamarios de silicona.

La anécdota también se relaciona con los medios de comunicación, pues es difícil abrir el periódico(o escuchar la radio o ver la televisión) sin encontrar anécdotas sobre asuntos médicos: una persona con una dolencia importante que tuvo una larga espera en un determinado centro asistencial; complicaciones de determinada persona por un tratamiento; una nueva técnica de diagnóstico o tratamiento para una determinada enfermedad de una persona conocida; un parto atendido de urgencia en circunstancias muy especiales (en la ambulancia, por ejemplo); infecciones adquiridas en un conocido centro asistencial, etc. Con este fin prestigiosas revistas médicas tienen secciones en que los pacientes cuentan anécdotas sobre su enfermedad

o tratamiento, y sus editores piensan que probablemente la principal función de estos relatos es sacar a los médicos de su auto-complacencia y permitirles saber cómo los ven realmente sus pacientes.

Jane Macnaughton es muy entusiasta con el papel que puede jugar la anécdota en el campo de la salud, pues cree que la medicina debe ser capaz de tener en cuenta todas las fuentes de información, ya que finalmente es el juicio clínico el que permite decidir qué es lo mejor para un caso determinado. Y agrega que "la medicina tiene que ver con individuos y la anécdota médica insiste en que la atención se centre en la experiencia de la persona enferma" (Op.Cit.:210).

3.5.4 La narrativa en algunas especialidades médicas

1-Medicina de familia

"Illness" es lo que el paciente tiene cuando va a ver al médico y "disease" es lo que tienen cuando ya van de regreso a casa".

Anónimo citado por Iona Heath(2004:85).

Para Heath (2004), médica de familia, los relatos de los pacientes son el recuento de eventos, personas, emociones y sentimientos que se han extendido y acumulado a lo largo del tiempo. Esta "dimensión longitudinal" es fundamental para esa relación a largo plazo que se da entre el médico y el paciente, y que caracteriza la medicina de familia. Hay que tener presente que para muchos pacientes, la historia clínica, con todo lo que ella significa, es el *único registro escrito continuado* de sus vidas, que ellos mismos han elaborado con su biógrafo, su médico de familia.

La realidad en la que los médicos deben trabajar-en la que tienen que basar su ejercicio profesional, es en lo que el paciente "siente", y cuando esta realidad no coincide con los parámetros de la "medicina científica", por un momento hay que dejar la "teoría" y quedarse con la "realidad" del enfermo.

La medicina científica cura algunas veces pero con frecuencia sólo puede aliviar los síntomas, especialmente en los casos de enfermedades crónicas, y cuando ocurre esto, cuando no hay curación ni explicación científica del sufrimiento, entonces es necesario “construir un relato de fortaleza y supervivencia”, dice Heath (Op.Cit.:86).

2- La narrativa en Atención Primaria y salud mental

En esta época de finales del siglo XX y comienzos del XXI se siente un desasosiego en el entorno de la salud. John Launer(2004), dedicado a terapia de familia, piensa que este malestar se debe al enfrentamiento de “la compleja narrativa” que el paciente trae a la consulta con “la aparente comprensión” que el médico hace de lo que *realmente* está sucediendo, comprensión representada en un diagnóstico o en una idea acerca de su enfermedad. Y no se sabe si “la verdadera realidad” es la del paciente, la del médico, o la de ambos, lo cual haría más confusa la situación.

Launer considera que estas conversaciones entre el paciente y el médico deben ser interpretadas como “medios de creación de verdades no formuladas previamente”, en vez de ser interpretadas como instrumentos “para buscar verdades ocultas”, (Op.Cit.:94).

3- La narrativa en las especialidades quirúrgicas.

Mientras la narrativa depende primordialmente de las *palabras*, la cirugía necesita *acciones*. Posiblemente los cirujanos “han dejado que sus dedos hablen y por eso han sido parcos en las palabras”, dice el cirujano inglés James Owen Drife (2004:111).

Sin embargo, la cirugía y la narrativa coinciden en algunas actividades: aunque los cirujanos escriben poco, la mayoría lo hace bien, con frecuencia son obsesivos con la precisión técnica, por la gramática, la puntuación y el significado de las palabras; prefieren la historia a la poesía o al realismo mágico; sus narraciones son breves, e interrumpen mucho el relato de sus pacientes, seguramente buscando "precisión".

Y siendo rigurosos, la explicación de los detalles técnicos de una intervención quirúrgica no se puede aceptar como ejemplo de narrativa. Drife intenta hacer una analogía entre una Corte y un quirófano, considerando los dos sitios como escenarios dramáticos; y encuentra similitud entre las pelucas de los jueces y los gorros y máscaras de los cirujanos, como símbolos de poder.

4- La narrativa en psicoterapia.

Cuando Freud comenzó sus trabajos sobre el inconsciente, que más tarde conformarían la teoría del psico-análisis, se sorprendió porque sus descripciones clínicas tenían "características de novela", mientras él estaba luchando por darle a su trabajo un carácter científico. Finalmente concluyó que la *responsable* no era su intención sino "la naturaleza misma del tema". Este testimonio, expresado en esa época, de esta manera y por este autor, confirman la influencia del relato, de la narración, en la interacción médico-paciente que aquí se está estudiando.

Ahora se puede comprender que el paciente trae al médico un relato "incompleto e incomprensible". Reconstruyendo el aspecto inconsciente que hay en el fondo de la historia, el psico-análisis puede llenar el vacío, aclarar la confusión y hacer un relato coherente. Por eso el material del psico-análisis es un producto común del relato del paciente y de las teorías del analista, producto que incidirá en el tratamiento o conducta final que se elija.

Si se quisiera lograr una mejor comprensión del papel del psico-análisis se tendría que hacer una discusión más amplia, que llevaría hasta el papel de la narrativa en la vida cotidiana. Esto se confirma con el concepto del psiquiatra Jeremy Holmes de que “siempre hay un Otro a quien el sí mismo le está contando su historia, aún si en los adultos ésta toma la forma de un diálogo interno” (2004:179).

3.5.5 Narrativa, ética y responsabilidad médico-legal

Para Anne Hudson Jones, profesora de Literatura y de Ética en medicina, cualquier relato que nos lleve a una reflexión moral sobre el significado de “ser una buena persona, vivir una buena vida y practicar una profesión de una manera ética”, será de gran valor para la ética médica (2004:219). Y agrega que la narrativa hace a la ética médica aportes básicamente en dos aspectos: por lo que las narraciones dicen y por la comprensión de cómo se cuentan esos relatos, y porque interesan en este campo específico.

Las personas enfermas, con males crónicos, y especialmente aquellos con enfermedades malignas de mal pronóstico, con frecuencia manifiestan el deseo de que sus médicos los acompañen en esa dura etapa que constituye el final de sus vidas. Ante la evidencia de una muerte cercana, consideran que es una labor propia de aquel que antes les ha ayudado a vivir. Pero nos encontramos con la duda de si los médicos ya han encarado su propia muerte y qué actitud tienen en relación con ella. Muchos pacientes relatan dudas y temores acerca de su propia muerte y los quisieran aclarar.

Para Gillie Bolton, investigador en Humanidades médicas, varios pacientes comprobaron que “escribir un relato de sus miedos, ansiedades, angustias o desconciertos” les aportaba elementos para “encarar, comprender y aceptar” en gran parte estas emociones (2004:46). Este autor considera que escribir es un modo “terapéuticamente efectivo” para animar a las personas al final de sus

vidas a expresar sus sentimientos, en vez de reprimirlos. Y que estos relatos de historias personales pueden constituir maneras eficaces de comunicarse con sus parientes y amigos, como también con sus médicos y con otros pacientes.

Cada vez más los médicos se ven abocados a demandas judiciales de los pacientes y sus familiares, por algún probable daño sufrido durante un tratamiento. Es indudable que el primer objetivo de la demanda es la compensación económica. Pero para Brian Hurwitz, médico de Atención Primaria, también hay un interés narrativo: "la acción legal puede ofrecer la mejor oportunidad de forzar el relato de un tratamiento de forma abierta, de contar un cuento de sufrimientos o esperanzas frustradas, explorar si hay mentiras en la valoración de las lesiones, obtener el debido reconocimiento, lograr un diálogo con el personal médico u obtener una apología" (2004: 234).

Es decir, en una acusación de negligencia siempre hay un contexto narrativo, porque finalmente el modo legal de resolver esas acusaciones consiste en volver a hacer "el recuento y el relato" de los hechos, materia de la demanda. Y este autor considera que muchas de estas acciones legales comienzan, del todo o en parte, por "pacientes que simplemente quieren contar un relato que no ha sido suficientemente escuchado" (Op.Cit.: 245). Porque es frecuente que las personas, en general, hayan tenido-y tengan, conversaciones inconclusas.

Fundamentalmente los jueces se basan en documentos escritos (la historia clínica, la descripción quirúrgica, etc) para conocer lo que pasó-y no pasó durante el acto médico, y le dan mucha importancia a los relatos que coinciden o no, con estos documentos escritos.

3.5.6 Narrativa, literatura y medicina

“Cada aspecto de la historia de la medicina es necesariamente ‘social’, sea realizado en un laboratorio, en una biblioteca o en el lecho de un enfermo”.

Charles Rosenberg (1992:XIV).

“¿Dónde colocamos la literatura en la medicina?, ¿qué papel juega?, ¿a qué fines sirve?”, se pregunta Stephen Rachman, profesor de literatura y medicina en una universidad norteamericana. Y él mismo propone algunas respuestas: se puede utilizar la literatura para posibilitar la humanización del ejercicio médico; para realizar una búsqueda más concreta de los aspectos narrativos de la medicina; fomentar el razonamiento moral y ético especialmente en la comunicación del médico y el paciente; estudiar el valor terapéutico que aporta el hecho de contar relatos. Y especialmente “la necesidad de posicionar la literatura en la medicina está generalmente reconocida como un correctivo a esa sobre-valoración de la ciencia y la tecnología médicas en este siglo”(2004:123).

Considera que, aunque la medicina tiene que ver clara y directamente con asuntos biológicos, esos asuntos una vez *nombrados* entran en el lenguaje y por lo tanto quedan “enmarcados por la cultura y mediados por la literatura”. La narrativa es el pegante que une la literatura y la medicina, que una vez juntas crean las relaciones entre enfermedad, salud, lenguaje y significado.

Anne Hudson Jones sostiene que varios autores llaman la atención sobre “la estructura inherentemente narrativa del conocimiento y la práctica en medicina”, (1997). Esto es lo que permite que las memorias, el estudio de casos médicos, y las novelas puedan ser comparados por sus propiedades narrativas.

H. Brody considera que definitivamente la enfermedad disocia la personalidad y que esta enfermedad, a su vez, conlleva un sufrimiento que es producido y aliviado en la medida del significado que cada uno le atribuya a esa experiencia. Esto le permite deducir "que la organización del significado incluido al contar relatos de la enfermedad, permite la reconstrucción del yo", (1987:26-30).

El aporte de las humanidades a la medicina puede resumirse diciendo que ayudan a acercar el *conocimiento* a la *comprensión*: acercan el conocimiento objetivo que tiene el médico a la comprensión de la experiencia de enfermar que adquiere la persona cuando enferma.

Para Harriet A. Squier(2004), profesora de ética y humanidades en una universidad norteamericana, enseñar humanidades médicas no es fácil: el método de aprendizaje en humanidades médicas es muy diferente al que se utiliza en la enseñanza médica tradicional, pues en este último los alumnos generalmente memorizan los conocimientos que necesitan adquirir.

Si recordamos que un tratamiento puede ser más efectivo si mejoramos la interacción médico-paciente, se estimula así el estilo de práctica profesional denominado "conducta curativa", y entonces la enseñanza y el aprendizaje de las humanidades tendrían más cabida.

No podemos olvidar que el relato que hace un paciente no sólo se refiere a esa gran experiencia individual, personal, solitaria de *enfermar*, sino que es una narrativa incrustada dentro de profundos tejidos sociales, modelos, mitos, y creencias de su comunidad. Y si se dice que las crisis sustentan el curso de la narrativa, entonces la enfermedad, esa crisis personal tan angustiante, va a estar muy cerca de la narrativa.

Vieda Skultans, antropóloga social que enseña en una universidad del Reino Unido, considera que *el análisis de la conciencia o reflexividad propias* es uno

de los avances recientes más atractivos en el denominado "análisis narrativo en antropología". La idea central es que la conciencia de la propia historia de una persona, el propio aporte de uno en un diálogo, tiene como consecuencia indiscutible el reconocimiento de la voz del *otro*. Para Skultans, en nuestro caso, "siendo el autor de un nuevo relato de vida, la persona enferma llega a ser capaz de tomar el control de la nueva situación"(la enfermedad) (2004:232). Pero entonces el médico debe aceptar, que así como existe su voz en el diálogo, también existe la del paciente, y éste además debe apersonarse de su nuevo papel. Esta podría ser la respuesta a la pregunta que se hace la propia Vieda: "¿quién tiene la autoridad para contar la historia de la persona enferma?"(Op.Cit.:230).

Para comprender el párrafo siguiente es necesario que definamos la *hermenéutica* como el estudio de la interpretación. Entonces veremos que la hermenéutica se puede referir al estudio de temas de ficción, sueños, percepciones e historias de vida, lo mismo que a la experiencia de enfermar.

El filósofo norteamericano Drew Leder(1990), comentando acerca de la hermenéutica en medicina afirma que, si se reconoce *la naturaleza interpretativa del entendimiento clínico*, no se puede aceptar el *concepto de objetividad pura* puesto que las posibilidades interpretativas implican subjetividad, ambigüedad y espacio para el desacuerdo. Pero aceptar los aspectos personales y subjetivos del juicio clínico no significa que se esté equiparando con una "anarquía relativista", ya que todas las interpretaciones de un evento clínico no son igualmente válidas. Además, tanto la hermenéutica del mundo literario como la que se aplica al estudio de las entrevistas clínicas, es una disciplina estructurada, con métodos docentes, normas de explicación y vías para llegar a una validación consensuada.

La entrevista médica tiene lugar en un espacio transaccional altamente estructurado, en el cual la conducta de las dos partes está determinada por

expectativas socializadas. En concepto de Leder, citado por Trisha Greenhalgh (2004:257), el texto que constituye el encuentro médico, y que lo distingue de otras narrativas humanas o modos de comunicación, es un relato acerca de *la persona como enfermo*, que a su vez está integrado por cuatro textos secundarios: 1-el texto experiencial que es el *significado* que el paciente le asigna a los diversos síntomas, en las deliberaciones y consultas con legos en su camino al encuentro con el médico; 2-el texto narrativo es lo que el médico *interpreta* como "el problema", tomado del relato que el paciente le hace-la tradicional historia médica; 3-el texto físico o perceptual que el médico *obtiene* del examen físico del paciente (la palpación, la auscultación, etc); y 4-el texto instrumental que está constituido por *lo que dicen* los exámenes paraclínicos(analíticas, radiografías, etc); dos textos del paciente y dos del médico.

Este "empate" confirma la necesidad de que estas decisiones deben partir de una discusión informada entre el médico y el paciente. Además, muestran la necesidad de mayor investigación en la narrativa de toma de decisiones, un aspecto de la narrativa en medicina que seguramente se incrementará en un futuro cercano.

3.5.7 El futuro de la narrativa en salud

La *Colaboración Cochrane*, una institución originada en el Reino Unido con énfasis en la epidemiología clínica, se ha dedicado a recopilar y analizar las diferentes conductas y tratamientos que se emplean en una determinada enfermedad, en diversas regiones y circunstancias. Todo este conocimiento le ha permitido desarrollar el concepto de "medicina basada en la evidencia", de amplia aplicación en gran parte del mundo médico actual.

Como una muestra de la importancia que tiene el estudio y la aplicación del tema que se está tratando-la narrativa en medicina, la Cochrane está ampliando su estructura y accionar con la nueva "Base de Datos de la

experiencia individual del paciente" (con su sigla en inglés DIPEX). Su propósito es recopilar, indexar, y publicar en forma de relato, las experiencias de enfermedad de usuarios de los servicios de salud, y de participantes en los ensayos clínicos. El ingreso de la información a esta base de datos será en la forma de relatos personales, claramente relacionados con el diagnóstico y el estado de la condición del paciente.

Para Trisha Greenhalgh (2004) este trabajo de la Cochrane, no trata de dar simplemente una imagen de los sentimientos y preocupaciones de la persona en un momento dado del curso de una enfermedad. Será *un relato continuo* de esos sentimientos y preocupaciones a través de una secuencia que comienza antes de que se haga oficial el diagnóstico, y continuará a través del encuentro clínico, las investigaciones y el plan de manejo, y la resolución o progresión de la enfermedad.

Va a ser muy interesante y útil seguir el desarrollo de esta idea, que plantea la suma de la ciencia acumulada y la experiencia adquirida, tanto por el médico como por el paciente, en una situación tan especial como la enfermedad. Y poder analizar la aplicación de los conceptos que aquí se han expuesto sobre la narración que se da en este complejo campo del encuentro médico-paciente.

3.6 El sufrimiento

3.6.1 Definición y características

"Cuando no son lágrimas son lamentos"

Escuchado al azar, en un autobús en Barcelona, 2005.

La primera y más importante dificultad es que el sufrimiento no tiene una definición clara, ni en los diccionarios generales, ni en los especializados en temas afines. Se le confunde con el dolor, al cual está frecuentemente asociado. *El Diccionario de la Real Academia Española* lo define como:

"paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo. II 2. Padecimiento, dolor, pena". Y en cuanto al verbo sufrir, lo define como: "sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo. II 2.Sentir un daño moral(...)", (2001:2106).

Daniel Callahan, doctor en Filosofía, opina que el sufrimiento es "una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación angustiante de la vida" (2004:9). Y Javier Barbero Gutiérrez, Psicólogo Clínico, dice que "quizá porque el sufrimiento escapa a nuestra libertad, no se elige, sino que se padece y además de manera personalizada, distinta e intransferible (...) una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia, personal u orgánica, y al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacerle frente" (2004: 154).

Los conceptos de estos dos investigadores, que comienzan a hablar de "respuesta psicológica negativa", "situación angustiante", "amenaza para su existencia", permiten un acercamiento a una identificación del sufrimiento. En cuanto al dolor, aunque a veces es compañero inseparable del sufrimiento, como no nos interesa ahora, obviaremos su análisis.

En efecto, Joseph-Eladi Baños i Díez, médico farmacólogo, acepta que el sufrimiento "va más allá de la pura afección física", por lo que no debe confundirse con el dolor; lo califica como "una vivencia psicológica" y recalca que si las personas sufren, al no poderse evidenciar un origen físico "sólo la comunicación de cada uno puede convencernos de su existencia".

El autor señala un problema agregado cuando esas personas además tienen serias limitaciones de comunicación-ancianos, dementes, niños menores. En estos casos sus cuidadores, aunque inicialmente se angustian, luego aprenden "los sutiles cambios de comportamiento que pueden indicar la presencia de sufrimiento" (2004:50). Recordar que en capítulos anteriores se ha visto cómo

el término "comportamiento" se identifica con el concepto de "comunicación". Este autor, además de hablar de "vivencia psicológica", menciona abiertamente el término "comunicación" y se refiere a la "comunicación de cada uno", como dando a entender desde ahora que se trata de algo subjetivo, íntimo, propio de cada persona.

Así se entiende que las personas reaccionen de diversas formas e intensidades frente al sufrimiento: algunas tienen una gran capacidad para afrontarlo, mientras que otras se derrumban frente a los diferentes acontecimientos desagradables e inesperados que les suceden, en las diferentes etapas de sus vidas. Así mismo, unas personas pueden expresar con cierta facilidad algún acontecimiento que los está desbordando, mientras que otras no, y entonces expresan su sufrimiento de forma indirecta e inconsciente, lo cual dificulta su identificación e interpretación.

Marta Allué, Doctora en Antropología, tuvo una intensa, compleja y dolorosa experiencia por unas graves quemaduras. En una de las etapas más duras de su enfermedad escribía en su diario: "[..] morir es fácil. Lo difícil es sobrevivir. [..] Ahora estoy bastante bien pero no olvidaré lo que he sufrido" (2004b:168). Esto le permite considerar al sufrimiento como "el tatuaje mental del dolor" y considera que, mientras éste tiene una duración limitada, el sufrimiento "queda impreso en la memoria del disco duro de nuestro cerebro". Asegura que por este motivo es más fácil revivir un sufrimiento que una experiencia dolorosa. Y finaliza diciendo que "el dolor no deifica ni el sufrimiento nos hace mártires de causa alguna: sólo nos convierte en temporalmente inútiles" (2004a:78).

Javier Barbero Gutiérrez confirma estas ideas cuando narra una expresión de autor desconocido, de un gran acierto: "mientras que el dolor pide calmantes, el sufrimiento reclama sentido" (2004:156).

3.6.2 Enfermedad y sufrimiento

“[...]Lo que se calla se llora, y lo que se llora lastima[.]”

Emilio José en *Poetas andaluces* (CD).

Los estudiosos del tema consideran que las dos causas más frecuentes de sufrimiento son la enfermedad y la pérdida de un ser querido, y ambas tienen que ver con el médico. Seguramente nunca se conseguirá eliminar por completo el dolor y el sufrimiento que acompañan en algún momento de la vida a una persona determinada. A pesar de los innegables y valiosos progresos de la medicina actual, la gente sigue sufriendo. Por ejemplo, las enfermedades crónicas, las degenerativas, el cáncer y otras dolencias, junto con el natural envejecimiento y la pérdida del “sentido de la vida” en algunas circunstancias, causan un sufrimiento que *la medicina científica* no está en capacidad de solucionar.

Daniel Callahan sostiene que hay una gran paradoja en los servicios médicos modernos: han cambiado una vida más corta y una muerte más rápida por una vida más larga y una muerte más lenta, con el consiguiente aumento del sufrimiento. Cree que “el llamado progreso puede crear tantos problemas como los que resuelve” (Op.Cit.:13).

Porque finalmente es el médico quien debe ayudar al paciente a afrontar esta situación de vulnerabilidad, de deterioro y de finitud que caracteriza al ser humano, aunque no tenga tampoco las soluciones y las respuestas a todas estas inquietudes, y sabiendo que él mismo correrá igual suerte.

Por lo comentado anteriormente, se puede concluir que orientar el ejercicio profesional solamente a *curar* expone la medicina a fracasos frecuentes y a aumentar innecesariamente el sufrimiento de las personas. Se puede curar algunas veces, aliviar otras pero consolar siempre, como lo recomendaban los clásicos.

Pero hay conceptos más actuales en el mismo sentido, como el de Eric J. Cassell: "La prueba que un sistema sanitario dado debería superar es su capacidad para enfrentarse al sufrimiento [...] la medicina moderna no supera esta prueba [...] los principios en que está basada la medicina de este siglo XX no aportan ningún elemento para la comprensión del sufrimiento [...]. El sufrimiento inevitablemente incluye a la persona-los cuerpos no sufren, las personas si.[...]" (2004:V).

Con este trabajo se pretende que el médico reconozca la existencia e importancia de las manifestaciones de sufrimiento en las conversaciones con sus pacientes, y afine sus habilidades para detectarlas y darles las respuestas adecuadas. Es lo que se tratará de analizar en los próximos capítulos.

Pero es preciso aclarar que el sufrimiento es inherente a la vida, es imposible imaginarla sin él. No se trata de buscar una vida sin sufrimiento. La idea de este trabajo es proponerle al médico que alivie el sufrimiento *sin sentido*, ese con el que se encuentra en su ejercicio diario, originado algunas veces en escasa o inadecuada información del enfermo, o por distorsiones del conocimiento de esa causa. Y si esa causa no se puede corregir (curar), como en un cáncer avanzado, o en las enfermedades degenerativas y crónicas, entonces acompañar al enfermo y ayudarle a buscar un sentido a ese inevitable sufrimiento.

Aquí se pueden recordar las palabras de Nietzsche, citado por Víctor Frankl: "el que tiene un *porqué* para vivir, puede soportar casi cualquier *cómo*" (2004:101). Y el mismo Frankl agrega que, cuando en esas situaciones, alguien diga que ya no espera nada de la vida, hay que recordarle que la vida sí espera algo de él, en la forma de un proyecto sin terminar, una persona por quien vivir, etc. Esta idea la confirma V.J. Wukmir al pensar que, así como hemos tenido la *oportunidad de vivir*, también tenemos la *obligación de sobrevivir*, y ello significa a veces tener que sufrir. Vista así la existencia, se entiende que el

sufrimiento ha sido el estímulo, el motor, que le ha permitido a muchas personas emprender grandes obras y superar momentos difíciles de su existencia, porque finalmente de lo que se trata es de conservar esa dignidad que debe acompañar al hecho de *vivir*.

Debemos admitir entonces que la enfermedad causa alteraciones emocionales, de mayor o menor intensidad, que el médico debe atender con tanta diligencia como lo hace con sus manifestaciones orgánicas. La sensación de vulnerabilidad, el peligro en que se encuentra, el sentimiento de soledad e impotencia, son motivos suficientes para acercarnos al enfermo con una actitud definida ya en los orígenes de la profesión. Esta actitud la resume hoy Albert Jovell(2004) con el nombre de "Medicina Basada en la Afectividad-MBA", y afirma que no hacerlo "constituye una aproximación parcial, incompleta e inadecuada a la atención clínica de un enfermo". Y agrega que "mostrarse indiferente y no compasivo con el sufrimiento del paciente, constituye un acto de inhumanidad e insensibilidad [...] (Op. Cit.:104).

Además, con este mismo objetivo, Jovell ha estimulado desde la "Fundación Biblioteca Josep Laporte" un mayor acercamiento entre gestores, usuarios y prestadores de los servicios de salud, pero especialmente está facilitando una mejor educación de los pacientes, su asociación y reconocimiento social, lo mismo que su representación ante las instituciones del Estado.

3.6.3 Emociones, sentimientos y estados de ánimo

"Son más, Lucilo, las cosas que nos atemorizan que las que nos atormentan; y sufrimos más a menudo por lo que nos imaginamos que por lo que sucede en realidad".

Séneca, citado por Ignasi Riera(2003:89).

Se ha estado hablando de percepciones subjetivas que se comunican, es decir, se ha estado hablando de emociones y sentimientos.

Volviendo al *Diccionario de la Lengua Española*, una *emoción* es la “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (Op.Cit.:883), mientras que un *sentimiento* es el “estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente” (Op.Cit.:2048). Y el *estado de ánimo* es la “disposición en que se encuentra alguien, causada por la alegría, la tristeza, el abatimiento, etc.” (Op.Cit.:989).

Para Castilla del Pino, cuando los *sentimientos* son de cierta intensidad, aparecen de forma abrupta y desaparecen con cierta lentitud, se denominan *emociones*, pero considera que el límite entre los dos es borroso. Piensa que los sentimientos son “instrumentos de que dispone el sujeto para la relación (emocional, afectiva), tanto con personas, animales y cosas, cuanto consigo mismo, es decir, con sus pensamientos, fantasías, deseos, impulsos, incluso con sus propios sentimientos (..)", (2000:20). Y como esos sentimientos son *propios* (singulares) de cada persona, permiten individualizarnos porque, según Spinoza (citado por Castilla), “mientras la razón uniforma a unos y otros, los sentimientos distinguen a unos de los otros(..)", (Op.Cit.:21). Afirma que el sentimiento(sentir) tiene dos componentes: la “experiencia cognitivo-emocional” que causa un objeto, y los efectos que dicha experiencia manifiesta en el organismo.

Por lo tanto, una emoción tiene un *momento* personal, íntimo, que no es observable excepto para el propio individuo, y otro momento “externo”, en el que aparecen señales en el cuerpo, observables para los demás. Esto le permite concluir que “no hay sentimiento sin síntomas”, y que los estímulos procedentes del objeto desencadenante del sentimiento llegan al sujeto, bien por los órganos de los sentidos, o por el recuerdo de la situación que lo originó, o por una representación del objeto.

Por eso la expresión verbal de un sentimiento, la expresión en palabras de algo *íntimo*, tropieza con la dificultad de que el interlocutor entienda y acepte algo que no le es propio, si no que es la referencia de una percepción ajena. Por

esto se dice que contamos una experiencia propia sabiendo que no nos van a entender del todo, buscando reforzar con la palabra la expresión de *eso* que se ha percibido(sentido), y que pensamos que no va a ser suficientemente comprendido y valorado.

Y Castilla agrega que "(..) la única forma de comunicar un sentimiento es mediante la expresión. Si el pensamiento se dice, el sentimiento se expresa. En la vida de relación no damos el mismo valor de veracidad al decir que al expresar un sentimiento, y juzgamos correctamente al considerar que hablar de lo que se siente es en verdad hablar de lo que se piensa cuando se siente(..)", (Op.Cit.:65). Así, las palabras se usan para expresar un sentimiento cuando no se considera que éste deba manifestarse de otra manera; para contar algo que ya pasó y que ahora es una experiencia; y para reforzar lo que se dice no verbalmente.

En cuanto al estado de ánimo, Castilla considera que su característica principal es su *permanencia*, pues las emociones y los sentimientos van y vienen en nuestra conciencia. Y considera que esa permanencia se debe a "la interacción permanente con ese objeto que es el propio cuerpo, y que está en el trasfondo desde el que irrumpen las emociones del momento", (Op.Cit.:140).

Piensa además que los sentimientos no se deben calificar como positivos o negativos, si no más bien como de aceptación o rechazo. Y recuerda que el objeto (desencadenante del sentimiento) es "poliédrico en cuanto a las imágenes que de él forma el sujeto, y que el sentimiento lo provoca cada una de las mismas" (Op.Cit.:153). Entonces estos objetos "poliédricos" producen tantas imágenes como caras tiene, esas diversas caras las produce la sensibilidad y la expresión del sujeto, y cada una de estas caras provoca un sentimiento: así podría explicarse la dificultad en identificar, reconocer -y aún definir- el sufrimiento, que lo hace un sentimiento tan complejo.

Los sentimientos se vuelven reiterativos, repetitivos, predecibles, porque la forma como esa persona interactúa con los objetos parte de la imagen que ella tiene de sí misma, en los diferentes aspectos de su personalidad. Por eso, es muy difícil interactuar con los demás, si no se tiene una buena interacción con uno mismo.

Joseph LeDoux (1999) está de acuerdo en que la gran mayoría de las emociones implican respuestas físicas y por eso somos entonces conscientes de ellas. Y muestra la dificultad al estudiar el tema de las emociones cuando encuentra que, mientras para algunos investigadores las emociones básicas o primarias son ocho, otros dicen que son seis, y hay quien las reduce a cuatro.

Menciona que, además de estas emociones primarias, casi todos los autores aceptan la idea de las emociones secundarias, que estarían constituidas por mezclas de las primeras. Al respecto menciona los estudios de Plutchik (1993), quien compara el círculo de emociones con el círculo cromático y su mezcla de colores que produce nuevas tonalidades. A la mezcla de dos emociones básicas la denomina "díadas", y hace una diferencia: si las emociones que se mezclan están colocadas cerca la una de la otra, como los colores en el círculo cromático, a esas nuevas *tonalidades* las denomina "díadas primarias"; y a las producidas por las que están distante las denomina "díadas secundarias".

Por ejemplo, el amor sería una díada primaria compuesta por la alegría y la aceptación; mientras que si la alegría y el miedo, que están separadas por la aceptación, se llegan a juntar producirían una mezcla imperfecta, un conflicto que sería fuente de la culpa. Esto recuerda la idea mencionada de que el sufrimiento no es un sentimiento simple-"primario", si no un sentimiento complejo-"secundario", compuesto por varias tonalidades o facetas.

Además, LeDoux menciona que esta mezcla de emociones primarias o básicas "para conformar emociones de orden superior suele considerarse una operación

típicamente cognitiva" (Op.Cit.:125). De lo cual deduce que, como las emociones básicas son propias de los animales de escala inferior, las emociones secundarias o derivadas como "el orgullo, la vergüenza y el agradecimiento", que requieren la cognición, serían propias del humano, citando a Richard Lazarus(1991). Esto lo refuerza asegurando que hay un gran parecido entre los sentimientos emocionales conscientes y los pensamientos conscientes. Y finaliza su trabajo diciendo que la tendencia actual es la de "(..)vincular lo cognitivo y lo emocional en el cerebro(..)", (Op.Cit.:342).

4. Marco metodológico

4.1 Algunos conceptos metodológicos

Estas ideas iniciales que se exponen sobre la investigación y su metodología, serán retomadas y ampliadas más adelante cuando se revisen los sucesivos pasos que se dieron durante este trabajo.

Guillermo Orozco(1997) considera que los cuatro grandes paradigmas de producción de conocimiento en la actualidad son el positivista, el realista, el hermenéutico y el interaccionista. De forma muy sucinta podría decirse que el primero *predice*, el segundo *explica*, el tercero *interpreta* y el cuarto *asocia*. Es decir, los dos primeros posibilitan la *verificación* y los dos últimos permiten la *comprensión*. De aquí parte la clasificación de la metodología en *cuantitativa*, basada en los dos primeros, y *cualitativa*, basada en los dos últimos.

Para L. Íñiguez Rueda, la metodología se define como la "aproximación general al estudio de un objeto o proceso, es decir, al conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines"(1999:496).

Fernando Conde Gutiérrez (2002) sostiene que las Ciencias en general han estado tradicionalmente divididas en dos grupos: las Ciencias de la Naturaleza o ciencias "duras" y las Ciencias Sociales o ciencias "blandas". Y como las Ciencias de la Salud tienen características de ambos grupos, sin pertenecer resueltamente a ninguno de los dos, esto las coloca en una posición ambivalente que las conduciría necesariamente a un "pluralismo metodológico" para su conocimiento, análisis y práctica.

Así podría entenderse la concepción de que la observación y análisis de los signos correspondería a un enfoque "cuantitativo", mientras que la escucha y análisis de los síntomas sería "cualitativo", en la aproximación a una persona enferma, en búsqueda de un diagnóstico. Conde considera que este conflicto entre signo y síntoma, equivalente al de cuantitativo y cualitativo, se ha observado a lo largo de la historia de la medicina, en que la palabra del paciente se asocia con lo subjetivo, mientras la exploración médica lo haría con lo objetivo.

Por los avatares de esa historia, tradicionalmente las investigaciones en salud se han venido realizando mediante la investigación cuantitativa, porque los avances en el diagnóstico y nuevos recursos para diversos tratamientos hacían necesario medir, demostrar, comprobar. Esto aportó indudablemente "exactitud y eficiencia" a las Ciencias de la Salud, y ha constituido un avance en el tratamiento de las enfermedades, pero desafortunadamente las ha venido alejando de los aportes de las Ciencias Sociales, de la persona y, especialmente, de la palabra del paciente. Pero con la evolución de la sociedad actual, en que el individuo es autónomo y libre de tomar sus decisiones, las personas están más informadas, y los ciudadanos quieren tomar el manejo de sus vidas, la salud se ha convertido en una exigencia, en un verdadero conflicto social, político y económico.

Entonces ha sido necesario un cambio en los “paradigmas médicos y sociales”, buscar ese “pluralismo ideológico” para encontrarle soluciones a la salud de un paciente que se informa, que opina, que exige, que ya no es *objeto* si no *sujeto*, y que quiere ser un agente social activo.

Desde 1960-70 ha comenzado un surgimiento de lo cualitativo para entender los problemas de salud, sin que lo cuantitativo desaparezca. Se complementan, cada uno tiene sus indicaciones, y su elección va a depender del objeto de estudio. Y el resultado final va a ser seguramente un enriquecimiento para la ciencia y una mejoría en la concepción global de la salud de las personas. Y aunque todavía no están plenamente incorporados en el estudio de los temas de la salud, cada vez se ven más trabajos cualitativos que intentan “una mirada, una orientación, un abordaje intrínseco a las Ciencias de la Salud”, según Conde (Op.Cit.:396).

Se debe decir desde ahora que en este trabajo se utilizará la investigación cualitativa, en la medida en que se trata de *interpretar* y *asociar* elementos para lograr la *comprensión* del objeto de estudio, de acuerdo con los conceptos de Guillermo Orozco (Op.Cit.). Este objeto de estudio es la entrevista médico-paciente y su objetivo es conocer la conversación que tiene lugar en ella, mediante el estudio de las estructuras y las propiedades del lenguaje.

Según Alain Coulon, (1998), para poder desarrollarse, nuestras conversaciones deben tener un orden que, aunque no se mencione, nos permite interactuar con los demás, haciendo posible que estos comprendan nuestro comportamiento y nosotros comprendamos el de ellos, lo cual constituye una demostración de competencia social.

Y John Heritage (1984), plantea estas tres hipótesis: la conversación se organiza “estructuralmente”; las intervenciones de sus protagonistas se orientan “contextualmente”; y estas dos características se dan en cada porción

o fragmento de la conversación. En resumen, es mediante el lenguaje común como expresamos, describimos y construimos, simultáneamente, la realidad social, es decir, como construimos nuestro orden social.

Una manera práctica para enfocar este trabajo es la de W. Booth et al., (1998). Estos autores aseguran que el comienzo de una buena investigación siempre es lo que uno no sabe o no comprende pero que quiere hacerlo, es decir, comienza por una pregunta de investigación. Esta pregunta "crea" un problema de investigación, que tendrá una respuesta de investigación que ayudará entonces a resolver un problema práctico. Por lo tanto, se podrá plantear un problema de investigación porque hay que resolver un problema práctico, aunque ese problema práctico no se resuelva *solamente* con solucionar el problema de investigación.

Un problema práctico se origina en la realidad y se soluciona cambiando algo exterior, haciendo algo, pero antes-como ya se dijo, se debe exponer y resolver un problema de investigación. Y este se origina por conocimiento incompleto o comprensión imperfecta, y se soluciona, no cambiando algo, sino aprendiendo más o comprendiendo mejor sobre *algo*.

Los autores proponen comenzar por elegir un tópico dentro de un área de interés, concretarlo, cuestionarlo y encontrar una razón para hacer el trabajo. El área de interés de la cual se parte en este caso sería *salud, comunicación y sociedad*, y el tópico inicial sería *la comunicación médico-paciente*; pero si este tópico se concreta aún más se podría decir que *la conversación médico-paciente contribuye a aliviar el sufrimiento relacionado con la enfermedad*, en que el sufrimiento sería el problema práctico a resolver.

Concretando:

1-un problema práctico es el sufrimiento relacionado con la enfermedad.

2-una pregunta de investigación es ¿cómo lo alivio?

3-un problema de investigación es ¿cómo se comunican médico y paciente?

4-una respuesta de investigación sería: conversando durante la entrevista.

5-una solución al problema práctico sería estimular la conversación del paciente con el médico, para que aquel pueda expresar sus percepciones, ideas y sentimientos.

Y ¿cuál es el costo de no hacer esta investigación? Es más fácil identificar los costos y los beneficios de un problema de investigación cuando está motivado por un problema práctico. Los costos de un problema práctico son palpables: hay dolor y sufrimiento, pérdida de tiempo, oportunidades o felicidades, se pierde dinero, etc. En cambio los costos del problema de investigación son no saber o no comprender algo más. Pero de todos modos tiene costos como es el no poder entender algo aún más significativo, más importante. Por esto, no se tendrá un problema de investigación hasta que no se conozca el costo de la ignorancia o incompreensión del tema, que no es más que una aún mayor ignorancia o incompreensión.

Entonces se debe aprender o entender más de la conversación. Es decir, hasta que no se comprenda cómo se comunican el médico y el paciente no se podrá aliviar el sufrimiento relacionado con la enfermedad, cuyo coste es altísimo, pues no hacerlo contradice la esencia misma de la medicina.

Estos autores recomiendan tratar siempre de buscar un problema que forme parte de un problema mayor, lo que le dará mayor *significatividad*.

Y recomiendan que las preguntas que se hagan se organicen desde estas cuatro perspectivas:

1- ¿Cuáles son las partes del tema y de qué modo éste forma parte del todo?

2- ¿Cuál es su historia y cómo el tema forma parte de ella?

3- ¿Qué categorías pueden encontrarse en el tema y a qué clase de grandes categorías pertenece él (tema)?

4- ¿Es beneficioso el tema que se estudia y para qué sirve?

Recordar que el objetivo eventual es "explicar":

1- de qué se está escribiendo: el tema;

2-lo que no se sabe: la pregunta;

3-por qué se quiere saber de eso: los motivos o razones.

Así, se ha pasado de plantear y resolver una pregunta a plantear y resolver un problema. Resumiendo, y volviendo al tema concreto:

(1) se está estudiando la entrevista médico-paciente

(2) porque se quiere saber de qué forma se comunican el paciente y el médico

(3) con el fin de adecuar esa conversación a aliviar el sufrimiento relacionado con la enfermedad.

4.2 Las hipótesis

Esta investigación parte de la hipótesis de que la entrevista médico-paciente es una conversación o interacción que tiene, entre otras, las siguientes características: no se da espontáneamente sino que es solicitada por alguien en el marco general de una institución; tiene un objetivo concreto (buscar ayuda); incluye algunos aspectos especiales como la exploración física y el secreto profesional, entre otros; sigue el esquema pregunta-respuesta, aunque en ocasiones cambia su polaridad y entonces el entrevistador se vuelve entrevistado, cuando el paciente es el que pregunta y el médico el que responde; hay turnos de habla; uno de los hablantes, el médico, tiene carácter institucional, y por su condición de experto y su posición "superior", produce una inevitable e indeseable asimetría en esta interacción. Todo esto permite calificar la entrevista médico-paciente como una "interacción institucional".

Otra hipótesis: ¿se puede concluir que el paciente suele *narrar y describir* mientras que el médico suele *argumentar y explicar*, dentro de esa conversación o *diálogo* que es la entrevista?, ya que:

- Narrar es contar, relatar, detallar y significa referir lo sucedido.
- Describir es exponer, delinear, especificar, reseñar y significa representar a alguien o algo por medio del lenguaje, refiriendo sus distintas partes, cualidades o circunstancias.
- Explicar es aclarar, definir, esclarecer, interpretar y significa dar a conocer la causa o motivo de algo.
- Y argumentar es argüir, razonar, analizar y significa descubrir, probar, dejar ver con claridad, alegar.

Paradójicamente, al cumplir el médico su labor por medio de explicar y argumentar es cuando se establece y se consolida esa indeseable asimetría en la relación, al partir de un conocimiento que permite o facilita la labor de "experto". Pero si esa labor resulta positiva, es decir, si el paciente es oportuna y adecuadamente informado por el "experto", si los dos compartieran la misma información, entonces esa distancia se acortaría y disminuiría la asimetría que tanto se reprocha.

Y habría una hipótesis central: durante la entrevista se pueden reconocer expresiones de sufrimiento del paciente, relacionadas con su enfermedad. Estas expresiones pueden ser verbales o no verbales, y su aparición puede ser espontánea o desencadenada por alguna intervención del médico. Este a su vez puede reconocerlas o no, y responder a ellas de alguna manera.

4.3 Material y métodos

Las entrevistas video-grabadas para este trabajo fueron realizadas en un día laborable corriente, por profesionales de la plantilla de un Centro de Atención Primaria (CAP), en la Provincia de Barcelona.

El primer paso fue obtener la autorización de la Dirección del Centro, y tanto el personal de enfermería como el administrativo estaban informados y prestaron su colaboración. Luego se habló con el personal médico y aceptaron participar

en el trabajo porque también sabían que su finalidad era ser el sustrato para esta Tesis de Doctorado. Se hizo una grabación inicial de 16 entrevistas, el 21 de julio de 2006, que fue necesario descartar por defectos en el audio, defectos que no pudieron ser corregidos en diferentes laboratorios de sonido. Esto obligó a hacer una segunda grabación el 23 de noviembre del mismo año, repitiendo los mismos pasos mencionados. Esta vez se obtuvieron casi seis horas de grabación, para 39 entrevistas, realizadas en los respectivos despachos de dos médicos y dos médicas. De los compañeros a quienes se les pidió su colaboración, dos médicas no participaron, por "timidez".

Las entrevistas fueron grabadas con una cámara de video doméstico, luego editadas y pasadas a formato DVD, en el laboratorio de imagen y sonido del "Departamento de Periodismo y Ciencias de la Comunicación", de la *Universidad Autónoma de Barcelona*.

Se adjunta el modelo de autorización escrita que firmó cada paciente que permitió la grabación de la entrevista, previa información individual del objeto del procedimiento por parte del investigador. La gran mayoría de las personas dio su aceptación, y sólo dos personas abordadas no lo autorizaron.

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA GRABAR LA CONSULTA

Sr./Sra.:.....

El Dr./Dra., está procediendo a grabar su consulta con el propósito de entrenarse para mejorar la calidad de la asistencia que presta como médico. Por ello, solicita su permiso para hacerlo.

Tanto si su consulta es grabada como si no lo es, la entrevista se realizará como es habitual. En el caso de que se proceda a la grabación, se le garantiza que las entrevistas serán vistas solo por médicos y todo lo tratado será confidencial.

- **Por favor, si no tiene inconveniente firme esta hoja.**

- **Si después de la entrevista quiere que se borre la grabación, dígaselo al médico y lo hará.**

- **Si NO quiere que su entrevista sea grabada entregue la hoja sin firmar al entrar.**

Gracias por su colaboración.

Doy mi consentimiento, no tengo inconvenientes

Firma y fecha

Posteriormente se hizo revisión y observación repetida de estas grabaciones, para seleccionar aquellas entrevistas que aportaran elementos suficientemente demostrativos del tema que se quería estudiar. De estas entrevistas así seleccionadas se hizo la transcripción individual, y su conjunto constituye el material para realizar el análisis de los datos.

5. Corpus de la investigación

Para exponer los pasos que se dieron y las decisiones que se tomaron al realizar esta investigación, se intentará seguir la secuencia de exposición que traen M.J. Fernández de Sanmamed Santos y C. Calderón Gómez (2003), además de consultar otros autores, por considerar que su escrito tiene un orden lógico y que su contenido cubre los diferentes aspectos del tema.

5.1 La investigación cualitativa

Se debe decir desde ahora porqué se eligió la investigación cualitativa(IC). Aunque se reconoce el valor de la cuantitativa, en este caso no se trataba de cuantificar, ni de predecir ni de verificar: se trataba de comprender e interpretar; se trataba de lo subjetivo; de acercarse a otras áreas del conocimiento diferentes del estrictamente médico; de conocer las ideas de los "propietarios" de lo que se percibe, se siente, se interpreta cuando se está enfermo de "algo". Se trataba de conocer-y reconocer la palabra "al otro lado" del médico.

5.1.1 Características de la investigación cualitativa

Siguiendo a Dentzin y Lincoln (1994), esta metodología analiza los acontecimientos en su medio natural, buscando hallar "el sentido o su interpretación" desde los significados que los mismos protagonistas les asignan.

Para L. Íñiguez Rueda, elegir la opción cualitativa implicaría tomar tres opciones: "1-un cambio en la sensibilidad investigadora; 2-una investigación guiada teóricamente; 3-una garantía de participación" (Op.Cit.:498).

Esa *sensibilidad* tendría cuatro aspectos: *a-histórico*, en el sentido de que los procesos sociales son "temporales" y están estrechamente relacionados con su correspondiente historia; *b-cultural* que se relaciona con el entorno particular en que suceden los hechos motivo del estudio; *c-socio-político* por las implicaciones que en estos campos tienen esas prácticas ; y, *d-contextual* en cuanto la investigación debe considerar el entorno físico y social en los que se desarrolla.

La segunda opción se refiere a que el proceso de investigación "debe estar guiado por *la teoría*". Y la tercera opción nos habla de *una participación* en su sentido más amplio, lo que se correspondería con la "inseparabilidad investigador/a-objeto de investigación o intervención", participación que sería entonces "una forma de acción colectiva".

En apoyo de haber elegido la IC para este trabajo, también está el concepto de Francisco Javier Mercado: "la experiencia del padecimiento no se encuentra en los archivos o registros médicos(...) allí no se encuentra la voz de los que padecen(...). Así, la información sobre la experiencia del padecimiento y del contexto material y social de los individuos enfermos, terminó dependiendo en gran medida de las narraciones o historias de los propios sujetos enfermos (...)" (2000:49).

Continuando la descripción de la IC en el orden mencionado, agregamos los rasgos que la caracterizan, propuestos por Murphy et al (1998):

1. Colocarse en el punto de vista de las personas objeto de estudio, lo cual no es fácil pues se trata, ni más ni menos, que de cambiar la visión "desde fuera" por una "visión desde dentro", o, para usar términos de antropología, cambiar la visión "*etic*" por la visión "*emic*" , lo que se conoce como *empatía* , "ponerse en el lugar del otro".

2. Describir el escenario de la investigación, labor en la que ya estarían implicados los conceptos del propio investigador. La labor de *describir* es de gran importancia en general en todas las etapas de la metodología cualitativa, e implica “sensibilidad y rigor”.
3. Tratar el objeto de estudio de forma integral (holística) y resaltar el contexto en el que éste se sitúa. En el caso de temas sanitarios, insistir en que en el encuentro médico-paciente confluyen las experiencias y expectativas, tanto del uno como del otro, en eventos similares, no sólo en el campo de la salud si no de la existencia en general.
4. En relación con este último aspecto, recalcar que los acontecimientos sociales, incluidos estos eventos de salud-enfermedad, son claramente *dinámicos*, que hace imprescindible considerarlos como un *proceso*, lo que ayudaría a explicar “los comportamientos y las actitudes” de los individuos objeto del estudio.
5. La IC es primordialmente “flexible y abierta”, lo cual significa privilegiar su carácter inductivo sobre el deductivo, sin menospreciar éste. Entendemos que la IC es inductiva en cuanto va de la observación a la hipótesis, mientras la cuantitativa es deductiva, va de la hipótesis a la comprobación. Es decir, el investigador que utilice la IC debe estar presto al *descubrimiento*, a lo nuevo, a que surja lo diferente del proceso, lo que requiere que sus “presupuestos de partida” sean considerados como provisionales, sin que esto afecte la *consistencia* del proceso.

Estas características son las que hacen que esta metodología sea sinónimo de pluralidad, lo que ya se intuía al conocer las diferentes disciplinas que convergen en ella. Y, como se ha dicho anteriormente, la IC puede complementarse con la cuantitativa, dado que “la complejidad de lo sanitario reclama, sin embargo, para su conocimiento tanto del número y de las herramientas cuantificadoras, como de la narración y los instrumentos que posibilitan interpretar su significado” (Op.Cit.:230). Por eso la IC puede

realizarse como fase previa de una investigación cuantitativa; como fase posterior a esta; o realizarse como un procedimiento aislado.

Los autores, cuyo orden de exposición se está siguiendo, mencionan tres áreas en las que se han venido haciendo estudios de IC en temas de salud: el paciente y su contexto (que sería el caso presente); el profesional y los servicios de salud; y los estudios de orientación evaluadora. Y concluyen diciendo que esta metodología se basa en tres principios generales: la *flexibilidad*, la *reflexibilidad* y la *circularidad*.

Del primero ya se ha mencionado que no se parte de posiciones rígidas si no que estas pueden ir cambiando a lo largo del proceso investigativo; el segundo se refiere a que el análisis del proceso permite encontrar datos nuevos, diferentes, que se irán entonces incorporando al corpus; y el tercero hace referencia a que una vez ejecutada determinada etapa de la investigación, ese resultado puede (o debe?) modificar la etapa anterior o la siguiente.

5.1.2 Fases de la investigación cualitativa

5.1.2.1 Primera fase

Comienzan por la *pregunta de investigación*, que en este caso ya ha sido mencionada; también se ha dicho que esta pregunta es relevante, tanto para los usuarios de los sistemas de salud como para sus profesionales; y también se ha hablado del costo de no hacer una investigación como esta.

En cuanto a estudios previos sobre el tema, hay mucho escrito sobre el sufrimiento en psicología, en literatura, en antropología, etc. En relación con el tema más específico de trabajos sobre el sufrimiento relacionado con la entrevista médico-paciente; el sufrimiento y la comunicación; y el alivio del sufrimiento como objetivo médico principal, entre otros, se pueden mencionar los de Francesc Borrell (2003a) y (2003b); Ramón Bayés (2006) y (2004); Eric J. Cassell (2004), como los más pertinentes y cercanos.

5.1.2.2 El método

La fase siguiente que se analizará es *el método* empleado durante este trabajo y la razón para haberlo elegido.

Para Íñiguez Rueda los métodos “son caminos específicos que permiten acceder al análisis de los distintos objetos que se pretenden investigar. El método engloba todas las operaciones y actividades que, regidas por normas específicas, posibilitan el conocimiento de los procesos sociales” (Op. Cit.:497). Aunque reconoce que hay una gran cantidad de métodos, Íñiguez habla de cuatro como los utilizados con más frecuencia en las investigaciones sanitarias:1-la investigación-acción participativa;2-la etnografía; 3- la teoría fundamentada; y 4-el análisis del discurso.

Por su parte Manuel Amezcua y Alberto Gálvez piensan que “los dos referentes metodológicos que más aparecen en los estudios empíricos en salud(...)” son el análisis de contenido y el análisis del discurso(2002:427), y de igual manera opina Josep de Andrés (2002).

Francisco Javier Mercado también diferencia entre metodología y método. La primera significa “los vínculos entre la teoría de la realidad social y el método que usa un estudio para acercarse a un aspecto de la realidad; el método significa la técnica de obtención de datos y análisis” (Op.Cit.:55). También menciona la diversidad de métodos que hay y enfatiza: que es importante desde un principio explicitar qué métodos se van a emplear; que estos pueden pertenecer a la metodología cualitativa, cuantitativa o a una mezcla de ellas; pero que lo más importante de todo es “aclarar el fundamento que hay detrás de ellos al emplearlos” (Op.Cit.:59).

Retomando las ideas de Íñiguez, sería útil intentar descripciones someras de los métodos que menciona:

1. *La investigación-acción participante* implica un trabajo teórico-práctico en que el investigador es un "agente de cambio social"; que no puede haber neutralidad del investigador; que el compromiso del investigador es con las personas investigadas; y que no se pueden separar los procesos de investigación e intervención. Se ha utilizado con frecuencia en educación popular, especialmente en América Latina.
2. *El método etnográfico* implica "aprehender los significados compartidos del grupo que se analiza", para lo cual el investigador debe participar de la vida cotidiana de la población a estudiar. Este método tiene su origen en la antropología cultural.
3. *La teoría fundamentada* considera que la recolección de datos, el análisis de ellos y la teoría que la soporta están estrechamente interrelacionados. Es decir, "mediante interpretación y codificación, construye una teorización sobre un fenómeno", Íñiguez Rueda (Op.Cit.:500).
4. El *Análisis del discurso* entiende el discurso como "lenguaje en uso", es decir, el uso del lenguaje entre diferentes actores en un contexto social específico. Íñiguez define el discurso como "conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven relaciones sociales" (Op.Cit.:501). Y Amezcua considera que el análisis del discurso actualmente incluye varias disciplinas que le dan un enfoque tan amplio que debe considerarse como "área de estudio y referente teórico aplicable a los enfoques sociales de la salud(...)" (Op.Cit.:428).

En cuanto al *análisis de contenido* Amezcua considera que es más bien un conjunto de métodos que presta gran atención al "sentido del texto" en sus aspectos sintáctico, semántico y pragmático, y que tiene más tendencia a describir y cuantificar.

Analizando los conceptos de los autores citados en este apartado, se ha elegido el Análisis del Discurso como método para realizar este trabajo porque se considera que la conversación médico-paciente durante la entrevista es un claro ejemplo de utilización del lenguaje en un determinado contexto, que aunque sigue características de la conversación corriente, tiene otras que lo distinguen. Este método permite analizar e interpretar las interacciones que se dan entre personas de características diferentes, que establecen relaciones desiguales, que por eso mismo pueden llegar a conformar abusos de poder. Se utiliza además por que la presencia en él de diferentes disciplinas, ofrece un enfoque más amplio y diverso del objeto de estudio, pero especialmente se ha elegido porque permite conocer el concepto del propio paciente: de quien percibe, construye y narra su enfermedad con su propio lenguaje, y a la *forma* como percibe y expresa ese sufrimiento.

5.1.2.3 El muestreo.

La fase siguiente, en el orden que se ha elegido, es lo relativo al *muestreo*. Fernández y Calderón sostienen que esta actividad “no se realiza de forma probabilística(...) sino que ha de ser intencionado y razonado” (Op.Cit.:235); que se deben buscar los individuos y los contextos que más y mejor puedan contestar las preguntas que se han hecho y que permiten por lo tanto “conocer e interpretar” de forma integral el objeto de estudio. Desde ahora dejan claro que el valor de la muestra elegida no depende de su tamaño sino de que aporte una información “rica, profunda y completa”. Y recomiendan tener en cuenta dos aspectos en su diseño: *la conveniencia* y *la suficiencia* de la muestra.

La primera se refiere a la idoneidad de los individuos y los contextos, que aseguren una calidad óptima de la información. A este respecto en este caso se eligió:

1-un Centro de Atención Primaria, por la diversidad y cantidad de problemas de salud que atiende, como primer paso para acceder al Sistema Nacional de Salud, y no se eligió un centro de atención de segundo o tercer nivel por

considerar que sería una muestra de población y de entrevistadores ya sesgada; la Provincia de Barcelona por su facilidad de desplazamiento, y por conocer ese sitio al haber trabajado allí el investigador cinco años como médico, realizando suplencias frecuentes a diferentes colegas.

2-Este Centro atiende una comunidad suficientemente grande, diversa y heterogénea (tanto catalanes como de diversos sitios de España, e inmigrantes latinoamericanos, africanos y asiáticos); las consultas se realizan en jornadas de la mañana y de la tarde y los sábados desde las 09:00 hasta las 17:00hs; hay personas que trabajan en diversas actividades, y personas mayores y jubiladas (que con frecuencia padecen de enfermedades crónicas).

Esta heterogeneidad trae consigo diferencias que se advierten en la forma de expresar molestias y hacer preguntas acerca de sus males (las mujeres dan más detalles y preguntan más), y diferencias culturales acerca de conceptos de salud-enfermedad, y de otras situaciones adversas.

3-Participaron médicos(as) de la plantilla del Centro que tuvieran más de un año de experiencia en ese centro, y que aceptaran voluntariamente participar en este trabajo cuyo objetivo ya conocían. Estudios previos han mostrado que las médicas son más expresivas, empatizan más fácilmente con sus pacientes, y en ocasiones las pacientes mujeres prefieren comentar ciertos temas con otra mujer.

Dentro del apartado "la conveniencia de la muestra", este aspecto que acabamos de comentar los autores lo denominan "unidad de muestreo", y lo complementan con "los criterios de inclusión y exclusión" de estas unidades, que deben guardar relación directa con el objeto de estudio y la metodología elegida. Aunque se entiende que toda enfermedad lleva aparejado algún grado de ansiedad, expectativa, preocupación o angustia, en este caso la búsqueda eran las expresiones, verbales o no, de sufrimiento relacionado con su enfermedad, como ya fue definido. Es decir, no en todas las consultas se esperaba encontrar expresiones de sufrimiento, a no ser que se hubiera elegido una consulta específica, como las especialidades psiquiátrica, neurológica,

oncológica y similares, o un Centro de remisión de paciente con dolor crónico. Por eso se eligió una muestra suficientemente amplia y variada, tanto en contexto como en personas informantes, y no se consideró la necesidad de incluir revisión de documentos en ella, diferentes de la correspondiente bibliografía.

El segundo aspecto que se debe analizar dentro de este apartado sobre el muestreo es "la suficiencia de la muestra", que en esta modalidad de IC no se refiere a una cifra, a un número determinado de unidades de muestreo, sino a la "calidad y cantidad de información recibida". Se puede decir que una muestra es suficiente cuando "la información ha alcanzado la saturación, es decir, cuando las informaciones se repiten, son redundantes y no se obtienen nuevos datos(...)"(Op.Cit.:236). Fernández y Calderón, aunque reconocen que hay diversos tipos de muestreo, los agrupan en dos: *el teórico o intencionado*, y *el opinático*. El primero se refiere a seguir un esquema conceptual teórico acordado previamente, que permite elegir los contextos y los participantes más representativos para lograr los objetivos del estudio. El opinático sigue un criterio más práctico, más circunstancial, como la facilidad de contactos con determinados sitios y personas, etc, por lo que el esquema conceptual teórico prácticamente no existiría. Un ejemplo sería el denominado "*muestreo aleatorizado*".

En este estudio se ha elegido este último dadas las circunstancias mencionadas: ser un sitio conocido por haber trabajado en él, y existir amistad con médicos, enfermeras y personal administrativo; no se podía establecer previamente el perfil del entrevistado porque se deseaba grabar en video las circunstancias reales en que se realiza actualmente una entrevista en el área de Atención Primaria, y ver si, bajo esas circunstancias, el paciente manifiesta, verbal o no verbalmente, el sufrimiento relacionado con su enfermedad; si el médico lo capta, y qué respuesta le da. Los cuatro profesionales que aceptaron colaborar en el estudio conocían el objetivo: continuar el estudio de la relación médico-

paciente, iniciado con el trabajo de investigación (tesina) realizado dos años antes.

Ni ellos ni el investigador podían saber ni elegir qué tipo de paciente acudiría a visitarse el día de la grabación-ni cuál sería ese día, ni cuáles de ellos aceptarían que se grabara su entrevista, ni se podía prever qué motivo de consulta los llevaría a su médico, y finalmente si el sufrimiento haría parte de sus quejas y el paciente las quisiera expresar ese día, cuando además hay una situación especial como es la presencia de una cámara de video. Porque de alguna manera la video-grabación “complica” la actividad administrativa, médica y social del Ambulatorio y esto limita la labor del investigador.

5.1.2.4 La técnica de recogida de datos

La fase siguiente de la IC que se debe analizar es la *técnica de recogida de datos*, considerando la técnica como “los procedimientos específicos de recogida o producción de información”, según Íñiguez Rueda. Aunque algunos autores hablan de técnicas cualitativas y cuantitativas, estos dos términos deben servir para referirse a la metodología. Según este autor, en la IC se utilizan con mayor frecuencia la observación participante, la entrevista, las técnicas grupales y las técnicas documentales y textuales, utilizadas individualmente o en combinación. Esta sería una breve descripción de ellas:

1. *La observación participante* en la cual el investigador está “inmerso en el contexto” sin seguir un protocolo acordado previamente, y aporta descripciones de “los acontecimientos, las personas y las interacciones observadas” y también las vivencias del propio investigador. Se utiliza con frecuencia en estudios etnográficos.
2. *La entrevista* se define como un encuentro formal entre el investigador y la persona o grupo investigado, con el objeto de obtener información acerca de “el punto de vista y la experiencia” del sujeto o sujetos

investigados. Entre la variedad de entrevistas que hay se destacan la individual y la grupal; la abierta, la estructurada o la semi-estructurada. Íñiguez destaca el hecho de que en la IC importa más la implicación del investigador que su neutralidad. Fernández y Calderón mencionan, además, la entrevista conversacional, a la que describen como aquella en que las preguntas no están pre-establecidas sino que surgen espontáneamente, lo que ocurre generalmente en los estudios observacionales.

Ya en el plano puramente médico, Francesc Borrell (2003) menciona la entrevista centrada en el paciente o en el médico; entrevista de cambio de hábitos o motivacional; entrevista confrontativa; entrevista de escucha y acomodación; entrevista informativa y prescriptiva; entrevista operativa; entrevista semiológica; y muchas otras más cuyos nombres denotan el objeto de las mismas. Además, todos los autores destacan el hecho de que es importante describir el escenario y el ambiente en que se desarrolla el encuentro.

3. *Las técnicas grupales* se definen por sí mismas, entre las que se encuentran brainstorming, role-playing, mesas redondas, y otras en las que destacan dos: el grupo de discusión y el grupo focal. En ambas se reúne un número pequeño de sujetos que conversan con un formato definido, cuyo material resultante será objeto, bien de análisis del discurso, o de contenido.
4. *Las técnicas documentales y textuales* también se definen por sí mismas. Requieren una cierta identificación con el tema a investigar, que lleve a conformar un verdadero corpus que permita un análisis, bien sea del discurso o del contenido.

Íñiguez concluye diciendo que no hay una metodología mejor o peor que otra; que toda investigación es en sí misma una intervención; que el investigador no

puede considerarse “exterior” a la realidad que investiga; finalmente, que por “estimular y afrontar la participación de todo agente social al menos en cierto grado”, el método cualitativo es el más indicado para investigar en estos temas de salud (Op.Cit.:502).

5.1.2.5 La observación

Fernández y Calderón ampliando “lo observacional” agregan que estas técnicas para recoger información están “dirigidas a captar no tanto la opinión sobre lo que ocurre sino lo que ocurre sobre el terreno a los ojos del observador”(Op.Cit.:241). E insisten en que “observar es más que describir lo que pasa, hay que observar y entender lo que no se ve, lo que hay detrás de lo que se ve, lo que está implícito, lo que subyace. Observar no es sólo mirar, hay que buscar. Hay que entrar, entender e interpretar el contexto o aspecto estudiado”.

En este trabajo se ha decidido que el investigador actúe como un *observador no participante* y no realice él mismo las entrevistas porque se perdería la variedad de los entrevistadores, en cuanto a personalidad, cultura, y género, entre otros. Y además, los resultados serían muy sesgados porque el investigador estaría muy pendiente del motivo de estudio-el sufrimiento, y en consecuencia le daría un manejo “especial”, y todas las entrevistas parecerían iguales.

En este caso el investigador, mediante la observación, va a describir, analizar e interpretar el material obtenido de video-grabaciones de entrevistas médicas, realizadas un día cualquiera en un Centro de Atención Primaria, para tratar de reconocer elementos verbales o no verbales expresados por el paciente, de forma espontánea o como respuesta a intervención médica, y la actitud del profesional a esa manifestación de sufrimiento relacionada con su enfermedad o motivo de consulta.

Continuando con el orden de exposición de los autores-guía, se tomó la decisión de que el observador sea no participante, que la observación sea limitada a los aspectos de sufrimiento, y que sea una observación única: la que aparece en la video-grabación.

Tomadas las tres anteriores decisiones hay que centrarse en la observación propiamente dicha:

- Qué mirar: dada la cantidad y diversidad de aspectos que se dan en una entrevista, es necesario definir claramente el aspecto que interesa, sin perder el contexto. Ese aspecto está claramente definido en este estudio: las manifestaciones de sufrimiento por parte del paciente.
- Cómo mirar: será el investigador un observador participante, no participante o adoptará una actitud intermedia?. También se ha definido anteriormente.
- Cuánto mirar: se recomienda hacer una observación "constante y sistemática", buscando la denominada "saturación del discurso" que daría un número de observaciones significativo. En este caso esto no es posible porque la observación es única, en el sentido de entrevista grabada, pero múltiple en el sentido de que estas grabaciones se pueden observar cuántas veces se requiera.
- Peligros del mirar: permitir que la subjetividad del investigador condicione la observación; perderse en la maraña de detalles y no observar lo fundamental; dejarse absorber por el medio y terminar convertido en parte del objeto de estudio; permitir que los observados lo seduzcan o rechacen.
- Habilidades para mirar: observar es una actividad compleja que requiere paciencia y preparación, además de una cierta capacidad de *insight*. Por esto es útil buscar opiniones de otros observadores, especialmente de observadores expertos.
- Aspectos éticos: se refieren a la confidencialidad y el anonimato de los observados que deben tener claro desde un principio el objeto de la

observación y autorizarlo específicamente, como también debe ser confidencial el proceso mismo de la observación.

- Entre los aspectos a observar, los autores cuyo orden se está siguiendo recomiendan tener en cuenta:

1-El escenario: tanto su aspecto físico, tamaño, localización (en este caso tanto del Centro en general como de los despachos).

2-Los participantes: describirlos en aspecto, número, roles (enfermera, médico, paciente, acompañante).

3-Las actividades e interacciones: qué sucede, en qué secuencia (el paciente tiene asignado un turno de visita, el médico lo llama por su nombre en la puerta del despacho, se saludan, se sientan y comienza la conversación). Se ha dicho que antes que proponer una secuencia pregunta-respuesta se estimula el uso de un cierto tiempo para que el paciente narre su motivo de consulta libremente. Además, aunque se supone que el médico pregunta y el paciente responde, en ocasiones esta polaridad se altera y entonces estos roles cambian: el paciente pregunta y el médico responde.

4-La frecuencia y duración: en general un profesional en Atención Primaria tiene unos 7-10 minutos para cada visita, pero suelen durar un poco más. Su periodicidad generalmente está acordada entre médico y paciente, o son solicitadas a necesidad de éste. Las visitas grabadas para este trabajo pueden considerarse típicas de las que se realizan en un Centro de Atención Primaria, en un día ordinario de trabajo.

5-Los componentes sutiles: se refiere a la decoración o elementos gráficos o textuales fijados en las paredes del despacho, temas que no son de salud que se comentan a veces, presencia de compañeros de trabajo en el recinto, uso o no de bata blanca, llamadas telefónicas internas, o a través de móviles al médico o al paciente, etc.

Una vez explicado cómo se eligió *la metodología* (cualitativa), *el método* (el análisis del discurso) y *la técnica* (la entrevista), se debe decir ahora que *el*

material que finalmente se utilizará en este trabajo es la transcripción de las conversaciones que se llevan a cabo en esas entrevistas. Recordar que el investigador actúa en este caso como *observador no participante*, pues no fue él quien hizo la entrevista ni participó en ella.

En total el material grabado está constituido por 39 entrevistas, individualizadas y numeradas en formato DVD, y todas ellas fueron revisadas repetidamente en busca de los diferentes aspectos que se habían fijado como criterios de inclusión. Finalmente se seleccionaron ocho entrevistas como representativas de estos criterios y es la transcripción de éstas seleccionadas la que constituirá el material de análisis. De las otras 31 entrevistas se hace un resumen de su contenido con algunos comentarios, que explicarían porqué no llenaron esos criterios.

5.2 Selección de las entrevistas

Si la hipótesis central es comprobar la presencia de sufrimiento durante la entrevista, hay que tener entonces la capacidad de identificarlo, tanto en sus expresiones verbales como no verbales. Es decir, se debe conocer ahora en sus diferentes aspectos, para poder reconocerlo cuando se analice el material de estudio.

¿Cómo reconocer, identificar e interpretar esas señales?. Se puede recordar el concepto de Poyatos (1994): la comunicación está soportada en el trípode verbal-paralingüístico-kinésico, es decir, para su análisis, la entrevista debe verse en su conjunto, con estos tres elementos inseparables. Además, recordar que en la entrevista se da una actuación simultánea de los interlocutores, que participan cara a cara para construir esta relación interpersonal, de la cual la conversación corriente constituye el ejemplo clásico.

5.2.1 Elementos verbales de la oralidad

Antes de entrar a mencionar los criterios de inclusión utilizados en este trabajo, es conveniente recordar, definir, o reafirmar, algunos conceptos al respecto. Por ejemplo, vale la pena recordar que comunicarse es un proceso interactivo, en el que continuamente se están interpretando intenciones, que se expresan verbal o no verbalmente, de forma directa o indirecta. Y como el discurso es una práctica social, la persona que se comunica debe emplear ciertas normas para construirlo de manera adecuada, y así poder obtener las metas que se propone.

Por esto, si se quiere analizar un discurso hay que pensar en las personas que lo han hecho posible, con sus ideas y sentimientos, pues toda actividad humana se hace realidad a través del discurso.

El *enunciado* es la unidad fundamental del discurso y para comprenderlo es imprescindible conocer el contexto en el que se emite. Y al combinar enunciados se producen los *textos*. Por lo tanto, cualquier texto, verbal o escrito, se debe considerar como *un hecho comunicativo* que aparece en un tiempo y en un espacio determinados. Fue Hymes(1972) quien seleccionó y organizó los elementos que conforman ese evento comunicativo así definido, utilizando el modelo denominado SPEAKING: Situation, Participants, Ends, Act sequences, Key, Instrumentalities, Norms y Genre (situación, participantes, finalidades, secuencia de actos, clave, instrumentos, normas y género). Lo primero significa que cualquier evento está situado en un tiempo y en un espacio, en los que la palabra es imprescindible; sus participantes actúan de acuerdo a roles pre-establecidos; persiguen unos fines; actúan de acuerdo a esos fines; tienen que cumplir unas normas; y el uso de esas normas va constituyendo géneros (como la entrevista, en el caso de este trabajo).

Recordar que para Goffman(1971) cualquier conversación, por trivial que parezca, no deja de ser un ritual en el que *negociamos* tanto nuestra propia

imagen y la de los otros participantes, como el sentido y el fin que se persigue. Este concepto es muy pertinente en la presente situación, cuando se estudia la conversación entre el médico y el paciente.

También ayuda en esta ocasión el concepto conocido como *principio de cooperación*, de Grice (1975), que permite entender la manera en que se da cierta clase de *inferencias*, que el autor denomina *implicaturas*, para referirse a "lo que no está dicho pero que se quiere comunicar", y que de otra manera podría ser causa de frecuentes desencuentros, al no respetar las normas que se han establecido para las diferentes interacciones sociales. En estas implicaturas "se viola o transgrede una máxima pero no se deja de cooperar", en palabras de Calsamiglia y Tusón(Op.Cit.:201).

Derivado de los conceptos de Goffman sobre imagen y territorio, se encuentra el *principio de cortesía* (Leech 1983, Brown y Levinson 1987) en el que se demuestra que las buenas relaciones entre los interlocutores facilitan la comunicación, al no permitir el intrusismo(territorio) o la agresión (imagen) al otro.

Por medio de la palabra podemos realizar la mayor parte de nuestras actividades de la vida diaria, pues la función primordial de la oralidad es la de hacer posibles nuestras relaciones sociales. Y para Amparo Tusón (1995a), la conversación espontánea, corriente, es la forma "primera, primaria y universal" de realizar esta oralidad.

Y aunque estas conversaciones son por naturaleza espontáneas e improvisadas, en ellas ya se da "cierto juego de poder o de pugna" entre los interlocutores por apoderarse del "espacio discursivo". Por lo tanto, no es de extrañar que estos mismos "juegos de poder" se den en otro tipo de encuentros(conferencia, entrevista) en que hay asimetrías y mayores intereses entre los interlocutores. Sin embargo, una conversación formal (institucional), como la que se da entre

un médico y un paciente, puede volver a ser corriente si uno de los interlocutores la lleva a un terreno "vivencial", que le haga desaparecer su habitual asimetría.

Ahora que se va a analizar la conversación en la entrevista, es útil recordar que en ella son importantes los denominados *turnos de palabra*, y que estos turnos tienen su representación mínima más característica en el denominado *paradyacente*: se trata de dos intervenciones cortas, en que la presencia de la primera implica la aparición de la segunda. Esta figura aparecerá aquí, especialmente en la forma en que médico y paciente se saludan y se despiden - apertura y el cierre de la entrevista, por la importancia que estos dos hechos tienen en el curso de la misma.

A propósito, dado que las expresiones más típicas de lo oral están constituidas por los diálogos que realizan sus interlocutores, es importante abordar desde el principio la forma como se organizan las etapas básicas de esos diálogos:

1-inicio(saludo, preguntas);

2-desarrollo (mantenimiento, respuestas);

3-final(aceptación o rechazo, cierre). El primero y el último generalmente tienen fórmulas para cada grupo cultural o evento (Amparo Tusón 1995a). La forma del inicio permite pronosticar más o menos cómo se va a desarrollar el evento, y la forma del final puede mostrar satisfacción o insatisfacción por lo que "acaba" de pasar. La parte central, el desarrollo, es el lugar en el que se dan las negociaciones.

5.2.2 Elementos no verbales de la oralidad

“Es posible que en el rostro de los que sufren
haya más expresión que en el rostro de los que gozan”.

Pío Baroja, *El mayorazgo de Labraz*.

Citado por Castilla del Pino:61.

Aunque la palabra ha sido tradicionalmente el centro de interés en los estudios de la comunicación, los elementos no verbales cada vez adquieren más importancia, si de veras se quiere hacer un estudio integral de este complejo acto humano. Esta situación puede deberse, en parte, a que la denominada *comunicación no verbal* se emite para ser *sentida*, no para ser *comprendida*, lo que dificulta su percepción, identificación y reconocimiento, lo mismo que la respuesta que ella requeriría. En el ejemplo que se estudia en este trabajo, estas características dificultan, no solamente la acción de sus interlocutores, si no también la del investigador (observador).

Según Knapp(1980) hay siete grupos de factores no verbales de interés para el estudio de la comunicación humana, citados por Calsamiglia y Tusón (Op. Cit.: 48-49):

I-Movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico.

- A. Emblemas
- B. Ilustradores
- C. Muestras de afecto
- D. Reguladores
- E. Adaptadores

II-Características físicas

Aspecto

Olores

Colores

III- Conducta táctil

Acariciar

Golpear

Sostener por el brazo

IV-Paralenguaje

Calidad de la voz

Vocalizaciones

V- Proxémica

Espacio social y personal (concepto de "territorialidad")

Orientación

Lugar

Distancia

VI- Artefactos

Perfume

Ropa

Pinturas

Gafas

Pelucas

Adornos(collares, sortijas, etc)

VII- Factores del entorno

Muebles

Arquitectura

Decorado

Luz

Temperatura

Ruidos

Música

- Los elementos cinésicos se refieren a los movimientos corporales comunicativamente significativos. Aunque inicialmente Poyatos (1994b: 186) se refiere a tres grandes grupos: gestos, posturas y maneras, posteriormente menciona hasta 17 tipos de estos elementos. De otro lado, Knapp (1980) y Payrató (1993) tienen una clasificación más sencilla con cinco elementos: emblemas, reguladores, ilustradores, expresivos-afectivos y adaptadores. Entre ellos se destacan los *ilustradores* y los *adaptadores*, muy útiles para este estudio. Los primeros se refieren a aquellos gestos que se utilizan para darle fuerza(enfatizar) o resaltar (subrayar) lo que se está diciendo en ese momento; y los adaptadores son movimientos, generalmente breves o suaves, que se utilizan cuando se está frente a una situación incómoda, estresante, y con ellos se logra aliviar la tensión generada (alisarse el pelo, tocarse la cara, rascarse la cabeza, etc).
- La proxemia se refiere en general al espacio: a su concepción individual y colectiva; cómo está distribuido o asignado para cada persona; la distancia que hay entre los interlocutores; sus cambios de lugar; etc., todo ello condicionado a las características del encuentro: simetría o asimetría de la relación, diferencias culturales, espaciales, ambientales, condiciones del encuentro, y muchas otras circunstancias.
- Los elementos paraverbales de la oralidad se refieren a dos aspectos: las características de la voz (masculina, femenina, susurros, gritos, nerviosismo, relajación, etc.), y a las denominadas *vocalizaciones*, que son “todos aquellos sonidos que salen por la boca pero que no son palabras”(carraspear, silbar, inhalar, exhalar, risa, llanto, etc.). Este concepto hay que distinguirlo de la *prosodia*, que hace referencia a la entonación, intensidad y ritmo de la oralidad. Ejemplos de la primera se encuentran al interrogar, exclamar, etc. La intensidad se refiere, además de marcar los acentos de ciertas palabras, a darle énfasis a una

determinada expresión. Y el ritmo se refiere al uso, o no, de pausas: ritmo rápido (nerviosismo), ritmo pausado o lento (relajación, tranquilidad).

5.3 Criterios de inclusión

En general, las manifestaciones de sufrimiento pueden ser expresadas de manera intensa, casi violenta y agresiva, o en tono pausado, lento; pueden ser expresadas clara y ampliamente, o manifestadas de manera soterrada, solapada; se pueden pedir, exigir, reivindicar o simplemente manifestarlas; pueden tener verdaderos visos dramáticos o ser asumidas con resignación.

Es decir, mientras la alegría o la ira pueden considerarse sentimientos "simples", en el sentido de que pueden ser identificados con una sola palabra y reconocidos fácilmente, el sufrimiento parece ser un sentimiento complejo que se presenta con varias caras. Esto posiblemente es lo que ha hecho difícil su definición y por lo tanto su identificación y reconocimiento: no se sabe ni el nombre de lo que se está buscando.

Por lo tanto, parece que ese reconocimiento queda supeditado a la sensibilidad, al carácter, a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, en fin, a la capacidad de empatía que tenga el interlocutor (el médico). Y además, a la formación que haya recibido durante sus estudios, y a la forma y frecuencia con que haya puesto en práctica esos conocimientos.

En cuanto a la parte verbal de esta identificación suelen reconocerse expresiones como "estoy agobiado(a)", "ya no puedo más", "esto es un infierno", "estoy hecho(a) polvo", "esto me supera", y muchas otras más, que dependen de factores culturales y personales de expresar verbalmente lo que está sucediendo. Recordar que no siempre se dice lo que se quiere decir y en ocasiones es más importante lo que se calla que lo que se dice.

La dificultad se encuentra más en la parte no verbal del discurso, por los conceptos anotados anteriormente. No siempre el médico tiene la capacidad de percibir elementos sencillos y breves, o actitudes y maneras casi imperceptibles. O no ha desarrollado la capacidad de percibir los sentimientos del interlocutor y darles su valor apropiado. O percibe esos sentimientos pero, ante la incapacidad de poder darles el manejo adecuado, o sentirse desbordado por ellos, opta por la vía equivocada de menospreciarlos, o inclusive, comentarlos en forma displicente y burlona, actitud que Francesc Borrell califica como *dispatía*, en oposición a la *empatía*, y la describe como "posición cínica del entrevistador" (2003:785).

Marianne Schmid Mast(2007) anota que es tan importante el aspecto no verbal de la comunicación, que en los ensayos clínicos para investigación de un nuevo fármaco, es imprescindible que ni el médico ni el paciente conozcan en qué grupo se encuentran los sujetos participantes en el estudio, porque el hecho de conocerlo traería cambios en el aspecto no verbal de la interacción. La autora agrega que las investigaciones demuestran que la conducta no verbal del paciente incide en el diagnóstico que el médico hace; y a su vez, la conducta no verbal de éste influye en la satisfacción de aquel.

Por eso piensa que la futura investigación en este campo debe mirar más a la conducta no verbal del paciente, pues ésta influye en el tipo de preguntas que el médico le hace. Para resumir cree que la satisfacción de los pacientes es mayor, cuando durante la entrevista sus médicos sonríen más, tienen contacto visual con ellos, se echan hacia adelante al escuchar o conversar, tienen un tono de voz y una cara expresivos, y gesticulan mucho, entre otras cosas. Pero advierte el peligro de interpretar la conducta no verbal, pues todas y cada una de estas expresiones tienen un significado diferente, en diversas situaciones. Finalmente insiste en que la autenticidad de esa comunicación no verbal es la base para la satisfacción del paciente.

Como aplicación práctica de estos conceptos, Rita Gorawara-Bhat et al. han elaborado un protocolo denominado *Non verbal communication in doctor-elderly patient transactions* (NDEPT), en el que aportan un estudio sobre las condiciones ideales de los despachos en una consulta para gente mayor. Allí analizan sus dimensiones y características estáticas y dinámicas, que van a tener influencia en aspectos cinésicos. Piensan que en este estudio la comunicación no verbal queda conceptualizada de dos maneras: el escenario físico de la sala de examen que incluye la interacción, y el lenguaje corporal del médico, especialmente en su dimensión cinética, comprendida dentro del cuarto de exploración. Por ejemplo, miden como atributos dinámicos la distancia entre el médico y el paciente durante la interacción, la diferencia de la altura de sus miradas, las barreras físicas constituidas por muebles, etc. Los aspectos cinésicos relativos al médico que consideran son la posición de sus brazos y piernas, el contacto visual, la expresión facial, los gestos y el contacto táctil.

Hacen énfasis en la presencia o no del escritorio para la adecuada comunicación no verbal de los interlocutores, un argumento aparentemente sencillo pero que les permite afirmar: "(...)los encuentros que no incluyen los escritorios en la mayor parte de la interacción aportan configuraciones espaciales que les permiten a los médicos hacer y mantener contacto visual, y facilitar manifestaciones afectivas de tacto con los pacientes(..)", (2007:229). Este mismo concepto de "barrera" que establece el escritorio es mencionado por Alan Pease, cuando cita un estudio realizado por M. Argyle(1975),:"sólo el 10% de los pacientes se sentía cómodo cuando el médico estaba situado al otro lado del escritorio. Sin escritorio, el porcentaje llegaba a 55", (1988:142). Y ya se sabe que el contacto visual y el táctil son dos elementos importantes en el concepto de satisfacción de los pacientes. Este mismo concepto de "barrera" para la comunicación, fue mencionado por Casasbuenas (2004).

Este instrumento NDEPT, de Gorawara-Bhat et al., aunque ya ha sido probado y validado, se espera aplicarlo en muestras más grandes de población; en

escenarios diferentes; y analizar otros elementos de la comunicación no verbal. Pero como parece un aporte muy útil en este campo específico de la comunicación no verbal, cuyo uso se puede aumentar, se adjunta para su conocimiento y análisis.

Appendix A

NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS

Tape # _____ Coder _____ Date _____ Condition: Acute/Chronic

PHYSICIAN ATTRIBUTES: White coat: Y/N Stethoscope: Y/N Race/Gender: Dr. _____ Pt. _____
Start Time for: Opening: _____ (Middle) **Hx:** _____ **P. E.** _____ **Post P. E.** _____ **Closing:** _____ **End of tape:** _____

A. STATIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening Phase)			
(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Attributes</i>	<i>Y N</i>	<i>Notes/Description</i>	<i>Spatial Configuration</i>
1. Physician's desk	1 0	Desk/work surface/table/other	(Draw layout of visible items: Dr position, pt position, exam table, rolling stool, work desk/surface, shelves, computer on desk)
2. Physician's rolling stool	1 0		
3. Patient's chair	1 0		
4. Exam table	1 0		
5. Wall—posters, brochures	1 0		
6. Other (e.g. mirror, lamps)	1 0		
7. Medical equipment	1 0		
Total			

B. DYNAMIC ATTRIBUTES OF EXAM ROOM: (Opening, Middle and Closing Phases)						
B. 1. INTERACTION DISTANCE BETWEEN DR & PATIENT						
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
<i>Range</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed</i>	<i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.		<i>Score</i>	
Too far (>4 ft)	0	0	0	0		
Too close (<2 ft)	1	1	1	1		
Optimal (2.5-4 ft)	2	2	2	2		
B. 2. VERTICAL HEIGHT DIFFERENCE BETWEEN DR & PATIENT						
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
<i>Range</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed</i>	<i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.		<i>Score</i>	
Doctor Eye-level higher	0	0	0	0		
Doctor Eye-level lower	1	1	1	1		
Doctor Eye-level same	2	2	2	2		
B. 3. PHYSICAL BARRIER(S) BETWEEN DR & PATIENT						
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
<i>Range</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed</i>	<i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.		<i>Score</i>	
Existing barrier(s)	0	0	0	0		
Barriers modified but problematic (a)	1	1	1	1		
Barriers modified and no barrier (b)	2	2	2	2		
B. 4. ANGLE OF INTERACTION BETWEEN DR & PATIENT						
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
<i>Range</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed</i>	<i>Notes</i>
		Hx	Post P.E.		<i>Score</i>	
		Stand/sit	Stand/sit			
Away from (back towards patient)	0	0	0	0		
Directly facing (face-to-face with patient)	1	1	1	1		
Parallel/Acute (facing patient at angle)	2	2	2	2		

Appendix A (continued)

NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS

Tape # _____ Coder _____ Date _____ Condition: Acute/Chronic

C. KINESIC NONVERBAL COMMUNICATION EMANATING FROM PHYSICIAN (excluding speech and vocal characteristics)					
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)
<i>Dimensions</i>	<i>Opening</i>	<i>Middle</i>		<i>Closing</i>	<i>Collapsed</i>
		<i>Hx</i>	<i>Post P.E.</i>		<i>Score</i>
C.1. STANCE: Open/Closed Hands & Arms & Legs	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O 0 1 2 3 4 C 0 1 2 3 4	O C
C.2. EYE CONTACT: gaze	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
C.3. FACIAL EXPRESSION: Smile/Frown	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S 0 1 2 3 4 F 0 1 2 3 4	S F
C.4. GESTURE: Head nod, hand movements	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
C.5. TOUCH: Handshake, hand hold, pat, help w dress, on/off ex table	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	

Coding Instructions:

PART A: On NDEPT Coding Form, page 1, code static furniture (items 1-6) and medical equipment (item 7) for presence or absence of each of the items in the videotaped doctor-elderly patient encounter.

PART B: On NDEPT Coding Form, page 1, code dynamic attributes (4 components) according to definitions and specified ranges of components as described below:

- 1. Interaction Distance between Doctor and Patient:** is the shoulder-to-shoulder shortest distance between doctor and patient during the opening, middle [history taking and post physical exam] and closing phases of the medical encounter.
- 2. Vertical Height Difference:** is the vertical difference in eye level between the doctor and patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the medical encounter.
- 3. Physical Barrier(s) between Doctor and Patient:** Any external physical accoutrement--that may be existing or modified during the encounter--that blocks the interaction distance between doctor and patient during the opening, middle and closing phases.
- 4. Angle of Interaction between Doctor and Patient:** is the angle formed by the relative position of doctor to patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the encounter. The angle of interaction is operationally estimated as the angle between an imaginary axis extended from the location of the physician and the shortest interaction distance between Dr and pt.

PART C: On NDEPT Coding Form, page 2, code kinesic dimensions (5 components) as specified below:

- 1. STANCE: Open or Closed:** Code as percent of length of visit and note for each of 3 phases--Opening, Middle and Closing.
0= 0% -Dr never maintains open/closed stance with respect to hands, arms, legs or any combination over all phases
1= 1% - 24% of time Dr. is in open/closed stance; 2= 25% - 50% of time Dr. is in open/closed stance
3= 51% - 75% of time Dr. is in open/closed stance; 4= 76% - 100% of time Dr. is in open/closed stance
- 2. EYE CONTACT:** Code for percent of time Dr makes eye contact with pt during opening, middle, closing phases of encounter.
0= 0% - Dr never looks at pt during the interview
1= 1% - 24% of time Dr. makes eye contact with patient 2= 25% - 50% of time Dr. makes eye contact with patient
3= 51% - 75% of time Dr. makes eye contact with patient 4= 76% - 100% of time Dr. makes eye contact with patient
- 3. FACIAL EXPRESSION: Smile(s) and Frown(s):** Code for percent of time Dr smiles/frowns at patient.
0= 0% - Dr never smiles/frowns at pt during the interview
1= 1% - 24% of time Dr. smiles/frowns at patient 2= 25% - 50% of time Dr. smiles/frowns at patient
3= 51% - 75% of time Dr. smiles/frowns at patient 4= 76% - 100% of time Dr. smiles/frowns at patient
- 4. GESTURES:** defined as head nod/hand motion accompanying verbal speech and is measured as a percent of length of visit.
0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview
1 = 1% -24% of time Dr. nods or gestures 2 = 25 - 50% of time Dr. nods or gestures
3 = 51 - 75% of time Dr. nods or gestures 4 = 76 -100% of time Dr. nods or gestures
- 5. TOUCH:** Count number of times Dr. touches, hugs, pats, shakes hand patient, helps patient on/off table or with clothes.
0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview
1 = 1% -24% of time Dr. touches patient 2 = 25 - 50% of time Dr. touches patient
3 = 51 - 75% of time Dr. touches patient 4 = 76 -100% of time Dr. touches patient

Appendix A (continued)

NDEPT: NONVERBAL COMMUNICATION IN DOCTOR-ELDERLY PATIENT TRANSACTIONS

Tape # _____ Coder _____ Date _____ Condition: Acute/Chronic

Pre-Coding Instructions:

Phase Coding of Encounters: Read transcripts of each tape and identify (by line number) the main phases of Opening, Middle and Closing in the encounter according to the following definitions:

Opening Phase: Includes greetings, solicitation of chief complaint by doctor or presentation by patient and/or any social conversation between doctor and patient.

Middle Phase: Includes the history taking, physical exam and any post physical exam discussion between the doctor and patient. (Physical exam is not part of data and analysis for present project).

Closing Phase: Includes a recapitulation of the condition/treatment plan for the patient. It also includes any summary and/or plan for future test(s) for the patient.

Coding Instructions:

Phase timing of Encounters: On NDEPT Coding Form, page 1, line 4, using videotapes and line number demarcation of Opening, Middle and Closing phases (from phase coding of encounters), record start and end times for each phase, for all tapes. Also note end time of the encounter.

PART A: On NDEPT Coding Form, page 1, code static furniture (items 1-6) and medical equipment (item 7) for presence or absence of each of the items in the videotaped doctor-elderly patient encounter.

PART B: On NDEPT Coding Form, page 1, code dynamic attributes (4 components) according to definitions and specified ranges of components as described below:

1. Interaction Distance between Doctor and Patient: is the shoulder-to-shoulder shortest distance between doctor and patient during the opening, middle [history taking and post physical exam] and closing phases of the medical encounter.

2. Vertical Height Difference: is the vertical difference in eye level between the doctor and patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the medical encounter.

3. Physical Barrier(s) between Doctor and Patient: Any external physical accoutrement--that may be existing or modified during the encounter--that blocks the interaction distance between doctor and patient during the opening, middle and closing phases.

4. Angle of Interaction between Doctor and Patient: is the angle formed by the relative position of doctor to patient during interaction in the opening, middle and closing phases of the encounter. The angle of interaction is operationally estimated as the angle between an imaginary axis extended from the location of the physician and the shortest interaction distance between Dr and pt.

PART C: On NDEPT Coding Form, page 2, code kinesic dimensions (5 components) as specified below:

1. STANCE: Open or Closed: Code as percent of length of visit and note for each of 3 phases--Opening, Middle and Closing.

0= 0% -Dr never maintains open/closed stance with respect to hands, arms, legs or any combination over all phases

1= 1% - 24% of time Dr. is in open/closed stance

2= 25% - 50% of time Dr. is in open/closed stance

3= 51% - 75% of time Dr. is in open/closed stance

4= 76% - 100% of time Dr. is in open/closed stance

2. EYE CONTACT: Code for percent of time Dr makes eye contact with pt during opening, middle, closing phases of encounter.

0= 0% - Dr never looks at pt during the interview

1= 1% - 24% of time Dr. makes eye contact with patient

2= 25% - 50% of time Dr. makes eye contact with patient

3= 51% - 75% of time Dr. makes eye contact with patient

4= 76% - 100% of time Dr. makes eye contact with patient

3. FACIAL EXPRESSION: Smile(s) and Frown(s): Code for percent of time Dr smiles/frowns at patient.

0= 0% - Dr never smiles/frowns at pt during the interview

1= 1% - 24% of time Dr. smiles/frowns at patient

2= 25% - 50% of time Dr. smiles/frowns at patient

3= 51% - 75% of time Dr. smiles/frowns at patient

4= 76% - 100% of time Dr. smiles/frowns at patient

4. GESTURES: defined as head nod/hand motion accompanying verbal speech and is measured as a percent of length of visit.

0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview

1 = 1% -24% of time Dr. nods or gestures

2 = 25 - 50% of time Dr. nods or gestures

3 = 51 - 75% of time Dr. nods or gestures

4 = 76 -100% of time Dr. nods or gestures

5. TOUCH: Count number of times Dr. touches, hugs, pats, shakes hand patient, helps patient on/off table or with clothes.

0 = 0% Dr. never nods or gestures during the whole interview

1 = 1% -24% of time Dr. touches patient

2 = 25 - 50% of time Dr. touches patient

3 = 51 - 75% of time Dr. touches patient

4 = 76 -100% of time Dr. touches patient

También Ramón Bayés hace un aporte a la detección del sufrimiento en la práctica clínica. Considera que, dadas las circunstancias especiales en que se encuentran estas personas, el instrumento que se pretenda emplear para evaluarlo debe permitir valorar aspectos subjetivos; ser fácilmente comprensible; no ser invasivo; ser sencillo, fácil y rápido de administrar; poder aplicarlo repetidamente; y poseer en sí mismo un valor terapéutico.

Basado en los estudios realizados por William James (1890), comenta que, en sentido general, el hecho de que una persona perciba *su* tiempo más largo que el tiempo cronológico es señal de *malestar*, mientras que si lo percibe más corto es señal de *bienestar*. El propio autor señala que este es un método para realizar un primer cribaje, tamizaje o selección de las personas que consultan por síntomas sugestivos de sufrimiento, lo que permitiría “descartar” a unos y profundizar en los síntomas de otros. De entrada, permitiría diferenciar un malestar, ansiedad o depresión de un verdadero sufrimiento, en el que la persona percibe una importante amenaza contra su integridad.

Se trata de hacerle a la persona que asiste a la entrevista dos preguntas:

1- ¿cómo le pareció el tiempo (ayer, anoche, esta semana): corto, largo o qué pensaría?;

2- ¿por qué? (le pareció como le pareció). La primera respuesta indicaría si hay algún “malestar” o no, y la segunda comenzaría a dar luces sobre una(s) posible(s) causa(s). Para Bayés, al tocar aspectos subjetivos, estas dos respuestas pueden iniciar una relación empática entre los interlocutores, que desde ya comenzaría a aportar elementos terapéuticos.

Este instrumento ha sido aplicado en más de 600 ocasiones, en pacientes oncológicos y de SIDA en estado terminal, lo mismo que en deportistas. La relación entre sensación de malestar y percepción de alargamiento del tiempo se encontró en el 83.5% de casos, y la de sensación de bienestar y acortamiento del tiempo en 76.6%.

Entre las causas más frecuentes de sufrimiento Bayés encontró el término *espera incierta*: "el tiempo de espera parecerá más largo-y, por tanto, la sensación de amenaza será mayor-cuánto más importante sea para el enfermo lo que espera-persona, acontecimiento, información, etc.- y más dudosa sea la longitud del tiempo de espera"(2000:73). Y le recomienda a los profesionales de la salud tener muy en cuenta estos aspectos informativos y emocionales, lo mismo que una atenta escucha durante la entrevista, sin dejar de lado que, en último término, es en el paciente mismo en el que radica el control del sufrimiento.

El estudio realizado por D. A. Pérez-Martínez et al. pone de relieve el papel que desempeña el lóbulo parietal del hemisferio cerebral derecho en la expresión de elementos emocionales, en la comunicación no verbal. Comienzan por definir el término *apraxia* como la imposibilidad para realizar de forma voluntaria una determinada acción, sin que existan limitaciones motoras, sensitivas, de coordinación, o dificultad para la comprensión de una orden dada. Sin embargo, el paciente puede realizar ese mismo movimiento de forma involuntaria, espontánea, o durante el sueño.

Específicamente mencionan el cuadro clínico conocido como "Apraxia unilateral del Cierre Palpebral"(ACP), secundario a lesiones vasculares en el lóbulo parietal derecho. Y recuerdan que esta área "parece desempeñar un papel importante en tareas de codificación visuo-espacial, así como en la percepción y expresividad emocional"(2007:413), además de ser la responsable de la generación y comprensión de una adecuada prosodia.

Y para ahondar en la comprensión de la apraxia del cierre palpebral, aprovechan un trabajo realizado por C. Geertz(1989), fundador de la antropología simbólica, en que este autor estudia el guiño del ojo entre dos interlocutores, como ejemplo de comunicación social. Se considera que el guiño es "una forma de comunicación realizada de forma deliberada, hacia un

interlocutor en especial, para subrayar o enviar un determinado mensaje y de acuerdo a un código social establecido entre ambos. Por lo tanto, el guiño podría interpretarse como una forma de comunicación no verbal de alto grado de implicación emocional" (Op.Cit.:413). Además, en el caso que mencionan los autores, el paciente presentaba una "profunda aprosodia del discurso verbal".

Para Josep María Bosch una de las grandes dificultades al estudiar la conducta no verbal es poder definir el *significado* de lo que se observa. Así, cuando se analizan los gestos o movimientos se encuentra que, mientras algunos de ellos están "icónicamente determinados", es decir, el acto es similar a aquello que significa, otros están "intrínsecamente codificados, en donde el mismo acto es su propio significado" (1993:340).

En su estudio realizado en ancianos, de todas las expresiones faciales las conversacionales comprenden globalmente el 72.9%, tanto en la fase de habla como en la de escucha, mientras que las expresiones faciales emocionales sólo representan el 27.1% restante. Según este investigador, las expresiones faciales conversacionales actúan como ilustradores, emblemas, reguladores o adaptadores. Así, cuando queremos enfatizar lo que estamos diciendo movemos las cejas, las manos, meneamos la cabeza, utilizamos determinada entonación vocal, y cierta mirada, todo ello de manera coordinada. O pueden servir como signos de puntuación: elevamos las cejas como una exclamación ante algo que nos sorprende, o las fruncimos ante algo grave. O actúan como reguladores conversacionales, que interfieren o facilitan los turnos de palabra, al hacer pequeños movimientos de los labios cuando se desea iniciar un turno de palabra.

El hecho de que los movimientos ilustradores se incrementen durante las interacciones cara a cara sugiere que su presencia tiene sentido fundamentalmente en referencia a la presencia del *otro*. Esto se confirmaría con el hecho de que las expresiones faciales conversacionales sólo se aprecian

durante la interacción, mientras que las expresiones faciales emocionales también aparecen cuando la persona está sola. Bosch cita a Feyereisen, (1985), para confirmar que la actividad ilustradora supondría un esfuerzo por superar corporalmente las dificultades del lenguaje verbal (Op.Cit.: 383).

Y se apoya en Lang y Levental, citados en Echebarría (1989), para concluir que “las emociones se enmarcan dentro de la perspectiva del procesamiento de la información”(Op. Cit.:45). Este concepto aparece ya en el estudio de Charles Darwin(1872) al considerar que estas expresiones faciales emocionales han sido seleccionadas para transmitir mensajes, “con el objeto de mantener y regular la comunicación y la supervivencia de los individuos” (Op. Cit.:55). Y aunque no está suficientemente demostrada la universalidad de las expresiones faciales, y su origen innato o genético, su presencia también se ha demostrado en animales y en niños.

Bosch menciona algunos sistemas para estudiar estas expresiones faciales:

-*Sistema de codificación de la actividad facial* (Facial Action Coding System-FACS). Sistema que analiza los movimientos faciales basado en la anatomía de la musculatura facial(Ekman y Friesen, 1978a). Pag66.

-*Técnica de puntuación de las emociones*(Facial Affect Scoring Technique-FAST). Determina la apariencia facial de las emociones básicas o primarias. Es un atlas de ejemplos fotográficos sobre diferentes expresiones faciales, divididos en tres áreas del rostro: la frente y las cejas; los ojos y los párpados; mejillas, nariz, boca y barbilla (Ekman, Friesen y Tomkins, 1971). Pag 69.

-*Sistema de codificación de la actividad facial emocional*(Emotional Facial Action Coding System-EMFACS). Versión derivada del FACS, desarrollada por los mismos autores, que facilita y acorta el tiempo de aplicación de éste. Pag71.

Todos estos métodos parten de la existencia de seis emociones básicas o fundamentales: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, ira y disgusto.

Bosch opina que los gestos, además de tener su papel comunicativo, también tienen uno *representacional*. Esto se aprecia frecuentemente en las entrevistas cuando los pacientes mientras conversan señalan partes de su cuerpo, lo cual significa una “división de la atención”: mientras las palabras se dirigen al médico, los gestos se dirigen hacia el propio paciente.

En este estudio, el prototipo de los emblemas es el encogimiento de hombros que representa “un estado de incapacidad, dificultad, impotencia o resignación”, que puede asociarse con movimientos breves de las manos, y expresión facial de incredulidad: elevación de las cejas, descenso de las comisuras labiales, relajación del labio superior y elevación del labio inferior.

Bosch observó que durante la escucha hay menos expresiones faciales conversacionales, siendo la más conocida la elevación de las cejas, que le da al que escucha un aspecto “sorpresivo o cuestionador”. Por el contrario, los fruncimientos del entrecejo aparecen como efecto de “una escucha atenta, concentrada y en ocasiones crítica” (Op.Cit.:266).

Estos aspectos que se han mencionado sobre la comunicación serán de gran utilidad a la hora de transcribir las entrevistas video-grabadas. Y describirlos, analizarlos, e intentar interpretarlos, constituirán la base de este trabajo.

Como se ha visto en la revisión de los trabajos anteriormente expuestos, no existen elementos de la comunicación no verbal, simples, característicos y exclusivos del sufrimiento. Es preciso entonces estar atentos a estas manifestaciones mencionadas- tono de la voz, expresiones faciales, gestos, movimientos, solas o en conjunto, para poder elegirlos como criterios de inclusión de una determinada entrevista, que la haga apta para ser transcrita e iniciar así todo el proceso de análisis.

5.4 El concepto de transcripción: cuando la imagen se vuelve palabra.

Siguiendo a Lluís Payrató (1995), la transcripción del discurso oral se entiende como “un procedimiento de traslado o trasposición a una forma gráfica(escrita) de una producción (lingüística, discursiva) originalmente oral” y desde ya anuncia que no existe una transcripción “ideal” que se pueda adoptar de un modo “irreflexivo”. Sostiene que la transcripción es una necesidad, dada su importancia tanto para el investigador mismo, como para que otros puedan conocer un discurso y participar de su discusión, aspectos básicos de toda actividad científica.

Insiste en que no podemos olvidar que estas transcripciones vienen a ser entonces una *versión* del discurso original, dado que “el producto original es irreproducible con absoluta fidelidad” (Op.Cit.:46). Señala este autor que la transcripción del discurso oral viene de la etno-metodología norteamericana de los años sesenta y setenta del siglo XX. Inicialmente su interés se centró en aspectos de la interacción y dejaba de lado los aspectos puramente lingüísticos, pero actualmente con la presencia de la socio-lingüística interaccional y la etnografía de la comunicación, estas carencias se han corregido.

Payrató asegura que no se puede concebir una transcripción del discurso oral que se caracterice por la “neutralidad o fidelidad; globalidad o complejidad; omni-funcionalidad; y claridad”. Es más realista aceptar que “se transcribe en función de lo que se pretende analizar”, y que aspectos como el alcance y la simplicidad se disminuyen cuando se utiliza metodología cualitativa y muestras de poco tamaño, como en una tesis doctoral. Además, el enorme campo que constituye hoy el análisis del discurso dificulta mucho más esta labor dada la diversidad de intereses de estudio que existen, intereses que finalmente serán los encargados de dirigir el sistema a emplear.

Piensa que más bien se asimile la transcripción a un concepto comparable al de definir una muestra de población para una investigación, es decir, la

transcripción debe ser *flexible*. Opina que, como parte de esta visión más realista de la transcripción, se considere que tiene una vertiente teórica y metodológica, y otra vertiente más técnica y mecánica. Así concebida, la transcripción debe asumirse no como neutral sino como *interpretativa o teórica* ; en vez de global, debe ser *selectiva* ; y en vez de omnifuncional se debe considerar *pertinente* . Estas concepciones van a permitir el establecimiento de categorías y niveles del discurso transcrito que serán ahora *coherentes, fieles y flexibles* .

En cuanto a la vertiente técnica o mecánica, se estará hablando entonces de establecer una simbología que sea clara, sencilla, compartible. Y finaliza diciendo que la transcripción debe considerarse una herramienta *aplicada* y "(..)representa un ejemplo claro de una concepción determinada de la lingüística aplicada(..)"(Op.Cit.:58).

Con estos criterios en mente se procedió a realizar las transcripciones, que constituyeron el *material* con el que se realizó el siguiente paso: *el análisis de los datos*.

Se adjunta la lista de algunos símbolos utilizados para la transcripción de cada una de las entrevistas, tomado de los trabajos de Payrató.

Algunas convenciones para la transcripción:

1. Numerar las líneas a la izquierda.
2. Usar las grafías normales, salvo cuando se quiere señalar algún aspecto fonético de interés para el análisis; entonces usar los símbolos del alfabeto fonético.

l̃j: ð nasalización
 ɔ abertura
 h aspiración
 etc.

3. Símbolos prosódicos y paralingüísticos:

| pausa breve
 / final ascendente
 \ final descendente
 ¿? interrogación con final descendente
 ¡! exclamación
 --- final mantenido
 ... corte abrupto en medio de una palabra
 <...> pausa larga, también <pausa> o <3>, indicando segundos.
subr énfasis
 MAYÚS mayúsc. énfasis
 :: alargamiento de un sonido

4. Símbolos relativos a los turnos de palabra

--- al principio de un turno para indicar que no habido pausa después del turno anterior:

A- ¡Ojalá venga pronto!
 B ---¡Ay, sí!
 A ---¡Tengo unas ganas de verla!

--- solapamiento de dos turnos:

H -Vale <pausa> =pero es que me molestarían las piedras \ =
 M -[mirando a L] =bueno ¡ oye | y el pan ¿qué? | tengo que = ir yo/

5. Otros símbolos:

[] fenómenos no léxicos, tanto vocales como no vocales: [risas], [mirando a B]
 () palabra ininteligible o dudosa

{ } para marcar las fronteras en las que se produce algún fenómeno no léxico que se quiere señalar, por ejemplo:

{riendo} no me lo puedo creer{/ pero será eso
{susurrando} pásame el lápiz/ por lá}

5.5 Descripción, transcripción, análisis, e interpretación de las entrevistas.

En primer término se mencionan las 31 entrevistas que no fueron transcritas por no llenar los criterios de inclusión, y de las que se hace un resumen individual. En el capítulo de Análisis de los datos se mencionarán las 8 entrevistas que si los cumplieron. En general, se numeraron de forma secuencial, de 1 a 39.

Entrevista 1.

NOTA: de la entrevista 1 hasta la entrevista 11, inclusive, las consultas son realizadas por el mismo profesional y en el mismo despacho, y por lo tanto no se repetirán estas dos descripciones.

A-Descripción y análisis.

A.1-Descripción del escenario.

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan

compañeros de trabajo, y la enfermera de al lado le consulta casos con frecuencia al médico mientras está visitando. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver al médico de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales, del paciente pero aporta bastante sobre estos mismos aspectos del médico.

A.2-Descripción de los participantes.

A.2.1-Descripción del médico.

Es un hombre de unos 50 años, sin bigote ni barba ni gafas, utiliza bata blanca corta y encima una bata blanca larga, de manga larga; el pelo es abundante y rubio. Lleva reloj en el puño izquierdo.

A.2.2-Descripción de la paciente.

Es una mujer joven, habla con acento suramericano, no usa gafas, lleva el pelo recogido con una pinza de color marrón. Usa jersey oscuro de cuello alto y sobre él un saco negro.

B-Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano. Había consultado antes por molestias gástricas. Hoy viene por los resultados de la analítica pero estos no aparecen. El médico los busca varias veces en los archivadores y no los encuentra. Entonces llama por teléfono al laboratorio, se identifica, dice su lugar de trabajo y explica la situación. Le responden que se los enviarán en seguida, por fax. El médico le propone a la paciente que, mientras tanto, permanezca en la sala de espera, él continuará visitando, y, cuando lleguen los resultados, volverá a entrar. La paciente acepta y sale del despacho.

Cuando vuelve a entrar el médico le pregunta qué tiempo lleva de embarazo, ella le responde mostrándole una ecografía que lleva en el bolso. Suena el teléfono interno varias veces pero el médico no lo coge. Le explica que el problema con los exámenes se debió a que fueron enviados a su ginecóloga, por que fue ella quien los solicitó.

Lee los resultados, le dice que todo está bien, los transcribe en el ordenador, y se los entrega. Le recomienda que continúe los controles de su embarazo con la especialista. No se despiden de mano y ella sonríe al despedirse.

C- Análisis.

No hay contacto táctil (ni se saludan ni se despiden de mano) y el contacto visual es pobre. El médico soluciona un problema administrativo con facilidad, le explica su causa a la paciente, y le propone alternativas que la paciente acepta.

Le informa los resultados de los exámenes-que era el motivo de consulta, y le hace recomendaciones finales. La interacción es de tipo institucional, no hay agobios ni tensión, los participantes parecen relajados.

Entrevista 2

A. Descripción y análisis.

A.2.2- Descripción de la paciente.

Es una mujer joven, habla con acento suramericano, utiliza saco y jersey oscuros, lleva el pelo cogido con una pinza y el bolso terciado.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano. Hay escaso contacto visual. Su motivo de consulta es dolor de espalda de moderada intensidad, que cede con analgésicos corrientes, la conversación es muy puntual y se realiza de forma tranquila. La paciente no

manifiesta agobio por su dolor. El médico le explica que su dolor puede deberse a problemas circulatorios, por lo que le recomienda unos ejercicios con las piernas, y una crema hidratante. Le recuerda que hace unos dos meses le hicieron una radiografía de la espalda y era normal. La paciente le pide que los analgésicos que le prescriba vengan en sobres y el médico le hace las recetas. El teléfono interno suena varias veces pero el médico no lo coge. Le dice que vuelva a control en dos meses. No se despiden de mano.

C. Análisis.

La interacción se desarrolla en un ambiente aparentemente tranquilo, con buena tonalidad de la voz, sin mayores exigencias de parte de la paciente, y con un profesional relajado. No se toman decisiones que requieran debate.

Entrevista 3.

A. Descripción y análisis.

A.2.2- Descripción de la paciente.

Mujer de unos 35 años, usa gafas, entra sin abrigo, con una blusa de rayas verdes y mangas recogidas, pelo no muy largo.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano. El motivo de consulta son molestias gástricas, comentadas en consulta anterior. Con el tratamiento que recibe refiere mejoría. El médico le aconseja no tomar bebidas con gas. Le cuenta que ha cambiado de trabajo. Cuando le pregunta si fuma o bebe alcohol ella dice que no y sonríe. Toma tranquilizantes, el médico le hace recetas y le dice que vuelva a control en un mes. No se despiden de mano.

C. Análisis.

La interacción es distendida, en ocasiones la paciente sonríe, está mejorando con el tratamiento que recibe y no da señales de agobio. No hubo contacto táctil durante la entrevista. No hay preguntas de la paciente, no hay discusión sobre la conducta tomada.

Entrevista 4.

A. Descripción y análisis.

A.2.2-Descripción de la paciente.

Por una confusión, al pasar la grabación en video al formato DVD, se señaló esta consulta con el número 4 cuando en realidad es la continuación de la entrevista 2. Es decir, esta grabación no es más que su continuación, cuando médico y paciente vuelven del cuarto de exploración.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Ella se ha quejado de dolores en las piernas, y a la pregunta del médico sobre su ocupación, dice que permanece todo el día de pies en su trabajo y que el dolor es más intenso al final del día. Por eso el médico le dice que sus molestias pueden ser causadas por un problema circulatorio, y le recomienda que haga unos ejercicios que le explica en más de una ocasión. Le da unas recetas y le dice que vuelva en dos meses. Ella le pregunta cómo hace para conseguir visita con el ginecólogo y el médico se lo explica.

C. Análisis.

Son los mismos de la entrevista 2, y se insiste en que es una interacción relajada, sin agobio, con poco contacto visual, aunque hay contacto táctil durante la exploración. Es una interacción completamente institucional.

Entrevista 5.

A. Descripción y análisis.

A.2.2- Descripción de la paciente.

Es una mujer joven, habla con acento suramericano, lleva un saco amarillo y un jersey de rayas marrón horizontales, pelo no muy largo, suelto.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano. Ella está en tratamiento por asma y una bronquitis. Dice que, aunque estuvo muy mal, ahora está mejor pero continúa de baja. Ya no tiene fiebre ni dificultad para respirar pero le dice al médico que todavía no se siente en condiciones para volver a trabajar, y teme recaer. Después de explorarla (auscultarla), él le dice que " si está curada está curada" y ella le contesta "por ahí se oyen tantas cosas". Después de la exploración el médico permanece con el fonendoscopio alrededor del cuello. Ella agrega que tiene control con el endocrino en dos meses. El médico le repite las indicaciones sobre el uso de los inhaladores y le recomienda que los vaya disminuyendo poco a poco. Le da recetas y le dice que vuelva en una semana.

No se despiden de mano.

C. Análisis.

Es una entrevista tranquila, con un médico relajado y una paciente que se siente francamente mejor, aunque guarda el temor de recaer, pero no lo expresa como una gran preocupación. Hay contacto táctil durante la exploración, pero el contacto visual es poco. Habría sido interesante ampliar eso de "por ahí se oyen tantas cosas" porque podría ser una *creencia* que interfiera en el curso de la recuperación de la salud.

Entrevista 6.

Nuevamente, al pasar las grabaciones de video a DVD, se ha numerado mal, pues esta no es más que la continuación de la entrevista anterior, la número 5, cuando los dos participantes regresan de la exploración. Como la paciente ha explicado que los inhaladores le causan taquicardia, el médico le recomienda que los vaya disminuyendo poco a poco, dado que está mejor de su problema respiratorio.

Entrevista 7.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Descripción de la paciente.

Es una mujer de unos 55 años, de cabello rubio, lleva las gafas sobre la cabeza, usa jersey de cuello alto y abrigo. Lleva reloj en el puño derecho.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

No se saludan de mano, aunque de la interacción se infiere que son conocidos. La señora tiene un estado gripal para lo que ha estado recibiendo tratamiento casero. Tiene una voz de acento nasal, tose, ha sido fumadora, y el médico decide auscultarla. Durante la entrevista el teléfono interno suena en tres oportunidades pero el médico no lo contesta en ninguna. Una compañera, que no se ve en la grabación, le hace comentarios sobre algo del trabajo. En dos oportunidades pasan compañeras de trabajo, que por lo reducido del despacho, causan interrupciones de la consulta.

Es el médico quien inicia conversación sobre temas no relacionados con la consulta y comentan durante un rato: la paciente va a cerrar un almacén de

ropa que tiene, ha conseguido un nuevo local, ya tiene fecha de la nueva apertura, etc. Los dos sonríen.

Después de que el médico le da las recetas, ella le consulta sobre una pequeña lesión en la piel de la cara, al lado derecho, que él explora, y le recomienda una crema.

Una vez terminada la consulta, con los dos participantes de pies, ella le comenta algo sobre su hijo, que también es paciente del médico. Como se han salido del campo de la cámara, no se ven pero se oye la conversación.

C. Análisis.

A pesar de la amistad, no se saludan ni se despiden de mano, pero durante un rato tienen una conversación corriente, dentro de una conversación institucional. En realidad son tres consultas en una: el problema gripal, el problema de la piel de la cara, y el problema del hijo. Llama la atención el número de interrupciones, tanto del teléfono interno como de compañeras de trabajo. De todos modos, la interacción transcurre sin agobios aparentes de sus participantes. No hay lugar a debate sobre las decisiones tomadas.

Entrevista 8.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Descripción de la paciente.

Mujer de unos cuarenta años, de pelo negro, largo, usa gafas y lleva anillo en la mano derecha, no lleva reloj. Su abrigo es negro y el jersey de color beige. Coloca el bolso sobre la mesa.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

No se saludan de mano. Ella tiene tratamiento psiquiátrico con anti-depresivos y por eso está de baja. Lleva dos motivos de consulta: pedir recetas y consultar un posible problema de alergia. Cuando el médico le hace las recetas aparece su segundo nombre que ella nunca usa. Entonces empiezan a comentar esto por un rato, y sonriendo dice que cuando la llaman con ese nombre ella no se reconoce. Después le comenta que posiblemente uno de los medicamentos le está causando picor por todo el cuerpo. El médico la explora y encuentra señales de rascado en un brazo. Acuerdan que lo comentará con el psiquiatra, a quien, además, deberá pedirle un certificado dirigido al Tribunal Médico, que lo ha solicitado. En un momento de la entrevista el médico debe revisar la impresora que no va bien.

Debe volver a control en una semana. Se despide "adiós, gracias".

C. Análisis.

Aunque no se saludan ni se despiden de mano, hay contacto táctil durante la exploración. La conversación transcurre en un ambiente tranquilo, sin agobios. Durante un rato la paciente inicia una conversación corriente, dentro de una conversación institucional, y el médico le responde.

Se cumplen trámites administrativos (recetas) y asistenciales (exploración), pero no hay lugar a opiniones encontradas ni discusión.

Entrevista 9.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Descripción de la paciente.

Mujer mayor, con el pelo corto, usa gafas. Lleva chaqueta de color marrón claro, blusa blanca, jersey azul y bufanda de seda. Además, unos colgantes

pequeños, un anillo en la mano izquierda y el reloj en el puño izquierdo. El bolso lo lleva terciado.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano pero el médico la llama por su nombre. Viene para que le retiren unos tapones de cera que se le han acumulado en los conductos auditivos, y recoger un certificado para ir de vacaciones a un balneario. El médico le explica claramente que el formulario que trae, para que él lo llene y pueda irse al balneario, está equivocado, pues trajo el del año anterior. La señora habla alto y se confunde, pues la fecha del viaje está cercana. Llamaron por el teléfono interno, el médico responde y habla con la Administración. Ella pide recetas y el médico las hace. Pasa una compañera de trabajo y saluda.

Luego proceden a retirar los tapones, con la ayuda de la enfermera que está en el despacho de al lado.

Mientras se arregla para salir, la señora cuenta que a una amiga de ella la atracaron recientemente en los alrededores de su casa "unas mujeres jóvenes de buena presencia", y narra todos los detalles. Cuando termina, vuelve a lamentar lo del balneario, el médico la tranquiliza y le promete ayuda. Él necesita hacer una llamada telefónica, lo intenta, pero como la señora está hablando todavía, debe esperar a que termine para hacerlo.

Finalmente se despide y sale del despacho.

C. Análisis.

Aunque parece que se conocen hace algún tiempo, el saludo y la despedida son distantes, pero él la llama por su nombre, le da las recetas, le saca los tapones de cera, y le promete ayudarle con lo del certificado para el balneario, siempre que ella lleve el formulario correcto.

La señora inicia una conversación corriente, que es correspondida por el médico y la enfermera, y la mantiene por un rato. Todo el tiempo la señora habla en un

tono de voz alto. La interacción transcurre sin mayores agobios y no hay lugar a discusiones.

Entrevista 10.

A. Descripción y análisis.

A. 2.2 Descripción del paciente.

El hombre tiene unos 25 años, dice que es estudiante, tiene el pelo corto y tupido, lleva una chaqueta de tela de vaquero, no tiene bigote ni barba ni gafas.

La madre es una señora de unos 55 años, el pelo es largo y negro, con flequillo en la frente, y las gafas en la cabeza. Lleva colgantes largos, anillo y pulsera en la mano izquierda, y reloj y pulsera en la mano derecha. Tiene las uñas de las manos pintadas en color rojo oscuro, y lleva chaqueta en tela de vaquero, con blusa de color fucsia. Trae en la mano un bolso del que saca las recetas y las analíticas que trae para comentar con el médico.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

El señor viene por dos motivos: a conocer el resultado de unos análisis que se hizo recientemente y por caída del pelo. El médico le dice que la analítica está bien, y le entrega los resultados. Explora la parte afectada del cuero cabelludo, le pregunta por hábitos alimenticios y si ha tenido estrés. El paciente dice que come bien y que no ha estado estresado. El médico explica algunas causas de la caída del pelo en un hombre joven, le propone un tratamiento con vitaminas y una loción, para volver a verlo en tres meses. Si no mejora lo enviará a especialista. La madre interviene con comentarios al respecto, frecuentemente. La señora ha estado en tratamiento con endocrinología para una diabetes, pero en vista de la mejoría la remiten para seguimiento por su médico de cabecera.

Como es paciente nueva, el médico elabora el listado de antecedentes de la señora (enfermedades, intervenciones quirúrgicas, alergias, etc). Ha estado en tratamiento con psiquiatra particular por depresión, y asiste a controles anualmente. No fuma ni bebe alcohol. Tiene sobrepeso. Se oyen voces del despacho vecino y una compañera de trabajo cruza por el despacho. El médico debe ahora colocarle ganchos de repuesto a la grapadora.

Le propone hacerse unos análisis de control y asistir a consulta con la enfermera para control de dieta y peso. Ella acepta y pide recetas. Cuenta sus episodios de depresión que ahora están controlados y asegura que no están interfiriendo en su vida diaria.

La enfermera del despacho cercano interrumpe para pedir recetarios. La paciente hace bromas por haber sido remitida de endocrinología, se despiden sonriendo. Se oyen ruidos de los despachos vecinos.

C. Análisis.

A pesar de ser una consulta doble, con paciente nueva, más las interrupciones de diverso origen, la entrevista se lleva a cabo en un ambiente aparentemente relajado, sin tensiones, en un tono de voz adecuado. Hay un poco de contacto táctil con el paciente al explorarlo pero no lo hay con la paciente. No hay reclamaciones ni conflictos, las conductas médicas han sido sencillas, simples, dentro de lo que se esperaba, y los pacientes han estado de acuerdo con ellas. Parece como si los profesionales y los pacientes han terminado por aceptar, o se han acostumbrado, a este tipo de consultas con interrupciones, ruidos, etc. A pesar de que participan tres personas, la interacción ha estado tranquila.

Entrevista 11.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Descripción del paciente.

Hombre de unos 35 años, usa jersey rojo. No se sienta, por lo tanto la cámara no lo puede tomar bien.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Todo el tiempo conversan de pies, la entrevista es corta. El motivo principal de consulta es su estado gripal que le causa voz de entonación nasal. El médico lo ausculta y le mira la garganta. Está sin fiebre. Ha tomado tratamiento casero. Además le informa que fue donde el cirujano para que le mirara una masa superficial del abdomen, le dijo que era un lipoma y que no requería cirugía. Además, le informa que la endoscopia gástrica está pendiente. Conversan tranquilamente y se despiden pronto pero sin afanes.

C. Análisis.

Posiblemente no quería que lo tomara la cámara pues, a pesar de haberlo autorizado por escrito, no fue posible grabar su imagen. Inusualmente, la visita médica se hace de pies, hay contacto táctil durante la exploración, pero el saludo y la despedida son bastante informales.

Ni los motivos de consulta, ni la interacción, muestran manifestaciones de agobio o enojo. No se toma ninguna decisión. Es una entrevista muy atípica posiblemente por la presencia de la cámara.

NOTA: de la entrevista 12 hasta la entrevista 21, inclusive, las consultas son realizadas por el mismo profesional y en el mismo despacho, y por lo tanto no se repetirán estas dos descripciones.

Entrevista 12.

A. Descripción y análisis.

A.1- Descripción del escenario: despacho de tamaño intermedio(2.5x 2.5), iluminado, hay algunos textos sobre temas de salud en la pared del fondo, sobre la mesa hay: un calendario de tamaño mediano, de papel y cartón; un tensiómetro; y un ordenador y una impresora que no interfieren en la línea de visión de los participantes. La cámara de video está colocada encima de un mueble metálico, entrando al despacho a la mano izquierda, que permite ver los participantes de perfil. Al fondo se ve el pasillo de circulación interna por donde con frecuencia se ve personal de plantilla del ambulatorio, y se escuchan con frecuencia voces de los despachos vecinos.

A.2 Descripción de los participantes.

A.2.1 Se trata de una médica de edad media(45-50 años); delgada; con el cabello rubio y hasta los hombros; usa gafas y bata blanca de manga corta; lleva argolla en las dos manos, y pulsera y reloj de correa ancha en el puño izquierdo.

A.2.2 Hombre de unos 60 años, de cabello gris, lleva barba, usa camisa negra arremangada, no lleva gafas ni reloj. El periódico que trae lo coloca sobre el escritorio.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

El paciente está sentado en su silla. La médica estaba fuera del despacho y al entrar lo saluda por su nombre pero no le da la mano. El motivo de consulta es una infección dental que le ha impedido ir a trabajar. Recibió tratamiento con antibióticos, está mejor y la médica le dice "ya pasó". Le hace la baja, él la

recibe y la guarda dentro del periódico. Sonríen, el paciente da por terminada la visita, se incorpora de la silla, le desea buena navidad, la médica le corresponde el saludo y él sale del despacho.

C. Análisis.

Es una entrevista breve, concisa, con un motivo de consulta muy claro que ya se ha resuelto. Prácticamente es un trámite administrativo, sin contacto táctil pero buen contacto visual. Una vez cumplido el objetivo el paciente da por terminada la visita.

Entrevista 13.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Es un hombre de unos 55 años, de piel morena, frente amplia, sin barba ni bigote, pero abundante vello en los brazos y las manos. Lleva una americana gris y una camisa de rayas verdes verticales, y el reloj y la argolla en la mano izquierda. Deja las gafas y el periódico sobre el escritorio.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Viene a consulta para control de su tensión arterial. De memoria recuerda algunas cifras recientes de la tensión mínima, que no han logrado disminuir. La médica le toma la tensión en el brazo derecho, mientras conversan amistosamente del tema, manteniendo buen contacto visual. Al finalizar el procedimiento el paciente se retira el brazalete. Comentan sobre la salud de la esposa del paciente, que también es tratada por la médica. Él relata todo lo que hace para cuidar su salud. Tiene dos motivos de consulta más: molestias en la garganta que la médica interpreta como estado gripal, y un poco de somnolencia que ella la interpreta como efecto secundario de la medicación para su estado gripal. Acuerdan no cambiar el tratamiento pero si modificar los

horarios de la medicación para la hipertensión arterial. Como el paciente es fumador, durante un rato se dedican a comentar el reciente decreto para combatir el tabaco, que por momentos se convierte en conversación corriente. El paciente se coloca las gafas, coge el periódico, se despiden de mano y se desean buena navidad. Comienzan a comentar entonces que desean que lleguen pronto las vacaciones, los diferentes sitios para ir, y a los que han ido anteriormente. Comentan esto un buen rato, finalmente sonríen y vuelven a despedirse de mano.

C. Análisis.

Aunque comienza como una interacción institucional, en dos oportunidades se convierte en conversación corriente. La entrevista es amplia, hay tres motivos de consulta que la médica resuelve con la colaboración del paciente. Por ejemplo, se ponen de acuerdo para cambiar horarios de toma de los medicamentos, en vez de cambiarlos. El ambiente es distendido, relajado, en ocasiones parecen simplemente dos amigos conversando. Hay buen contacto táctil y visual que seguramente contribuye a ello.

Entrevista 14.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Hombre joven, sin barba ni bigotes ni gafas, lleva el pelo corto. Usa camisa azul y americana de color negro, a la mano.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano

Se saludan de mano, sonríen, la médica le llama por su nombre. Viene por un resfriado, con congestión nasal y poca tos. Está preocupado por que es el segundo resfriado del mes y piensa que tiene "bajas las defensas". Está

tomando por su cuenta "remedios naturales". Se ponen de acuerdo para vacunarse cuando pase el resfriado. Mientras habla gesticula mucho con su mano derecha. La conversación es distendida, sonríen con frecuencia. La médica lo ausculta y el paciente le pide que le haga una analítica porque "es que ya tengo 47...". Le hace una receta de un spray nasal, se despiden de mano, sonriendo, la médica le llama por su nombre. En ese momento alguien llama a la puerta del despacho.

C. Análisis.

Una entrevista en que los dos participantes conversan distendidamente sobre un motivo de consulta sencillo. Hay buen contacto visual y táctil, no hay mayor dificultad en ponerse de acuerdo sobre la conducta a seguir.

Entrevista 16.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de un hombre joven, sin gafas, lleva barba escasa y unas patillas largas, pendiente en la oreja izquierda, pulsera en las dos manos, camisa gris de manga larga. Viene acompañado por una chica también joven, de pelo rubio, jersey rojo y falda negra, lleva pulsera en la mano izquierda, y las uñas pintadas de rojo.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Como la médica está fuera del despacho, cuando entra ellos están sentados, se saludan de "hola", sonríen. La médica le dice que hace días no se veían. El paciente sonríe. Comentan la salud de la abuela que también es paciente de la doctora. El motivo de consulta es una lesión en la piel, para lo que ha venido tomando antibióticos. La acompañante intervino varias veces, incluso lo acompaña cuando la médica lo lleva al cuarto de exploración. El paciente pide

una constancia de la visita para el trabajo. Mientras la médica está trabajando en el ordenador ellos miran a la cámara haciendo bromas, sonríen. Con la acompañante se mira las manos, que están manchadas como de tinta negra o azul.

Le entrega la constancia y una receta, se despiden de mano, sonriendo los tres.

C. Análisis

Ha sido una entrevista sencilla, entre gente que ya se conoce, por un motivo de consulta no complejo. La conversación es fluida, en tono de voz bajo. A pesar de que la acompañante participa varias veces, en realidad no interfiere con el curso de la entrevista. Hay buen contacto táctil y visual. La médica los tranquiliza y les dice que la lesión es de buen pronóstico y que ya recibe el tratamiento adecuado. Se despiden de mano, sonriendo, los tres.

Entrevista 17.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Hombre joven, muy jovial, lleva vaqueros, camiseta negra de manga corta con unas letras blancas grandes en el pecho, de frente amplia, sin barba ni bigote ni gafas, en la mano derecha lleva el reloj y un anillo, y en la mano izquierda una pulsera.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

El paciente entra a la entrevista bromeando con lo de la video-grabación. El motivo de consulta es ver el resultado que lleva de una ecografía, realizada por la sospecha de cálculos renales. Le pide disculpas a la médica por haber abierto el sobre del examen por la curiosidad de conocer el resultado. La médica coloca la ecografía en el negatoscopio, comienza a mirarla y ante la curiosidad del paciente le pide que se acerque para mostrarle que tiene un pequeño cálculo

en cada riñón. Pregunta qué tratamiento hay para eso, la médica le responde que debe tomar mucho agua, si tiene dolor de nuevo debe volver para enviarlo al especialista.

El paciente bromea diciendo que si a esa piedras no se les puede “echar martillo”. Se refiere a la médica como “mi niña” en varias oportunidades. Dice que no fuma ni bebe y entra en una conversación corriente para contar que su mujer si fuma, a pesar de toda la campaña que él ha hecho para que no lo haga. Le pide a la médica que le tome la tensión arterial y al terminar él mismo se retira el brazalete. Luego tiene otra conversación corriente para contar que se ha cambiado de domicilio pero quiere conservarla como médica de cabecera. Ella le corresponde y durante un rato mantienen una conversación corriente al respecto. Se despiden de mano, sonriendo.

C. Análisis.

Se trata de una entrevista muy distendida, sin tintes dramáticos, más bien informal, en la que inclusive se modifica la proxemia de los participantes, el trato es muy amistoso. En dos oportunidades se cambia a conversación corriente. Al final hay contacto táctil y durante la interacción se mantiene un buen contacto visual.

Entrevista 18.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 La paciente es una mujer de unos 50 años, de pelo corto, con un collar delgado y argolla en las dos manos, usa gafas. Lleva una chaqueta y una falda negras, una blusa de flores, y bolso de color gris.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano y en catalán.

Inicialmente hablan en castellano. El motivo de consulta es la presencia de un cuerpo extraño en un ojo, por lo que pasan a la exploración. La paciente está tranquila y la médica la va a enviar al especialista. Una llamada interna, para asuntos de trabajo, las interrumpe. Mientras está hablando, una enfermera entra y le entrega a la médica una bolsa. Esta la recibe, termina de hablar por teléfono y comienzan a hablar en catalán para explicarle de quién y para qué es esa bolsa. La enfermera se va, la paciente sonríe y comienza ahora a hablarle en catalán a la médica. Comentan durante un rato que en esta época del año son los juegos de "amigo secreto", cuentan anécdotas y sonríen. Luego comentan las remisiones a los especialistas y su reglamentación, sonríen y se despiden.

C. Análisis.

El motivo de consulta es claro, la paciente lo expresa sin agobio, la médica lo atiende en seguida. Es interrumpida primero por una llamada de trabajo y, casi simultáneamente por una compañera, con la que comienzan a hablar en catalán de asuntos fuera del trabajo. La paciente permanece tranquila, comienza a sonreír y, al renovar la relación con la médica, comienzan a hablar en catalán en una conversación corriente. Es como si al descubrir el motivo de la interrupción de la enfermera, médica y paciente se hubieran sentido en confianza y optaran por hablar en la lengua que les es más familiar. Finalmente se despiden sonriendo.

Entrevista 19.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 La paciente es una mujer mayor, de pelo corto y negro, lleva gafas, reloj en la mano izquierda, sin anillos ni collar ni pulseras ni pendientes. Usa saco y falda negros con jersey rosa, y una pequeña billetera negra que coloca sobre el escritorio.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Se saludan de "hola". Viene por recetas y para control de su tensión arterial. La médica le coloca el brazalete, pone a funcionar el tensiómetro que es automático y sale del despacho. La paciente permanece tranquila hasta que regresa la médica, le dice que la tensión está bien, le retira el brazalete, y mientras le elabora las recetas, la paciente comenta positivamente lo de la video-grabación. La médica debe revisar la impresora que no va bien, la paciente la observa tranquila, recibe las recetas, se despide y sale del despacho.

C. Análisis.

Hay muy poco contacto táctil y el visual es mínimo, incluso a la despedida. Los motivos de consulta son claros y sencillos. La entrevista no muestra momentos de tensión ni hay decisiones que tomar, que impliquen discusión y negociación.

Entrevista 20.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 El paciente es un hombre de unos 55 años, de pelo corto y bigote. Lleva gafas, camisa rosa de manga corta con jersey azul oscuro y chaleco gris. El reloj lo lleva en la mano izquierda. Coloca sobre el escritorio una boina negra.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

El paciente entra en el despacho comentando positivamente lo de la video-grabación, y agrega que él está muy contento con el servicio que recibe de la Seguridad Social. Su motivo de consulta es un absceso dental para el cual viene

recibiendo antibióticos. Dice que volverá al odontólogo del Ambulatorio por que la consulta particular es muy cara. Habla en voz alta, conversan amistosamente. En cierto momento, y durante un buen rato, el paciente comienza a hacer un resumen de la situación personal, laboral y económica de cada uno de los tres hijos, dónde vive cada uno, etc. La médica le corresponde con comentarios de apoyo, le elabora y entrega las recetas, y se despiden de mano.

C. Análisis

El motivo de consulta está claramente delimitado, por un paciente entusiasta y muy conversador, que tiene una buena relación con su médica, hasta el punto que le permite mantener por un buen rato una conversación corriente, en la que ella participa dándole algunos conceptos en su apoyo. Hay buen contacto visual durante la interacción y táctil al despedirse.

Entrevista 21.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de una mujer joven, alta, de piel morena, con acento de voz sugestivo de República Dominicana, de pelo largo y negro cogido con una coleta. Lleva pantalón y jersey oscuros y una blusa amarilla con unos muñequitos pintados; pendientes pequeños, anillo en la mano izquierda y el bolso terciado.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

No se saludan de mano, mientras se sienta comienza a contar que ha estado con diarrea, náusea y estado gripal, aunque dice que está mejor con el tratamiento casero. La médica la explora y le hace recetas. La paciente dice que por esto la empresa quiere que le den la baja por un día. Cuando la médica la

va a elaborar, la paciente debe llamar por el móvil para que le den la dirección de la empresa y otros datos complementarios. Recibe los documentos, agradece y se despide.

C. Análisis.

Sólo hay contacto táctil durante la exploración y el visual es escaso. El motivo de consulta es claro, la paciente dice estar mejor pero de todos modos la médica la explora y le da tratamiento. La entrevista es tranquila, se cumple el trámite administrativo solicitado por la empresa, y no hay lugar a discusión ni en el diagnóstico ni en la conducta a seguir.

NOTA: las entrevistas 23, 24, y 25, inclusive, son realizadas por el mismo profesional y en el mismo despacho, y por lo tanto no se repetirán estas dos descripciones.

Entrevista 23.

A. Descripción y análisis.

A.1. Descripción del escenario: despacho de tamaño intermedio(2.5 mtrs x 2.5 mtrs), sin decoración alguna, sólo hay pegado en la pared un papel con alguna norma administrativa, sin fotografía, gráfico o alguna imagen que lo particularice o identifique. La cámara de video-grabación está, entrando al despacho, a mano izquierda, lo que permite ver a los dos protagonistas de perfil. Sobre el fondo de la mesa hay un ordenador y una impresora que no interfieren la línea de visión de los participantes. Buena iluminación; circulan personas por el pasillo; se oyen voces de los despachos cercanos.

A.2. Descripción de los participantes.

A.2.1. Médico de unos 40 años, con la cabeza rapada, sin barba ni bigote, sin gafas, lleva bata blanca de nanga corta, trabaja desde hace unos 5 años en el Centro.

A.2.2. La paciente es una mujer joven, de piel morena, cabello negro, crespo, lleva las gafas en la cabeza, un colgante plateado, el reloj en la mano izquierda y una pulsera en la derecha.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Se saludan de "hola". El motivo de consulta es dolor abdominal con náusea y diarrea. Pasan al cuarto de exploración. Continúa en tratamiento en neurología y psiquiatría. Dice que está mejor de su depresión: "de estado de ánimo mejor". Elaboración y entrega de recetas. Se despiden y sale del despacho.

A. Análisis.

Es una entrevista tranquila, con un motivo de consulta definido. El esquema es típico de pregunta-respuesta, en ningún momento hay narración. Ella sonríe varias veces durante la entrevista.

Excepto por la exploración, no hay contacto táctil y el visual es muy escaso. La apertura y el cierre de la entrevista también son pobres.

Entrevista 24.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Mujer joven, de piel morena, de cabello largo y suelto, lleva las uñas pintadas de rojo, argolla en la mano derecha. Saco de cuello alto, negro, pantalones negros y blusa azul con muñequitos pintados de colores.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

La apertura y el cierre de la entrevista son muy pobres. El motivo de consulta es dolor abdominal y "retraso" en la menstruación, que siempre se le había "adelantado". Pasan al cuarto de exploración. Al volver se inicia un esquema de pregunta y respuesta: dice que "si, si" puede estar embarazada mientras sonríe; que es de la República Dominicana y lleva aquí dos años largos; no fuma ni bebe alcohol. El médico le pide una prueba de embarazo y ella quiere que de todos modos le hagan exámenes generales. Entonces él le entrega los recipientes para que le tomen las muestras correspondientes.

C. Análisis.

El contacto táctil sólo se da en la exploración y el contacto visual es muy esporádico. No hay narración porque la entrevista sigue el típico esquema pregunta-respuesta. Aunque hay la sospecha de embarazo, la prueba se pide el jueves y se hará el lunes. Cuando él le pregunta por la posibilidad de estar embarazada ella contesta afirmativamente dos veces, sonriendo y mostrando entusiasmo.

No se ve en ningún momento angustia, ni agobio, ni hay lugar a comparar opiniones o discutir para tomar una decisión. La entrevista discurre tranquila.

Entrevista 25.

A. Descripción y análisis.

A.2.2. Desafortunadamente no la toma bien la cámara, pero se alcanza a ver una mujer de unos 50 años, que permanece de pies durante la entrevista. Lleva argolla en las dos manos, las uñas pintadas de rojo y un abrigo negro. Mantiene el carné de sanidad en su mano izquierda.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Está en tratamiento por haber sufrido infarto del miocardio hace poco tiempo. Viene por un parte de confirmación de su baja laboral, pero quiere reintegrarse pronto porque se siente muy bien. Dice que ya no tiene dolor y “las molestias se me han ido”, pero el médico le recuerda que ella es hipertensa y tiene niveles altos de colesterol y triglicéridos. Cuando están conversando suena el móvil de ella pero no lo contesta. Se ríe mientras compara su caso con el de su cuñado que también es hipertenso. Habla bastante, en un tono tranquilo. Además de la medicación para el corazón toma un anti-depresivo. Se queja de que el cardiólogo que la controla no la examina y le cambian los médicos con frecuencia. Recibe los documentos y se despide diciendo “esperemos que me vaya bien, que no tenga que volver”.

B. Análisis.

No hay sensación de angustia ni de conflicto en sus palabras, el tono de voz es adecuado. Le parece que puede reintegrarse al trabajo porque se siente bien, aunque no está satisfecha de los controles con el especialista. Habla más tiempo que el médico y en ocasiones sonríe. No hay contacto táctil y el visual es escaso. Se despide deseándose buena suerte.

NOTA: las entrevistas 28, 29, 31, 33, 34, 36, 38 y 39 inclusive, son realizadas por el mismo profesional y en el mismo despacho, y por lo tanto no se repetirán estas dos descripciones.

Entrevista 28.

Para corregir un error en la numeración, esta entrevista debe considerarse como 28-A.

A. Descripción y análisis.

A.1 Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo, y la enfermera de al lado le consulta casos con frecuencia a la médica mientras está visitando. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes

A.2.1 La médica tiene unos 35 años, lleva bata blanca de manga corta y blusa negra de manga corta, el cabello es corto y negro. No usa gafas. En la mano izquierda lleva el reloj de correa negra ancha, una pulsera y una argolla. Lleva pequeños colgantes de color rosa.

A.2.2 El paciente es un hombre mayor, que está de espaldas, y a veces de perfil, a la cámara. Cabello escaso y corto, lleva gafas, una chaqueta oscura. No lleva barba ni bigote.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Se saludan de mano. Está en tratamiento por cuadro depresivo, toma dos medicamentos. Dice que ha mejorado: cuando la médica le pide que le ponga cifras a la mejoría dice que 10/10, y ambos sonríen. Pero aclara que cuando se levanta en la mañana "me cuesta hasta que no pasa una hora". Mientras habla tranquilamente gesticula con su mano izquierda y mueve la cabeza. La médica le aclara que son tratamientos largos, y se ponen de acuerdo en intentar reducir alguna de las medicaciones. Pide recetas. Entra la enfermera del despacho vecino, saluda al paciente, habla en catalán con la médica sobre algo relacionado con el trabajo, luego los tres se despiden.

Le entrega las recetas, lo cita para dentro de mes y medio, se despiden de mano.

C. Análisis.

Hay buen contacto visual y táctil, la interacción es muy distendida en un ambiente muy positivo por la mejoría del paciente. Nuevamente hay interferencia en la consulta. La relación del médico y el paciente es buena, conversan en un ambiente amistoso aunque el esquema es claramente institucional.

Para corregir un error en la numeración, esta próxima entrevista debe considerarse como 28-B.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 La paciente es una mujer que aparece de espaldas, y a veces de perfil a la cámara. Tiene unos 45 años, cabello abundante, negro, largo, cogido con una pinza. Sin gafas, lleva una chaqueta en tela de vaqueros con las mangas blancas, bufanda negra y argolla en la mano derecha. No lleva pendientes.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Cuando la paciente entra, la médica está hablando con la enfermera de asuntos de trabajo, desde que salió el paciente anterior. Mientras tanto, la paciente permanece varios minutos sentada, tranquila, hace escasos movimientos en la silla. Se han saludado de mano. En tratamiento por depresión.

Viene a conocer los resultados de la analítica. La médica los encuentra, le dice que primero los va a leer, luego los archivará en el ordenador y luego los comentarán. La paciente espera aparentemente tranquila. Tiene pendiente consulta con oto-rino y realizarse un TAC del cráneo. Hay muchas voces del despacho vecino que entorpecen la visita. Finalmente la médica le comunica que la analítica "está toda bien", excepto un poco de inflamación del hígado. La paciente se preocupa pero la médica la tranquiliza diciéndole que "es poca cosa". Le pide que no beba alcohol, para disminuir el daño sobre el hígado, ya que el tratamiento que recibe por tiempo largo para su depresión puede contribuir a inflamarlo. Se ponen de acuerdo en realizar nueva analítica y una ecografía hepática.

Siguen llegando voces y risas del despacho vecino. La paciente se mueve poco, parece tranquila y su voz es de tono bajo. Se despiden de mano.

C. Análisis.

Se perciben muchos factores del entorno que dificultan la interacción. Además, durante el tiempo en que la paciente espera que la médica lea su analítica, la archive en el ordenador y le comunique los resultados, en vez de ser al contrario, posiblemente se genera lo que Ramón Bayés denomina "tiempos vacíos de espera incierta", (2000:73). En esta situación, la percepción del tiempo por parte de la paciente es más larga que el tiempo cronológico, lo cual aumenta su sufrimiento. Se mueve poco y el tono de voz es bajo, como se ha descrito en los cuadros depresivos.

Hay acuerdo en las decisiones tomadas y la paciente acepta las razones para no poder beber alcohol.

Entrevista 29.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de un hombre de unos 60 años, de cabellos negros con algunas canas, lleva gafas y camisa de manga corta, de color claro, sin barba ni bigote.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Acaba de salir del hospital, viene por su baja laboral y la médica aprovecha para explicarle cómo funcionan los trámites laborales durante esa baja. Se aprecia tranquilo, satisfecho de la evolución de su enfermedad y con las expectativas de la recuperación. Pide recetas y, como expresa temor de irritación gástrica con la medicación, la médica le prescribe un protector del estómago. Llegan ruidos del despacho vecino.

C. Análisis.

Se trata de una interacción sencilla, sin sobresaltos, no es preciso tomar decisiones que se presten a confrontación. La médica atiende la preocupación del paciente por la posible irritación de su estómago, causada por el tratamiento, y además le explica trámites administrativos relacionados con su baja. Sin que parezca amistoso, el tono de la conversación es muy adecuado. Hay buen contacto visual pero el táctil es muy escaso.

Entrevista 31.

A. Descripción y análisis.

A.2.2. Se trata de un hombre joven, con acento de voz suramericano, de pelo negro, tupido, corto, piel cobriza, lleva jersey amarillo, ni gafas, ni bigote ni barba.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Se saludan de mano. El motivo de consulta es conocer el resultado de la analítica que le hicieron hace unos días. La médica los lee detenidamente y le dice que todo está bien, salvo una leve inflamación del hígado. Sólo toma una cerveza en la noche, en el trabajo, y una pastilla para dormir. La médica dice que siente mucho calor y abre la ventana. El paciente permanece tranquilo, se mueve y habla poco, en tono bajo. La médica le propone repetirle los exámenes y agregar una ecografía del hígado, lo que él acepta. Se escuchan voces del despacho vecino. Le entrega los papeles y se despiden de mano.

C. Análisis.

Es una entrevista sencilla, el motivo de consulta es resuelto adecuadamente, el paciente está de acuerdo con la conducta que propone la médica. Hay buen contacto visual y el táctil se reduce al saludo y a la despedida. No hay expresiones de agobio.

Entrevista 33.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de una mujer mayor, de pelo corto, lleva gafas, pendientes redondos, argolla en la mano derecha. Abrigo de color oscuro y bufanda de color naranja, el bolso lo lleva en el hombro izquierdo.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Se saludan de mano. El motivo de consulta es conocer el resultado de una radiografía de su rodilla derecha, practicada por molestias en ese sitio. La médica revisa las radiografías, le dice que hay unos leves cambios producidos por la edad. Le recomienda que “no gane peso” y que si recae la enviará al especialista. La paciente dice que “ha mejorado bastante” de sus molestias en la rodilla, ya no necesita medicación, y que además la hipertensión arterial se ha controlado. Le entrega las radiografías y se despiden de mano.

C. Análisis.

Es una entrevista sencilla, sin agobios. Ha mejorado de los dos problemas por los que ha consultado. No hay lugar a discutir decisiones a tomar. Las dos participantes conversan tranquilamente. Hay buen contacto visual y el contacto táctil de los saludos.

Entrevista 34.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de una mujer mayor, de pelo corto, lleva gafas, pendientes pequeños y un jersey color beige de cuello alto.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Se saludan de mano. La paciente refiere que la consulta es para ella y para su marido. De él cuenta que se ha vacunado contra la gripa y la neumonía y pide recetas. Luego habla de su consulta: le lleva el resultado de una mamografía de control. La médica la mira y le dice que está normal. Pide recetas para ella. Ahora entra la enfermera del despacho vecino, con la cual se saluda, porque viene a consultarle a la médica un electrocardiograma que le acaba de realizar

a un paciente. Conversan en catalán. La médica lo lee, mientras con la mano izquierda recoge la recetas de la impresora, las firma, se las entrega a la paciente y le pregunta si se le ofrece algo más. Ésta dice que no, se incorpora de la silla y conversa con la enfermera en castellano. Se despiden de mano, la paciente sale del despacho y la médica se queda con la enfermera comentando el paciente del electrocardiograma.

C. Análisis.

Una entrevista con claros motivos de consulta que se resuelven satisfactoriamente. Ambiente tranquilo, conversan con buen contacto visual. El táctil se reduce a los saludos. Aunque prácticamente ya había concluido, la visita es interrumpida por la enfermera para un problema de trabajo. Como el asunto requiere toda su atención, la médica agiliza el cierre de la entrevista y se dedica a esta nueva tarea.

Entrevista 36.

A- Descripción y análisis.

A.2.2 Es una mujer mayor, de pelo corto, lleva jersey a rayas horizontales de amarillo, rojo y negro, pendientes de tamaño mediano y gafas.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Después de saludarse de mano comentan lo de la grabación, que la paciente acepta de nuevo. Viene a conocer el resultado de una radiografía realizada recientemente, por presentar dolor en los pies. Hay un pequeño cambio en uno de los huesos, que no tiene significación clínica según la médica. Cree que las molestias se deben, posiblemente, a problema circulatorio venoso. La paciente dice que está mejor, se ve tranquila, se mueve poco en la silla.

Cuando está escribiendo en el ordenador, suena el teléfono móvil de la médica, lo contesta, pero antes le pide disculpas a la paciente. Habla en catalán con la *canguro* de su niño y al terminar vuelve a pedirle disculpas a la señora. Al hacer las recetas hay problema con la impresora, que la médica resuelve pronto. Se despiden de mano, sonriendo.

C. Análisis.

Aunque se trata de una interacción institucional, se interpone un tema de conversación corriente, exterior a la entrevista, que la médica resuelve pronto, y pide disculpas a la paciente por la interrupción, en la cual han hablado en catalán. Mantienen buen contacto visual y el táctil de los saludos. Posiblemente la sonrisa de las dos al despedirse sea de complicidad, por algo que sucede corrientemente en la vida cotidiana.

Entrevista 38.

A.Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de una visita doble. El señor es mayor, con escaso cabello, lleva gafas, camisa azul, jersey marrón, sin barba ni bigote. Y la señora también es mayor, de pelo corto, sin gafas, con pendientes cortos, en la mano izquierda lleva dos anillos, reloj y una pulsera; en la mano derecha una pulsera, el abrigo y una bolsa con documentos. Usa jersey naranja y el bolso terciado. Las uñas están pintadas de color nácar.

B. Resumen de la entrevista realizada en catalán.

Después de saludarse, el señor le pregunta por el hijo que la médica tuvo hace poco y ella le contesta "ahí dando guerra". Los tres comentan lo de la video-grabación, la médica vuelve a explicarles lo de la tesis, los pacientes lo

comentan positivamente y vuelven a dar su aceptación.

Comienzan por el caso de la señora que está en tratamiento de su tiroides. Como la analítica es normal, deja la medicación tal cual.

El señor viene porque cuando tose aparecen pintas de sangre. Está en control en cardiología y neumología, que le están dando tratamiento anticoagulante. La médica le ausculta los pulmones y piensa que esta es la causa más probable, por lo que se debe comenzar a investigar con una radiografía de tórax y una nueva visita al neumólogo, aunque el paciente dice que eso le ha dado otras veces. Pero no hay angustia por esto, todos siguen tan tranquilos.

Entonces la señora le entrega a nombre de la familia un obsequio que va en una bolsa. La médica lo recibe, lo agradece y dice que no hacía falta.

Durante toda la entrevista se han oído ruidos procedentes del despacho vecino. Se despiden de mano y la médica les desea feliz navidad, si no se ven antes.

B. Análisis.

Aunque se trata de una interacción institucional, hay dos momentos en que se vuelve conversación corriente: cuando hablan del parto de la médica y cuando le entregan el regalo. Como la señora actúa como paciente y como acompañante, es la persona que más tiempo de conversación ocupa. Y a pesar de haber recibido explicaciones y solicitada-y firmada- la autorización para grabar, vuelven a comentar con *su* médica el tema. Los motivos de consulta se resuelven adecuadamente, no generan angustia, aunque el tema de la tos con sangre llama la atención de la médica.

De todos modos la conversación es distendida, no se generan discusiones en la toma de decisiones, el contacto táctil y visual son adecuados. Siguen presentándose factores del entorno que interfieren en la entrevista.

Entrevista 39.

A. Descripción y análisis.

A.2.2 Se trata de un hombre mayor, con cabello escaso, lleva saco verde y un jersey negro de cuello alto. Sin gafas, barba o bigote. Habla con acento andaluz.

B. Resumen de la entrevista realizada en castellano.

Luego de saludarse de mano, dice que viene a control por una inflamación testicular, para lo cual recibe tratamiento. En ese momento entra una enfermera, conversa en catalán con la médica y le entrega unas llaves. Al explorarlo, la médica encuentra que el testículo aún está inflamado y duro, pero el paciente dice que le duele menos y que ya no orina sangre. Ella le recomienda que, como ya terminó el tratamiento con antibióticos, continúe los anti-inflamatorios y lo remite de urgencia al especialista. El paciente está de acuerdo, y permanece tranquilo y en silencio mientras la médica escribe. Se oyen voces del despacho vecino. Se despiden de mano.

C. Análisis.

Es una típica interacción pregunta respuesta, sobre un tema muy específico. A pesar de que hay mejoría, la médica considera que es urgente el concepto del especialista y el paciente está de acuerdo, aunque permanece tranquilo. La entrevista se desarrolla en un ambiente muy adecuado. Se vuelven a presentar interferencias durante la entrevista. Hay buen contacto táctil y visual.

Ahora se trabajará con las 8 entrevistas que llenaron los criterios de inclusión, de las cuales se hace descripción, transcripción e interpretación, de forma individual. Posteriormente serán analizadas con el programa informático ATLAS-Ti, proceso que será descrito más adelante, en el apartado correspondiente.

5.5. Análisis e interpretación de los resultados.

Como se advierte en casi todos los estudios mencionados a lo largo de este capítulo, no hay una idea definida de cómo realizar esta parte de la investigación, aunque se insiste en que la forma que se adopte para ello debe describirse de la manera más minuciosa y clara posibles, con un doble propósito: primero contribuir a dar credibilidad al trabajo realizado, y segundo aportar ideas que estimulen el uso de la IC, especialmente en temas de salud.

Pero es tal la variedad de formas para llevar a cabo este análisis de los datos que más de un autor dice que, finalmente, cada investigador se las arregla como puede. Por ejemplo, Amezcua y Gálvez califican el análisis de los datos como “probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa”(Op.Cit.:424). Sin embargo, hay que dejar claro que esto no puede llevar a la superficialidad ni a la inexactitud, y de hecho existen unas pautas para asegurar la rigurosidad en este tipo de investigación.

Para establecer el criterio de *análisis*, Josep de Andrés trae conceptos de dos autores:1-Rodríguez Gómez(1996) considera el término analizar como “un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer el significado relevante con relación a un problema de investigación”. Y en palabras del propio de Andrés, para Ruiz Olabuénaga(1989) “el análisis supone una interpretación, que realiza el investigador, de las interpretaciones que hacen los sujetos que toman parte en la acción social que se está estudiando” (Op.Cit.:42).

Volviendo a los autores-guía iniciales(Fernández y Calderón), realizar este análisis consiste en “ordenar, estructurar y dar significado” a los datos obtenidos, o dicho de otra forma, “estudiar e interpretar el discurso y el lenguaje”. Es necesario establecer lo que ellos denominan “el momento

analítico, y el momento explicativo e interpretativo”: en el primero se establece *qué* ocurre y *cómo* ocurre, y en el segundo el investigador puede avanzar hasta el *porqué* las cosas ocurrieron de “esa” manera (Op.Cit.:243).

Pero al final casi todos coinciden en que el análisis de este material comienza con estas tres etapas: segmentación, establecimiento de categorías y codificación. La primera se refiere a que el texto inicial se debe separar en unidades que tengan sentido.

Siguiendo a de Andrés (Op.Cit.), esta *segmentación* puede hacerse a partir de los temas; o de las características de los participantes; o por unidades gramaticales; etc. Hecho esto se deben establecer las *categorías*, entendiendo con este término “significados o elementos interpretativos conceptuales”, que pueden referirse a “opiniones, comportamientos, sentimientos o perspectivas sobre el tema”. Estas categorías están constituidas por la suma de unidades que se refieran a un mismo tema o concepto. Finalmente, a las categorías se les asigna un *código* que las identificará (números, letras, colores, etc) lo que permitirá reconocerlas y ubicarlas para su mejor utilización. Estas tres etapas se realizan partiendo de ideas pre-concebidas al iniciar el trabajo, o se aprovecha el material que va emergiendo durante la investigación, o se utiliza una mezcla de estas dos.

Para realizar estas actividades mencionadas se pueden tomar dos caminos: hacer el trabajo manualmente, o hacerlo con la ayuda de herramientas informáticas(programas). Y aquí entonces se inicia otra discusión, porque naturalmente hay defensores y detractores de un método o del otro.

Unos aseguran que estas herramientas agilizan el trabajo, especialmente en el momento analítico (las actividades que se acaban de mencionar de segmentación, codificación, y facilita la labor de encontrar relaciones entre categorías), pero no lo ven útil en las labores de interpretación en que

obviamente la iniciativa del investigador es insustituible. Otros dicen que, como ayuda en el momento analítico, también puede servir para el aspecto interpretativo. Para Amezcua y Gálvez "en teoría, cualquier forma de análisis cualitativo podría ser asistida por ordenador a través de programas informáticos creados a tal efecto, que facilitan el manejo mecánico de los datos: la búsqueda, selección y organización".

En este caso, cuando se llegó al análisis de los datos, para comenzar se eligió la entrevista con la que se estaba más familiarizado-la número 22, y se realizó el proceso de forma manual, segmentando, codificando y estableciendo categorías, por medio de números y colores. Se logró hacer el proceso completo pero se pensó que había sido posible por ser una entrevista corta, de seis minutos, pero que con una entrevista más larga, con más datos, no sería tan fácil.

5.5.1 El programa ATLAS-Ti

Entonces se quiso conocer la otra manera de hacerlo. Se acudió a la *Fundación Jordi Gol y Gurina*, dedicada al apoyo de la investigación en Atención Primaria, y con experiencia en el empleo de estos programas informáticos. Allí utilizan el "Programa *Atlas/ti* versión 5.0, copyright Juan Muñoz Justicia, Universidad Autónoma de Barcelona".

Revisando su manual de instrucciones se encontró que este método permitía "integrar toda la información(..) facilitando su organización y su búsqueda y recuperación" y que el trabajo que se realice con él "implicará habitualmente un continuo ir y venir entre estas dos fases, la textual y la conceptual. No debemos considerarlas, por lo tanto, como fases o actividades independientes entre sí"(Op.Cit.:4).

El resultado del trabajo realizado de aplicar este programa a la transcripción de una entrevista, será un archivo que recibirá el nombre de *Unidad Hermenéutica*, y tendrá estos seis componentes:

1-*Documentos primarios*, o datos brutos, que pueden ser textos, imágenes, sonido o video.

2-*Citas*, que no son más que fragmentos elegidos del texto, a condición de que tengan un "sentido", es decir, corresponden a la segmentación.

3-*Códigos* son las agrupaciones de las citas, aunque no necesariamente tienen que estar relacionados con éstas, y vendrían a ser entonces una primera "reducción" de los datos. Estos códigos pueden considerarse "conceptos" para ser usados en el análisis.

4-*Anotaciones* son comentarios "de un nivel cualitativamente superior" puesto que son aquellas notas que el investigador va apuntando a medida que las identifica, y que pueden constituir más adelante explicaciones, hipótesis, conclusiones, etc.

5-*Familias* es el nombre que se le da a la reunión de códigos y anotaciones. Pueden considerarse ya como una primera etapa del análisis conceptual.

6-*Networks* son representaciones gráficas de los diversos elementos estudiados y de las relaciones que se hayan establecido entre ellos, por lo que representan una base para el trabajo conceptual, producto ya de la imaginación del investigador.

Cada uno de estos seis componentes tiene un icono que lo identifica y la reunión de estos componentes, que constituye la Unidad Hermenéutica, es el equivalente entonces de un documento de texto, de una presentación o de una hoja de cálculo.

Para trabajar el material con el programa Atlas/ti fue necesario: convertir los textos que estaban en Word al formato "sólo texto con salto de línea"(ASCII); tener en cuenta el ancho del margen de la página(dejarlo en 5 cms de cada lado); al hacer esto, elementos como la negrita, la cursiva, seguramente se

pierden, por lo que se deben reemplazar desde un principio por otro código; como se trataba de entrevistas, cada intervención de un participante se identifica con una inicial: M, para médico, P para paciente; finalmente se guardó el documento con un nombre diferente al del texto original.

Para una información más amplia se remite al lector al manual del programa ya mencionado.

NOTA: Cada una de las 8 entrevistas seleccionadas se va a transcribir y a analizar individualmente, para que puedan ser leídas y analizadas *separadamente*, como si cada una fuera una unidad *aislada*. Por lo tanto en cada caso se repetirá la descripción del escenario y de los participantes.

5.5.2. Resultado del análisis de las 8 entrevistas transcritas, utilizando el programa ATLAS-Ti.

Entrevista 15

A. Descripción y análisis.

A.1. Descripción del escenario

Despacho de tamaño intermedio(2.5x 2.5), iluminado, hay algunos textos sobre temas de salud en la pared del fondo, sobre la mesa hay: un calendario de tamaño mediano, de papel y cartón; un tensiómetro; un ordenador y una impresora que no interfieren en la línea de visión de los participantes. La cámara de video está colocada encima de un mueble metálico, entrando al despacho a la mano izquierda, que permite ver los participantes de perfil. Al fondo se ve el pasillo de circulación interna por donde con frecuencia se ve personal de plantilla del ambulatorio, y se escuchan con frecuencia voces de los despachos vecinos.

A.2. Descripción de los participantes.

A.2.1 Se trata de una médica de edad media(45-50 años); delgada; con el cabello rubio y hasta los hombros; usa gafas y bata blanca de manga corta; lleva argolla en las dos manos.

A.2.2. La mujer que entra a la visita tiene unos 60 años, con el cabello hasta los hombros, usa gafas, lleva una blusa de color rosa de manga corta. Lleva argolla en la mano izquierda, pendientes y una cadena delgada en el cuello.

B. Transcripción de la entrevista

Conversación realizada en catalán. M(médico). P(paciente).

Varias veces se intentó transcribir esta entrevista pero sólo se obtenían fragmentos de conversación sin mayor sentido. Entonces fue necesario solicitarle a la médica que realizó la entrevista que explicara el caso clínico y luego colaborara en su transcripción. Así lo hizo y finalmente se ha logrado este texto.

Como la médica había salido, entra al despacho con la paciente, riendo y conversando.

M. Siéntate allí (la llama por su nombre), ¿qué tal? (mientras mira un papel que está en la mesa).

P. Vamos a ver, en primer lugar fui (busca algo en su bolso).

M. = ¿por quién comenzamos? ¿comenzamos por ti o por A (nombre del marido de la señora) ?. Mira aquí tengo abierta la historia de él (viendo la pantalla del ordenador.) ¿cómo está él?

P. mal porque el martes

M. =¿está ingresado?

P. (primero toca por unos instantes el tensiómetro que está encima de la mesa, luego se toca las gafas y coge un papel), no porque él ya tiene el síndrome del ingreso (conjunto de alteraciones físicas y emocionales que presenta una

persona cuando ingresa repetidamente a una institución hospitalaria, generalmente por una enfermedad crónica que súbitamente se agudiza) porque no se encontraba nada bien, no te vinimos a ver por que me dirías que vaya al hospital, estaba casi a 21 y 10.5, (mientras mueve la mano izquierda) (se refiere a la cifra de tensión arterial máxima y mínima).

M. Ostras!!!.

P. entonces le han aumentado el (nombre del medicamento) a cada 8 horas y después le dijo que se tomara cada día un (nombre de medicamento).

M. vale (mientras sigue en el ordenador).

P. lo que pasa es que mira nervioso uno y nervioso el otro (tono bajo de la voz, mueve las dos manos) yo pensaba que en casa había (nombre de medicamento) y no tenía, fui a la farmacia, dije que pagando.

M.= vale.

P. dije que pagando pero dijeron que preferían la receta antes de pagarlo.

M. si, si, si (mirándola a la cara y meneando la cabeza) ¿entonces qué le aumentaron (le dice su nombre) el (nombre de medicamento)?

P.= el (nombre de medicamento) ahora cada 8 horas, antes me parece que lo tomaba cada 12 horas, ahora cada 8 horas () pero no te pienses que está demasiado bajo porque hoy estaba a 19, 19 y algo () es que (agacha la cabeza).

M. es que:::

P. no saldremos de esta (agacha la cabeza, mueve los hombros y las manos, hace gestos con la cara, el tono de la voz es bajo) el problema está en medio y no saldremos de esta (parece estar a punto de llorar) bueno hazme la receta del (nombre de medicamento) por favor (agachando de nuevo la cabeza).

M. ¿quieres dos recetas (le dice su nombre)?.

P. no, no , porque veo que hay muchas (mirando la caja del medicamento).

M. 35.

P. ¿30? 30 días, que no la toma cada día, ahora lo está tomando cada día ¿eh? Si viéramos que la cosa no bajara nos dijeron que volviésemos() y como

aquello es casa nuestra (agacha la cabeza, se toca las gafas, mueve los hombros) (se refiere a la frecuencia con que van por este motivo al hospital).

M. ¿necesitas algo más?

P. para él nada, sólo esto para que yo pueda devolver la receta.

M. termina de escribir la receta en el ordenador, la recoge, la firma y se la entrega.

P. Gracias, bueno esto para la farmacia (coge otra caja de medicamentos) bueno fui al neurólogo ¿te acuerdas?.

M. dime tu primer apellido (para buscar su nombre en el ordenador porque ahora viene su consulta).

P. B.

M. esto, esto, chica, he tenido un *lapsus*.

P. sonrío (mueve los hombros y las manos en las que tiene la caja del medicamento) ya, tranquila, con tanta gente, acordarte de los apellidos.

M. Hombre si, pero vosotros (y lee en el ordenador los dos apellidos).

P. Esos mismos (sonrío) fui al neurólogo.

M. Fuiste al neurólogo.

P. ¿te acuerdas?

M. Si.

P. Pues entonces me miró muy bien, dice que lo de la cabeza es fácil que la mueva.

M. mhm (con la mano izquierda en la cara mientras mira la pantalla del ordenador).

P. entonces me ha hecho un análisis, se ve que muy completo porque fui el otro día y me sacaron mucha sangre y me han hecho el escáner, entonces tengo que ir el día 11 del mes que viene(fecha de la entrevista 26 de noviembre) (voz con tono bajo).

M. para ver los resultados.

P. = para ver los resultados y me han dicho que tomara esto(enseña una caja de medicamentos) cada día una que a lo mejor me pararía un poco(con la caja del medicamento en la mano)

M. el temblor.

P. =el temblor de las manos.

M. Qué!

P. no sé qué decirte (mueve los hombros) puede ser, hay días de todo (con voz de tono bajo).

M. tú misma lo has dicho, si, hay cosas.

P. = pues no no lo que pasa es que me dijo que lo tomara hasta que fuera a la visita(mantiene la cabeza agachada mientras la médica escribe en el ordenador).

M. y te faltan.

P. y me faltan (mirando la caja del medicamento).

M. Pondré el código nacional (mientras escribe en el ordenador) (se refiere a un código de identificación de los medicamentos).

P. sólo tengo estas y hasta el día 11 no me llegarán, cuando tenga el resultado ya te diré algo (tono bajo de la voz).

M. (termina de describir la receta, le devuelve la caja del medicamento) ¿necesitarás algo más tú?.

P. (revisando la caja) no.

M. (sigue escribiendo en el ordenador).

P. me ha dicho sobre todo tómeselas.

M. (la mira).

P. bueno, al tiempo, ¿no?.

M. si.

P. bueno(nombre de la médica) aquí está todo (mientras coge las recetas con la cabeza agachada).

M. No podemos hacer nada(sacudiendo la cabeza) hemos de seguir.

P. = no no (sacude la cabeza) (se quedan mirándose fijamente a la cara por unos instantes).

M. y lo que tú dices, hemos de seguir, sea lo que sea (mientras la mira fijamente la paciente permanece con la cabeza agachada, doblando las recetas).

P. Si, porque cuando tenemos un problema vamos a la cuarta (se refiere a la planta del hospital donde atienden a su esposo) y se deshacen de nosotros, hasta nos ponen la alfombra roja (con el tono y el volumen de la voz bajos)

M. (sacudiendo negativamente la cabeza) porque vas con motivo, no vas a

P. ya lo ve él (el doctor que los atiende).

M. por que ya véis, la gente que viene por un motivo

P. pues esto (y se levanta de la silla).

M. (se levanta también) recuerdos, lo que necesites me llamas y te lo dejo preparado (se despiden de beso).

C. Análisis de los discursos.

En la figura 1 puede verse un ejemplo de segmentación de la entrevista y asignación de un código, realizado mediante el programa ATLAS-Ti. Se ha elegido como ejemplo, y se ha resaltado, la expresión de la esposa del paciente *“el problema está en medio y no saldremos de ésta”*, que ha sido identificado, como se ve seleccionado a la derecha, con el código *“expresión verbal de sufrimiento”*. Y se continuará haciendo este proceso hasta terminar todo el texto de la entrevista.

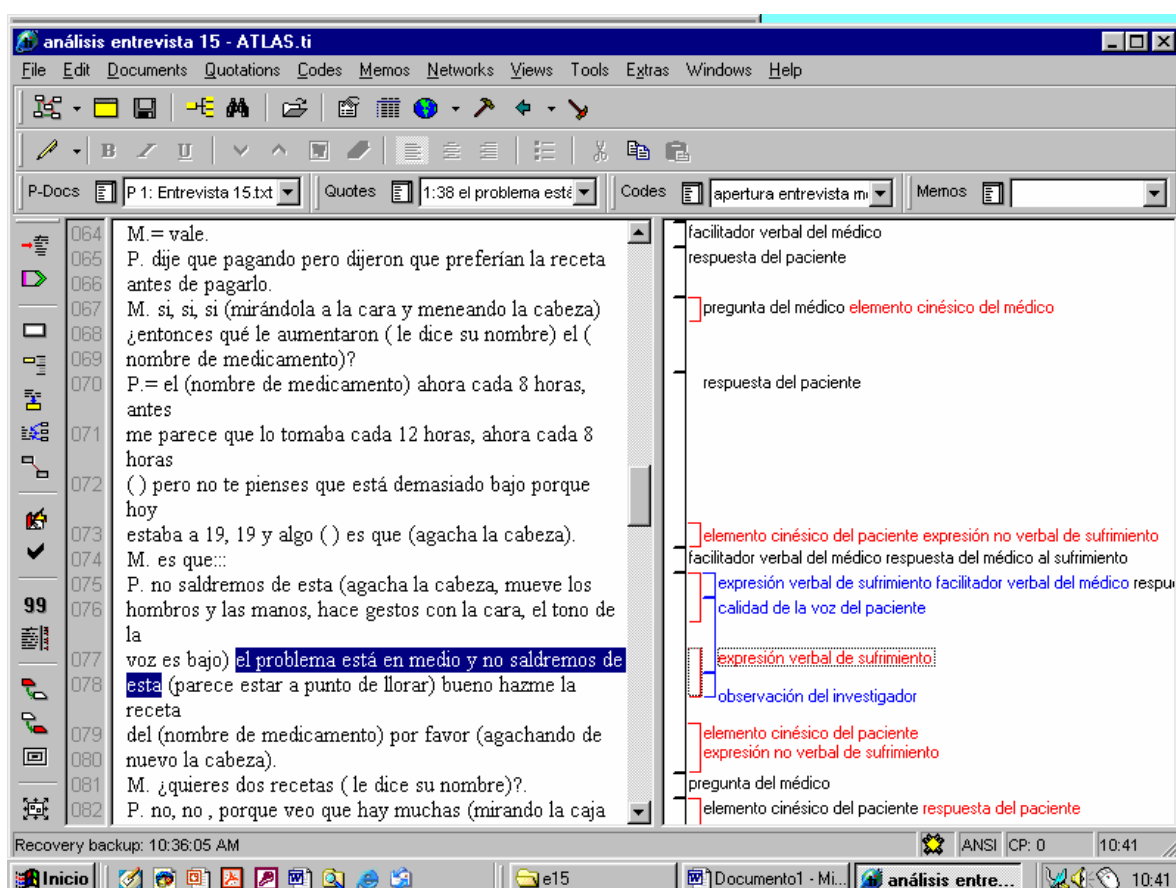


Figura 1. Entrevista 15.

A la izquierda aparecen las citas seleccionadas de la transcripción de la entrevista y a la derecha los diferentes códigos que se le asignan a cada una de esas citas.

En la figura siguiente, 2, se aprecia solamente la lista de los códigos.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
apertura entrevista paciente	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
calidad de la voz del paciente	6	0	Super	08/30/07 ...	09/01/07 ...
cierre de la entrevista médico	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
cierre de la entrevista paciente	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
comentario del paciente	2	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
contacto táctil médico	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
contacto táctil paciente	1	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
conversación corriente del paciente	2	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
conversación corriente médico	2	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
deíctico médico	3	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
elemento cinésico del médico	15	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
elemento cinésico del paciente	20	0	Super	08/30/07 ...	09/01/07 ...
elemento proxémico del médico	7	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
elemento proxémico del paciente	4	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
expresión no verbal de sufrimiento	9	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	5	0	Super	08/30/07 ...	09/01/07 ...
facilitador verbal del médico	7	0	Super	08/30/07 ...	09/01/07 ...
motivo de consulta	2	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
observación del investigador	11	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
pregunta del médico	11	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
pregunta del paciente	3	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
respuesta del médico	3	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
respuesta del médico al sufrimiento	8	0	Super	08/30/07 ...	08/30/07 ...
respuesta del paciente	22	0	Super	08/30/07 ...	09/01/07 ...

Figura 2. Entrevista 15.

Se aprecia la lista de códigos, de la que se ha resaltado “*expresión verbal de sufrimiento*”, para continuar con el mismo ejemplo. Como puede apreciarse, se obtuvieron cinco códigos con este nombre.

Luego, agrupando códigos de los que aparecen en la lista, se han obtenido las familias que se mencionan en la figura 3. En este caso, algunos códigos y familias se han designado con el mismo nombre.

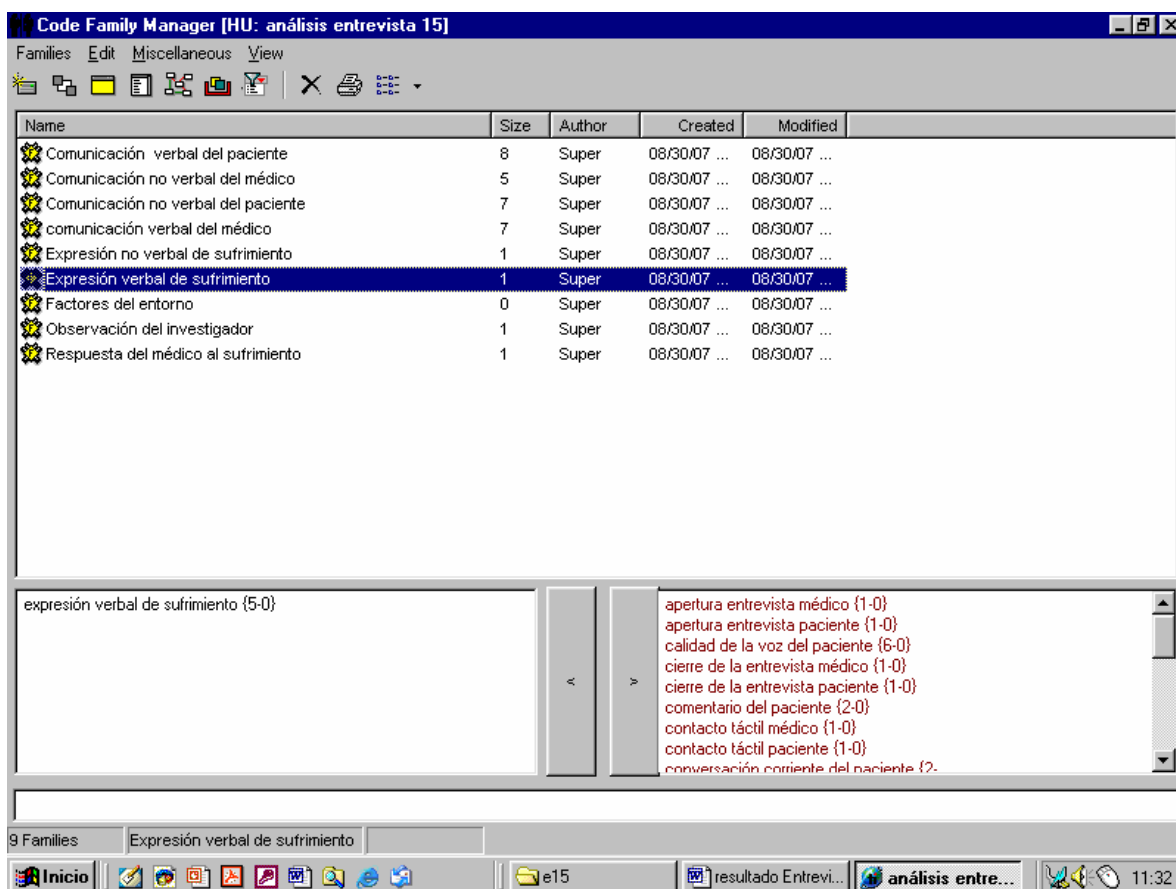


Figura 3. Entrevista 15.

En la parte superior se observa la lista de familias obtenidas en el análisis. En la parte inferior, a la derecha, la lista de los códigos. De acuerdo con la familia seleccionada (resaltada), se van pasando esos códigos a la columna de la izquierda, utilizando la flecha en esa dirección.

D. Interpretación.

Finalmente, de esta entrevista se han obtenido 123 citas, 25 códigos y 9 familias. Tuvo una duración de 7 minutos y 11 segundos, de los que 8 segundos fueron empleados en conversación corriente.

Como se mencionó al comienzo, fue difícil su transcripción por el carácter casi críptico de la conversación de las dos participantes, dada la larga e intensa relación que han tenido por la gravedad del paciente, que además no estaba presente en la consulta. Por ejemplo, cuando la señora dice "no sé que decirte, mueve los hombros, puede ser, hay días de todo", la médica agrega "tú misma

lo has dicho, si hay cosas”, que desprevenidamente no se entenderían. Por otra parte se trataba de dos consultas en una misma entrevista.

Esto explica porqué es la entrevista en la que se aprecian más *“observaciones del investigador”* (11), para facilitar la comprensión de su lectura.

La causa y la intensidad del sufrimiento están dadas por que la enfermedad del señor es grave, de pronóstico fatal; por que su esposa es la única cuidadora; y porque finalmente ella misma, al parecer, está comenzando a presentar síntomas que le pueden causar limitaciones importantes (temblor en las manos y en la cabeza). Pero lo suyo lo expresa, aparentemente, con menos señales de sufrimiento. Será que no es consciente de la importancia de sus síntomas y de lo que ellos significan?. Podrá uno no ser consciente de que está sufriendo?. Por que así mismo, podría ser feliz sin darse cuenta.

Afortunadamente la actitud de la médica es muy positiva, está muy pendiente de la evolución de ambos, facilita los trámites, ofrece ayuda y está de acuerdo con la forma como se están llevando las cosas. Durante el video se ve cómo en repetidas ocasiones las dos se cruzan miradas de acuerdo y de comprensión de la gravedad de la situación.

La señora tiene gestos de verdadera preocupación y sufrimiento y en una ocasión está a punto de llorar pero se recupera y continúa la entrevista. En un momento determinado las dos tienen unos pocos momentos de conversación corriente, cuando la médica no recuerda su apellido, y la señora comprende y sonríe. Con frecuencia agacha la cabeza como expresión no verbal de su sufrimiento, como cuando reconoce que el hospital se ha vuelto *“casa nuestra”*. Pero su mayor intensidad se da cuando expresa *“el problema está en medio y no saldremos de ésta”*. En otro momento, por una información sobre la gravedad del paciente, la médica utiliza un deíctico para expresar su actitud ante un hecho (*“ostras!”*). Para apoyarla le dice *“no podemos hacer nada, sacudiendo la cabeza, hemos de seguir”*. Pero la señora comenta con cierta ironía la forma como los atienden cuando tienen que ir al hospital (*“hasta nos ponen la alfombra roja”*).

Parece tratarse de un sufrimiento intenso pero asumido-ante lo inevitable, que le permite a la señora una relación aparentemente distendida con su médica. Y curiosamente es la paciente, y esposa de paciente grave, quien inicia el cierre de la entrevista.

En resumen:

-¿Hay expresión directa de sufrimiento?. Si.

-¿Percibe la médica esas expresiones?. Si.

-¿Las responde?. Si.

-¿Hay cooperación de los participantes?. Si.

Entrevista 22

A. Descripción y análisis.

A.1. Descripción del escenario: despacho de tamaño intermedio(2.5 mtrs x 2.5 mtrs), sin decoración alguna, sólo hay pegado en la pared un papel con alguna norma administrativa, sin fotografía, gráfico o alguna imagen que lo particularice o identifique. La cámara de video-grabación está, entrando al despacho, a mano izquierda, lo que permite ver a los dos protagonistas de perfil. Sobre el fondo de la mesa hay un ordenador y una impresora que no interfieren la línea de visión de los participantes. Buena iluminación; circulan personas por el pasillo; se oyen voces de los despachos cercanos.

A.2. Descripción de los participantes.

A.2.1. Médico de unos 40 años, con la cabeza rapada, no lleva barbas ni bigote, utiliza bata blanca de manga corta, sin gafas, trabaja hace unos 5 años en el Centro.

A.2.2. Paciente mujer mayor, con sobrepeso, entra al despacho sin acompañante, caminando con dificultad, apoyada en una muleta, utiliza gafas gruesas.

B. Transcripción sistemática y literal de la entrevista.

Conversación realizada en catalán.

M(médico), P (paciente)

1-M. sin levantarse de la silla, no saluda de mano ni sonríe, le señala la silla ¿qué hay?, ¿qué le pasa?.

2-P. pues mire le entrega el prospecto de un medicamento.

3-M. coge el prospecto, lo mira ¿qué quiere, recetas?.

4-P. sí y esto le entrega la caja de un medicamento no lo tomo porque ¿qué es esto?.

5-Esto es para la depresión.

6-P.¿para qué?.

7-M. para la depresión.

8-P.¿depresión?(parece no entender a qué se refiere, parece confundida, se echa para atrás en la silla).

9-M. pero las había tomado.

10-P.¿eh?.

11-M. las había tomado.

12-P. si y alguna otra cosa (la voz es lenta, pesada, habla despacio).

13-M. ¿y cómo le iba esto?, ¿le iba bien? (habla en voz alta).

14-P. No sé, le entrega el prospecto de otro medicamento, son unas gotas.

15-M. revisa el prospecto, esto es para dormir.

16-P. pero no las tomo (habla pesadamente, despacio, con tono bajo, con la boca abierta, jadeando).

17-M. ¿porqué no? (habla fuerte, en tono alto y rápido).

18-P. porque esto es para la noche, ¿y entonces esto y esto?, señalando los otros medicamentos, son por la mañana.

19-M. no, esto es para la mañana y esta otra es para dormir, señalando los respectivos medicamentos.

20-P. ya (pero mira al médico con cara de no entender).

21-M. creo que no ha tomado nada, ¿las toma ambas por la noche?.

22-P. no, las tomo ambas por la mañana.

23-M. esta es por la mañana y esta otra es para dormir. Esta es por la noche.

24-P. para dormir, ¿entonces tomo esta por la mañana?.

25-M. esta es para la tensión, toma esta y esta por la mañana juntas y esta por la noche.

26-P. bueno, si.

27- M. Va al ordenador (hace recetas).

28-P. (inicialmente permanece quieta mirándolo fijamente, luego mira a lado y lado, como asegurándose de que están solos, comienza a moverse mucho como si estuviera ansiosa, agita la mano derecha) mire, casi no veo.

29-M. levanta la vista del ordenador, la mira, asiente con la cabeza, ¿qué le dijo el oftalmólogo?.

30- P. Que iba en aumento lo de la vista (sigue agitando su mano derecha) y dijo que no tenía más vista, que la sangre no.

31- M.= que no llegaba, no sube(con la mano en la boca).

32- P.= que no llegaba (y hace un gesto explicativo con su mano derecha, gesticula con la cara, las manos y el cuerpo) y que él.

33- M.= no podía hacer mucha cosa.

34-P. no, no podía.

35-M. ¿tiene que volver al oftalmólogo?.

36-P. no, no.

37-M. ya está (recoge las recetas de la impresora) ¿cuál médico es?.

38-P. el doctor mhm.

39-M. ¿de aquí, de aquí o del hospital? De aquí.

40-P. si...¿cómo se llama?.

41-M. ¿doctor A?

42-P. ¿eh?.

43-M. ¿doctor A?

44-P. No.

45-M. ¿doctor B?

46-P. doctor B, si.

47-M. termina de firmar las recetas, las organiza. Mire, esta por la mañana<..>y esta también.

48-P. estas juntas por la mañana.

49-M. Si<...>y esta en la noche para dormir.

50-P. ¿en ayunas?.

51-M. es igual, cuando quiera.

52-P. las puedo tomar juntas.

53-M. =juntas y esta cuando vaya a dormir.

54-P. y esta cuando vaya a dormir(moviendo ambas manos)¿ y estas gotas?

55-M. esas son unas gotas<....>se las va poniendo cuatro o seis veces al día.

56-P. si::, me las pongo, pero no<..>no, no veo nada.

57-M. se agacha a tirar un papel en el recipiente que está debajo de su escritorio, si, pero es que hay muy poco que hacer(sacudiendo la cabeza afirmativamente) no podemos hacer mucha cosa.

58-P. (acomodándose las gafas) si,(agita la mano derecha) no veo nada, veo<...>pero borroso (vuelve a agitar la mano derecha)<..>porque dijo el médico que no, que no (hace un gesto con la mano derecha) que no sube la.

59-M.= la sangre.

60-P. la sangre.

61-M. pues paciencia (mirándola fijamente).

62-P. ().

63-M. = va a tener que comprar un bastón.

64-P. mira a lado y lado hasta que encuentra el sitio donde ha colocado la muleta con la que entró a consulta y se la muestra.

65-M. ahh.

66-P. si, huy, si no tuviera esto<....>pues::.

67-M. ya está.

68-P. ya está.

69-M. venga, pero comience con estas (le señala las recetas) una en la mañana.

70-P. en la mañana esta y.

71-M.= esta y la de la tensión.

72-P. esta y la de la tensión, las dos.

73- M. Y a la noche pues la de dormir.

74-P. Y la de dormir. La otra es para dormir<..>(mira sus documentos en el pequeño bolso de mano) pues...

75-M. dormir, (mirando el ordenador)¿se ha puesto la vacuna?(para la gripa).

76-P. si.

77-M. se la ha puesto...

78-P. no sé si me la ha puesto<...>y mira hacia el despacho de la enfermera<...>pues (y hace el ademán de ponerse de pies).

79-M. pues ya está.

80-P. ya estoy, ya está<...>(agitando las manos) la vista!...

81-M. la vista<..>mal.

82-P. (doblando las recetas) bueno, paciencia (coge la muleta y se levanta lenta y pesadamente).

83-M. si señora, venga(y se levanta de la silla).

84-P. ¿y para que suba la sangre a la cabeza no hay...

85-M. no hay medicación.

86-P. Baja la cabeza como vencida y lentamente sale del despacho. Adiós.

C- Análisis de los discursos

En la figura 1 se puede ver un fragmento de la transcripción de la entrevista, resaltado, seleccionado de tal forma que represente el tema de estudio. El programa ATLAS-Ti guarda este fragmento como una *cita*. A ese fragmento se le asigna un nombre en la columna de la derecha, que el programa guardará como un *código*. Y así se continuará, fragmentando la transcripción en citas y asignándole su respectivo código, hasta el final de la entrevista.

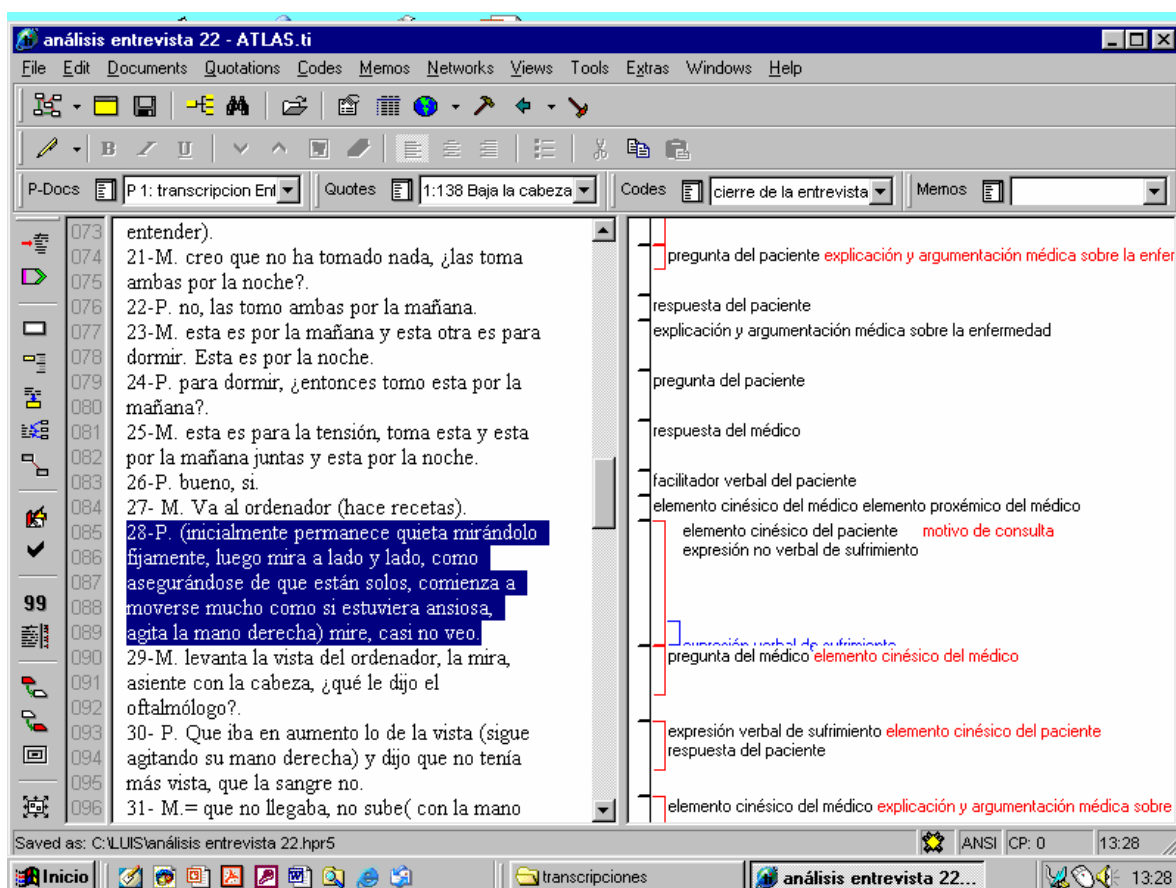


Figura 1. Entrevista 22.

En la columna de la izquierda la transcripción y en la derecha los códigos.

Una vez terminada esta parte del análisis, se ve la lista de códigos que finalmente se han obtenido de esta entrevista, como puede observarse en la Figura 2.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista del paciente	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
calidad de la voz del médico	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
calidad de la voz del paciente	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
cierre de la entrevista del médico	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
cierre de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
deíctico del médico	4	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
deíctico del paciente	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
elemento cinésico del médico	13	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
elemento cinésico del paciente	19	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
elemento proxémico del médico	9	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
elemento proxémico del paciente	8	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
explicación y argumentación médica sobre la enfermedad	20	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
expresión no verbal de sufrimiento	6	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	10	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
facilitador verbal del médico	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
facilitador verbal del paciente	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
motivo de consulta	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
observación del investigador	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
pregunta del médico	12	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
pregunta del paciente	13	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
repetición verbal del médico	1	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
repetición verbal del paciente	7	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
respuesta del médico	8	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
respuesta del médico al sufrimiento	2	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...
respuesta del paciente	17	0	Super	08/31/07 ...	08/31/07 ...

Figura 2. Entrevista 22. Listado de los códigos obtenidos.

Si se agrupan los códigos, siguiendo los criterios mencionados, se obtendrá la lista de *familias*, como puede verse en la figura 3.

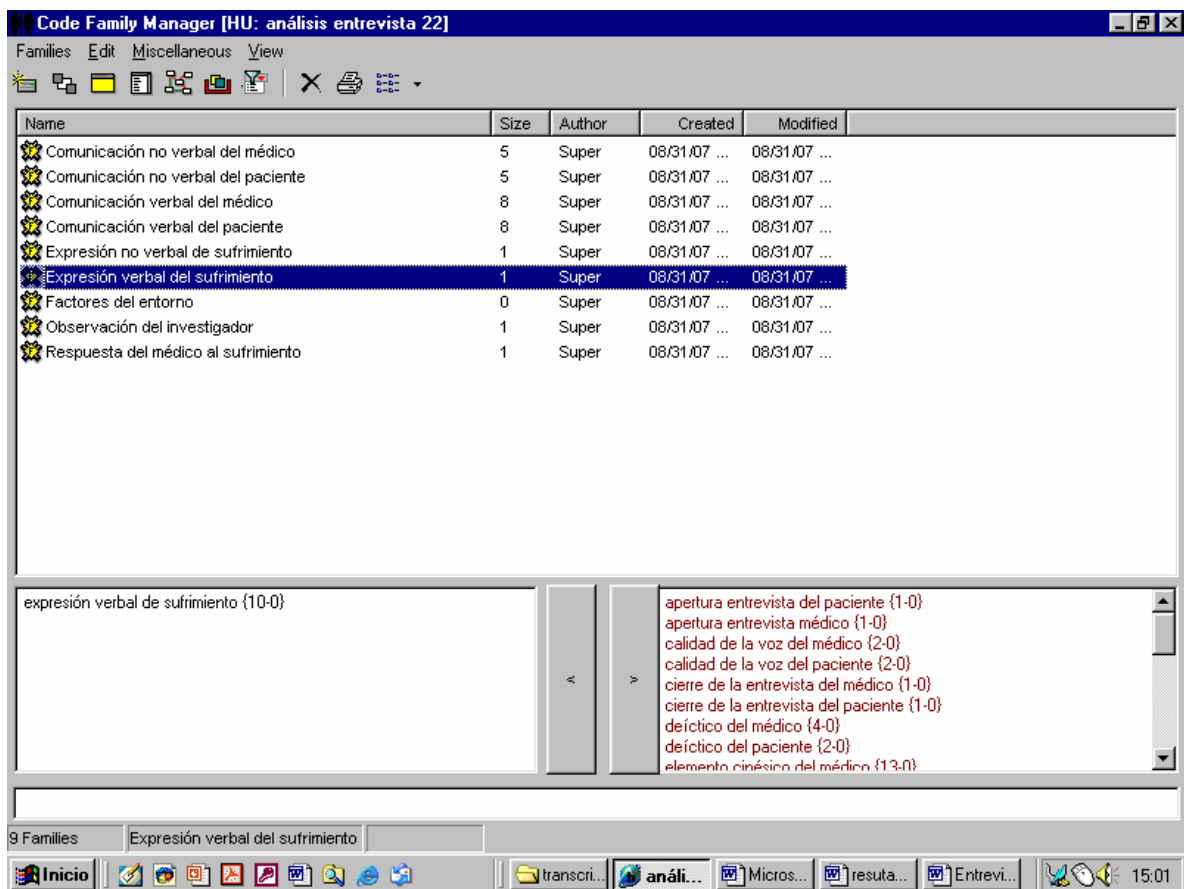


Figura 3. Entrevista 22. Listado de familias.

Se ha resaltado, por demostración, la familia *expresión verbal de sufrimiento*, como se ve en parte superior de la tabla. Abajo a la derecha está la lista de códigos, de los que se van trasladando los que corresponden a la familia seleccionada, que se van colocando en la columna de la izquierda, utilizando la flecha correspondiente. Como puede apreciarse, esta familia es el producto de la agrupación de 10 códigos.

D. Interpretación.

Así, hemos obtenido de esta entrevista, que dura cinco minutos y 42 segundos, 138 citas que inicialmente fueron reducidas a 26 códigos, y al final a 9 familias. Al mirar la entrevista globalmente lo primero que se percibe es un desencuentro: el médico centrado en explicar para qué sirven determinados medicamentos y a qué horas los debe tomar, y la preocupación de la paciente por su problema visual. La mayor preocupación de la señora es saber si se puede hacer algo por su ceguera progresiva. El especialista ya le explicó la situación pero ella, sin embargo, le pregunta de nuevo a su médico de cabecera. Ninguno de los dos le dan esperanza ni le proponen un seguimiento; no ven la posibilidad de un avance científico próximo para el tratamiento de su enfermedad.

No se sabe si la señora vive sola, si tiene familiares o amigos, pues con seguridad ya necesita ayuda en varias actividades de la vida cotidiana.

Se sorprende cuando le mencionan que padece depresión, no sabe para qué toma esos medicamentos ni en qué horario. Parece existir algún grado de deterioro cognitivo-y seguramente lo tiene, pero cuando le preguntan por el nombre de su oftalmólogo, lo reconoce al segundo intento.

Son claras las expresiones verbales y no verbales de su sufrimiento, en varias oportunidades. La más dramática parece la del final cuando, una vez más, pregunta por algún remedio para su mal. Cuando le vuelven a repetir que no lo hay, deja caer su cabeza como vencida y se aleja lentamente. Ella había iniciado el cierre de la entrevista seguramente porque ya había obtenido las recetas, que de todos modos iba a pedir, y porque seguramente pensaba-y sentía, que no había encontrado solución a su más importante problema.

Posiblemente su principal motivo de consulta era el problema visual pero con la pregunta de "*¿quiere recetas?*" pudo ser inducida a darle prelación al tema de los medicamentos. El médico seguramente percibe el sufrimiento de la paciente pero, ante la imposibilidad que existe de solucionarlo, opta por utilizar adaptadores como preguntarle el nombre del especialista; si ya está vacunada

contra la gripa; repetirle el uso de los medicamentos, sus dosis, hacer las recetas, tirar papeles a la basura, etc. Y cuando ella le insiste en su problema visual, él le repite las recomendaciones de los medicamentos.

Es una entrevista con una gran carga emocional, con demostraciones claras de sufrimiento, en una persona mayor, con una grave enfermedad visual que hasta el momento no tiene tratamiento. No hay por parte de la paciente una aceptación de su situación, y ya aparecen indicios de abatimiento.

En resumen:

1-¿Hay expresión directa de sufrimiento? Si.

2-¿Percibe el médico esas expresiones? Si.

3-¿Las responde? No.

4-¿Hay cooperación de los participantes? No.

Entrevista 26

A. Descripción y análisis.

A.1. Descripción del escenario: despacho de tamaño intermedio(2.5 mtrs x 2.5 mtrs), sin decoración alguna, sólo hay pegado en la pared un papel con alguna norma administrativa, sin fotografías, gráfico o alguna imagen que lo particularice o identifique. La cámara de video-grabación está, entrando al despacho, a mano izquierda, lo que permite ver a los dos protagonistas de perfil. Sobre el fondo de la mesa hay un ordenador y una impresora que no interfieren la línea de visión de los participantes. Buena iluminación; circulan personas por el pasillo; se oyen voces de los despachos cercanos.

A.2. Descripción de los participantes.

A.2.1. Médico de unos 40 años, con la cabeza rapada, no lleva barba ni bigote, utiliza bata blanca, sin gafas, trabaja hace unos 5 años en el Ambulatorio.

A.2.2. Hombre de unos 26 años, de piel morena, sin barba ni bigote ni gafas.

B. Transcripción de la entrevista.

Realizada en castellano.

1-M. Hola!, (sin levantarse de la silla, no sonríe ni da la mano, con un dedo le señala dónde debe sentarse) dime.

2-P. (sentándose), me han quitado la muela (y señala el maxilar inferior izquierdo) y por eso vengo. El informe (le entrega unos papeles que el médico lee) [carraspea] () los medicamentos. Apoya los codos en la mesa y se toca la zona afectada <...>vengo a pedir la baja para el trabajo<..>se toca nuevamente la zona afectada. Tiene cierta dificultad para hablar porque no abre bien la boca.

3-M. (ha continuado leyendo sin mirar al paciente) Si, hoy, y lo mira.

4-P. (con la mano en el sitio afectado) si, ayer tampoco he ido porque tenía el mal (y se vuelve a tocar el sitio afectado).

5-M. (escribiendo en el ordenador)¿ te has cambiado de médicos?

6-P. (con la mano en la cara) si, por razones de trabajo, todos los días y por eso.

7-M. (sigue en el ordenador) ¿de dónde eres, pakistani?.

8-P. pakistani, si.

9- M. ¿cuánto tiempo llevas aquí?

10-P. ¿cómo?.

11-M. ¿cuánto tiempo llevas aquí?.

12-P. yo llevo seis años y medio.

13-M. seis años.

14-P. si<..>vuelve a tocarse la cara.

15-M. (sigue en el ordenador) ¿fumas?.

16-P. si.

17-M. ¿cuánto?.

18-P. un paquete.

- 19-M. un paquete al día<..> ¿y alcohol?.
- 20-P. no.
- 21-M. nada.
- 22-P. nada.
- 23-M. ¿ni el fin de semana?.
- 24-P. no, no, sacudiendo la cabeza.
- 25-M. ¿eres musulmán?.
- 26-P. ¿qué?.
- 27-M. ¿eres musulmán?.
- 28-P. si.
- 29-M. ¿practicante?
- 30-P. ¿cómo?.
- 31-M. ¿practicante?.
- 32-P. [sonríe].
- 33-M. (mirándolo a la cara)¿tomas alguna medicación?.
- 34-P. señala los papeles que le entregó.
- 35-M. (tocando los papeles y mirándolo) no, aparte de estos para otras cosas.
- 36-P. no, no (se sigue tocando la cara) me duele.
- 37-M. ¿tomas algo para el dolor(mirando los papeles)?.
- 38-P. si, el otro día fui a Urgencias y me recetó (vuelve a mostrar los papeles. Hay mucho ruido que procede del despacho vecino. El paciente se sigue tocando la cara).
- 39-M. (escribiendo en el ordenador) ¿dónde trabajas?
- 40-P. (tocándose la cara) en un restaurante (...).
- 41-M. ¿cómo se llama?.
- 42-P. la empresa se llama (...) (no se entiende por el ruido) hace un esfuerzo para recordar el nombre del restaurante<...>XX (golpeándose la frente).
- 43-M. XXi?.
- 44-P. Si(y deletrea bien el nombre).
- 45-M. ¿pero la empresa es XX?.
- 46-P. si (afirmando con la cabeza).

47-M. ¿mirándolo así, XX?

48-P XX(y deletrea completamente el nombre).

49-M.=(en el ordenador) espera, espera<...>(ahora el médico escribe letra por letra lo que le dicta el paciente, mirándolo a intervalos) ¿junto?.

50-P. si, todo junto (y sigue deletreando).

51-M. ¿la dirección?.

52-P. si, calle tal seis () (se agacha y traga saliva).

53-M. ¿ayer no trabajaste?(levantando la vista del ordenador).

54-P. no.

55-M. ¿de qué trabajas?.

56-P. de camarero ayudante de ().

57-M. (sigue en el ordenador) el día de ayer<..>tres. (mucho ruido de voces en el pasillo mientras el paciente permanece con las manos en la cara y la cabeza agachada). ¿tienes que volver con él?(señalando los papeles).

58-P. si, ahora a las seis y media tengo que volver allí.

59-M. le entrega los papeles al paciente.

60-P. me han dicho para partes, tengo otra cita y el viernes que viene me quitan los puntos(se sigue notando dificultad para pronunciar las palabras tal vez por lo reciente de la operación).

61-M. Asiente con la cabeza, recoge unos papeles de la impresora, firma uno y tira el otro, vuelve al ordenador con la mano izquierda en la quijada.

62-P. nuevamente con las manos en la cara y la cabeza agachada.

63-M. mire, esta es la baja, el viernes tienes que ir a que te quiten los puntos, pues vente el lunes siguiente.

64-P. bueno(con la mano en la cara).

65-M. te apuntas (y señala hacia arriba donde está la administración).

66-P. bueno, vale (coge los papeles y se incorpora).

67-M. para el lunes siguiente.

68-P. bueno, muchas gracias (sale del despacho).

69-M. adeu.

C. Análisis de los discursos

En la figura 1 se puede observar un fragmento de la entrevista transcrita, que muestra el proceso de segmentación y codificación, realizado mediante el soporte del programa ATLAS-Ti Versión 5.0, de acuerdo a lo descrito en el aparte de metodología.

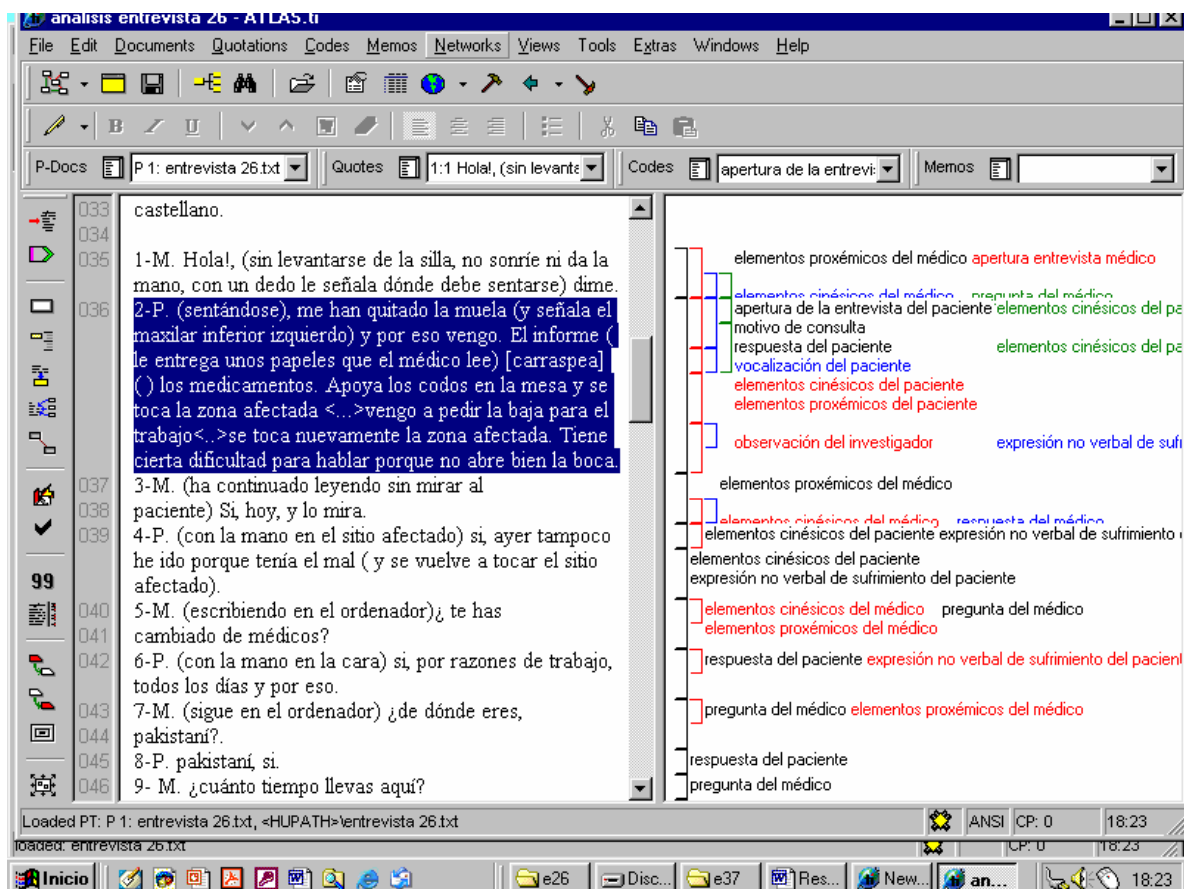


Figura 1. Entrevista 26.

En la columna de la izquierda aparece la transcripción y en la derecha los códigos.

En la figura 2 aparece solamente la lista de los códigos de esta entrevista.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
cierre de la entrevista del médico	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
cierre de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/23/07 ...	08/23/07 ...
elementos cinésicos del médico	13	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
elementos cinésicos del paciente	21	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
elementos proxémicos del médico	6	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
elementos proxémicos del paciente	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
explicación y argumentación sobre el diagnóstico y pronósti...	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
expresión no verbal de sufrimiento del paciente	11	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
factores del entorno	3	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
motivo de consulta	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
observación del investigador	2	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
pregunta del médico	28	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
pregunta del paciente	3	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
repetición del médico	2	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
repetición del paciente	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
respuesta del médico	3	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
respuesta del paciente	27	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...
vocalización del paciente	1	0	Super	08/23/07 ...	08/24/07 ...

Figura 2. Entrevista 26
Lista de los códigos.

En la figura 3 aparece la lista de las familias, que se obtuvo en esta entrevista.

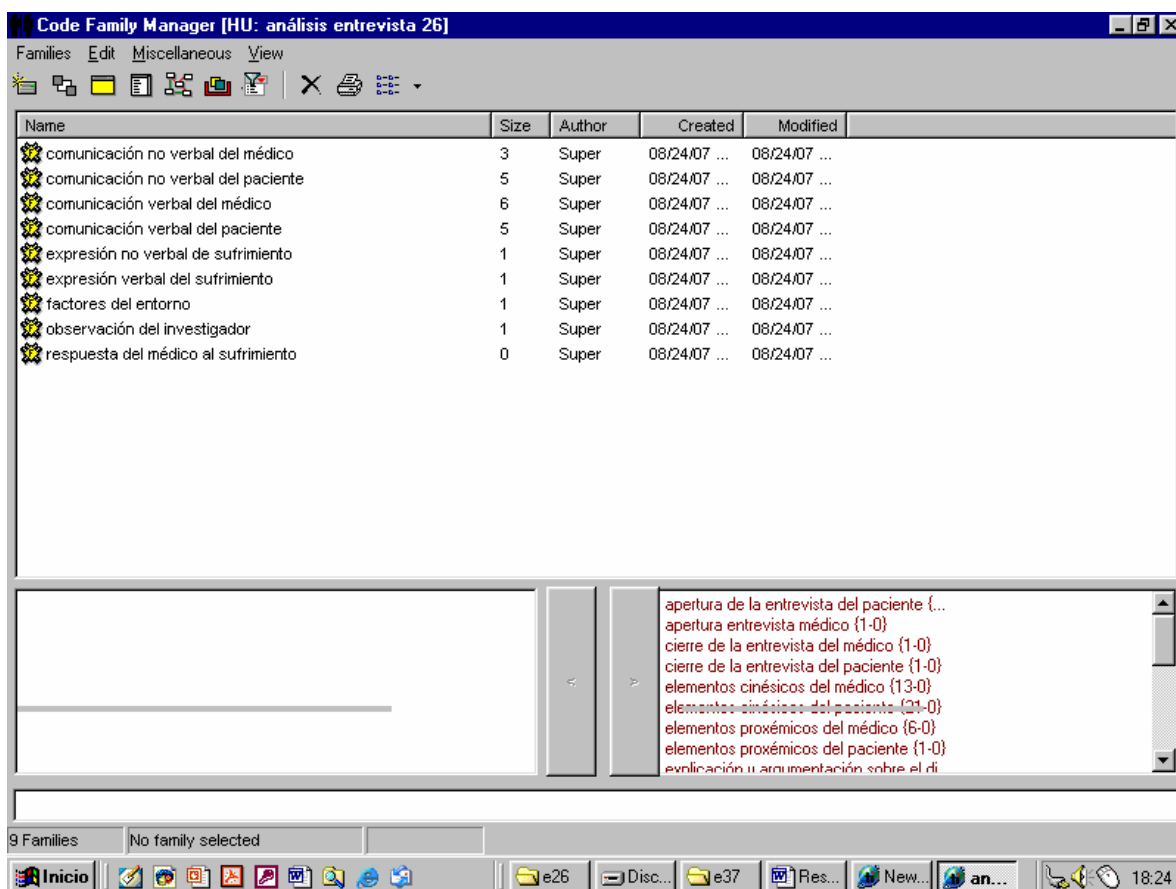


Figura 3. Entrevista 26

Arriba la lista de las familias y abajo a la derecha la lista de códigos.

Ahora se analizarán las familias que se han conformado de esta manera.

1. Comunicación no verbal del médico.

Aquí se han agrupado códigos en negativo como *"sin levantarse de la silla ni dar la mano"*, junto a elementos en afirmativo como *"con el dedo le señala dónde debe sentarse"*, junto a otros como *"afirmando con la cabeza"*, *"sigue en el ordenador"* o *"señala los papeles"*.

2. Comunicación no verbal del paciente.

Esta familia agrupa expresiones especialmente dirigidas a manifestar el dolor que le causa una reciente intervención quirúrgica, pero también respuesta a una pregunta del médico *"sonríe"*; elementos proxémicos y cinésicos como *"sentándose"*; *"sacudiendo la cabeza"* para acompañar una respuesta negativa a una pregunta del médico; *"señala los papeles que le entregó"* al médico,

entre otros. Utiliza un elemento para-verbal (vocalización) codificado como *"carraspea"* .

3. Comunicación verbal del médico

Se incluyen en este apartado expresiones como el saludo *"hola"*; la pregunta del motivo de consulta *"dime"*; hábitos de vida *"¿fumas?"*, *"¿bebes?"* ; asuntos sociales *"¿cuánto tiempo llevas aquí?"*, en que utiliza un deíctico(aquí); asuntos laborales *"¿de qué trabajas?"*; asuntos puramente médicos *"¿tomas alguna medicación?"*.

4. Comunicación verbal del paciente.

En esta entrevista es particularmente escasa por la dificultad para hablar que tiene el paciente, intervenido quirúrgicamente en la mañana de ese mismo día. Sin embargo, se encuentra el motivo de consulta *"me han quitado la muela"*; a preguntas del médico responde *"yo llevo seis años y medio"*, *"un paquete"*, *"nada"*, *"sí"*, *"no no"*, *"en un restaurante"*, *"de camarero"*; y finalmente como cierre de entrevista *"bueno muchas gracias"* .

5. Expresión no verbal de sufrimiento

Aquí hay expresiones repetidas, por la misma causa mencionada, entre las que se anotan *"señala el maxilar inferior izquierdo"*, *"se toca la zona afectada"* , *"se toca nuevamente la zona afectada"* , *"vuelve a tocarse la cara"* , *"tocándose la cara"*, *"permanece con las manos en la cara y la cabeza agachada"*.

6. Expresión verbal de sufrimiento.

Por la misma razón anotada anteriormente, sólo se encuentra una: *"me duele"*.

7. Factores del entorno.

Se incluyen *"mucho ruido del despacho vecino"*, *"no se entiende por el ruido"*, *"mucho ruido de voces en el pasillo"*, además de los anotados en la descripción del escenario.

8. Observación del investigador.

Sólo se incluye una *"se nota dificultad para pronunciar las palabras por la operación tan reciente"*, aunque también podría haberse identificado como alteración en la calidad de la voz.

9. Respuesta del médico al sufrimiento.

No se encuentra ninguna.

D. Interpretación.

Esta entrevista sigue el típico esquema pregunta-respuesta, y, seguramente debido a la situación del paciente, las respuestas de éste fueron preferentemente no verbales. Su duración es de cinco minutos y 16 segundos.

Llama la atención la ausencia de respuesta del médico al sufrimiento, aunque el paciente a lo largo de la entrevista esté manifestándolo de manera repetitiva. Se puede pensar que algunas preguntas podrían haberse evitado en ese momento y haberlas realizado en una próxima visita.

Hay una actitud del paciente, como cubrirse la cara con las palmas de la manos, gesto que se ve frecuentemente en situaciones de duelo en personas de su cultura.

Posiblemente el médico pueda pensar que las manifestaciones de dolor y sufrimiento del paciente sean exageradas o desmedidas para una situación tal en un entorno como el que se está estudiando, lo que demuestra una vez más las diferencias culturales en la percepción y manifestación del sufrimiento.

En resumen:

-¿Hay expresión directa de sufrimiento? Si.

-¿Percibe el médico esas expresiones? No.

-¿Las responde? No.

-¿Hay cooperación de los participantes? No.

Entrevista 27

A. Descripción y análisis.

A.1. Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo, y la enfermera de al lado le consulta casos con frecuencia a la médica mientras está visitando. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes

A.2.1 La médica tiene unos 35 años y lleva unos tres años en el Centro. Usa bata blanca de manga corta, no usa gafas y lleva el pelo corto. Usa pantalón negro y blusa negra de manga corta. En la mano izquierda lleva argolla, pulsera y reloj de correa negra ancha. Pendientes pequeños de color rosa.

A.2.2 La paciente es una mujer de más de 50 años, usa gafas, lleva el cabello hasta los hombros, el reloj en el puño derecho y un vendaje en el puño izquierdo, el bolso cuelga del hombro derecho, usa chaqueta marrón. Queda de espaldas a la cámara y sólo un poco de perfil.

B-Trascrición de la entrevista.

Conversación realizada en castellano.

1-P. (le entrega un papel a la médica, esta lo lee, luego le dice, señalando el papel) esta fue la doctora que me atendió, (la médica lee el nombre) pero oiga una () y yo le dije ¿cómo me va usted a dar el alta si () yo el día 21 tengo que ir al traumatólogo para la rodilla y el día 7 de diciembre para ir a (institución de salud) a hacer rehabilitación, cómo me va a dar el alta?! Yo no estoy de acuerdo.

2-M. (sin levantar la vista de los papeles) mhm.

3-P. que me la den cuando esté buena (tono de voz alto, habla rápido y fuerte, angustiada) pero que me la den así, no <..>estoy muy irritada, esto, esto me duele mucho todavía (señala la región del puño izquierdo donde tiene un vendaje) estoy tomando lo que usted me mandó.

4-M. los anti-inflamatorios (con los brazos sobre el escritorio y los dedos de las manos entrelazados).

5-P. pero a mi me sigue doliendo la mano<..>() la lata < ..>yo he querido hablar con inspección pero me han dicho que no() aún voy a ir mañana, el lunes <..>a ver si me dejan hablar con ellos. Ahora vengo a ver el resultado de los exámenes que me mandó usted.

6-M. se inclina, coge el legajo, busca los exámenes solicitados.

7-P.() ¿usted no me puede dar la baja?.

8-M.{ [sonriendo] y sacudiendo la cabeza: no} .

9-P. es que

10-M.=(pidiéndole calma haciendo gestos con la mano derecha) le explico (le llama por su nombre) ah:: inspección médica es como el Tribunal Médico(agitando las manos) que va por encima mío ¿vale?(y hace el gesto correspondiente) entonces lo que le proponía yo a usted es darle el alta médica de ah::el motivo de la baja y coger una nueva baja por la tendinitis de la mano(gesticulando y tocándole la mano enferma) lo que pasa es que esto lo

tendrían que hacer ellos, ¿de acuerdo?. Yo si ahora, por ejemplo, si usted ahora coge la gripe, en estos días coge la gripe, un catarro fuerte con fiebre alta con lo cual no puede ir a trabajar, yo no le puedo hacer la baja, en los siguientes seis meses a partir del día en que usted fue al Tribunal Médico tienen que ser ellos los que le hagan la nueva baja (sacudiendo la cabeza afirmativamente) funciona así esto (cogiéndose el cabello y moviéndose en la silla) yo no puedo así sea por un motivo distinto porque si bien es cierto que los dolores de cabeza y todo esto mejoró () pero ha tenido otras cosas (moviéndose en la silla).

11-P. y la depresión, que tengo muchos días que tengo ganas de llorar y todo eso.

12-M. (mirando el ordenador) mhm, mhm.

13-P. pero no, lo que yo digo es que cuando yo esté buena o si no () la rehabilitación todavía. La rehabilitación no la he empezado () cómo me dan el alta! La verdad es que no lo sé! () yo voy a hablar con ().

14-M. continúa trabajando en el ordenador.

15-P. no estoy de acuerdo con (agacha la cabeza y saca un papel del bolso).

16-M. (trabajando en el ordenador) un segundo que mire los análisis, eh, y luego comentamos.

17-P. (con la mano en la boca) si.

18-M. (ha estado trabajando en el ordenador, se coloca una mano en la cara, luego la alterna) a ver (le dice su nombre) quería comentar varias cosas de los análisis, ah, el tema del azúcar, vale? está mal (mirándola fijamente) vale?.

19-P.= ¿y en cuanto está el azúcar?.

20-M. hay un valor que viene del azúcar en los tres últimos meses, no sólo el día que se pincha porque a lo mejor ese día está bien, si no que hace un valor, hace como una media, hace como un valor en referencia a los tres últimos meses y está alta.

21-P. (más tranquila) ah y he hecho bondad porque hago régimen y el pan no lo toco.

22-M. (ha vuelto al ordenador) ¿usted medicación no toma?.

23-P. no para esto no.

- 24-M.= para el azúcar no toma.
- 25-P. no me han dado nunca, para el colesterol si.
- 26-M. vale pues.
- 27-P.= la (nombre del medicamento).
- 28-M. pues el colesterol está perfecto, lo que vamos a hacer es empezar a darle medicación para el azúcar ¿de acuerdo? Cuando andando, moviéndose uno no se controla () medicación, ¿de acuerdo?(agitando la mano derecha).
- 29-P. una cosa (mostrándole un papel) la doctora del Tribunal me dijo().
- 30-M. (mirando el papel) esos son los anti-cuerpos porque ya se curó,¿vale?, esté tranquila (y vuelve al ordenador).
- 31-P. ¿y yo no me puedo vacunar de esto?.
- 32-M. (mirándola) ¿de qué?.
- 33-P. de la hepatitis B.
- 34-M. no porque ya la ha pasado.
- 35-P. ya, no, no, qué susto!.
- 36-M.= tiene usted anticuerpos,¿de acuerdo?.
- 37-P. de todos modos() hepatitis B.
- 38-M.(trabajando en el ordenador, se toca la cara varias veces, se vuelve a la paciente) ¿usted alcohol no toma, verdad (la llama por su nombre)?.
- 39-P. no, nunca, agua <..>a veces (nombre de refresco)
- 40-M. pues le vamos
- 41-P. (interrumpiendo a la médica) pero agua.
- 42-M. a empezar medicación para el azúcar, de acuerdo? El colesterol está muy bien pero hay una inflamación en el hígado, esto se puede deber a una medicación pero para ver que todo esté bien le pediré unos segundos análisis para que no haya ninguna otra causa, vale?(mirándola fijamente).
- 43-P. (sigue mostrando la mano izquierda con el vendaje) ¿y en cuánto está, esto del azúcar? yo no lo entiendo.
- 44-M. (suspende su trabajo en el ordenador) está, mhm, a ver, (va a un cajón del escritorio buscando un documento) a ver, vienen medidas distintas (consulta una tabla de equivalencias) 13() a 235.

45-P. oh: qué miedo!.

46-M. no se preocupe, vale, porque no está usted tomando medicación. Yo me asustaría si usted estuviera tomando el tope de medicación y estuviera así. Ya no nos quedaría más remedio que pinchar la (nombre de medicamento). En su caso no está tomando nada con lo cual tenemos un margen ancho, de acuerdo?(y vuelve al ordenador).

47-P. y los dulces tampoco() las patatas.

48-M. (sigue en el ordenador) bue:no entonces inter-consulta(como hablando consigo misma) <..>.

49-P.(al ver salir la receta de la impresora)ah, yo soy pensionista!.

50-M. ah, si, perdón(por haber hecho la receta en otro formato y hace el cambio respectivo en la impresora, mira la hora en su reloj, coge los papeles, los firma, les pone un sello) mira(le dice su nombre) dos cosas, de acuerdo? uno le doy esta medicación para el azúcar, tiene que tomarse media antes del desayuno, antes de la comida y antes de la cena. Si usted un día estuviera con vómitos y diarreas y no tomara medicación, ay perdón, no tomara comidas, no se las tome porque entonces le bajaría el azúcar, de acuerdo? o sea media antes del desayuno, comida y cena y en tres meses haremos unos análisis para ver realmente que todo está mucho mejor, y va a estar mejor, de acuerdo? y por otra parte para esa inflamación del hígado le voy a repetir los análisis para ver cómo están las hepatitis, para ver que no haya otra causa, vale?.

51-P. vale(recibiendo los documentos correspondientes).

52-M. y una ecografía del hígado, de acuerdo? con estas dos cosas tiene que ir al mostrador a que le den día y hora.

53-P. de hecho estoy de acuerdo que me manden()del hígado.

54-M. mhm, mhm, lo miraremos.

55-P. mi madre tuvo una cirrosis y ella no bebía ni tomaba nada.

56-M. lo miraremos con cariño, vale?, (la llama por su nombre) puede ser que la medicación del colesterol y el (nombre del medicamento) aumente las enzimas del hígado, así que no se asuste, vale?.

57-P. bueno.

58-M. vale.

59-P. ¿no me va a mandar usted el (nombre del medicamento)?.

60-M. perdón, el (nombre del medicamento)(trabajando en el ordenador) mientras menos anti-inflamatorios tome mejor para el hígado.

61-P. me tomo a lo mejor dos al día, uno por la mañana y uno por la noche, es que si no el dolor aquí(señala su muñeca izquierda vendada) me llega aquí hasta medio brazo(señalando).

62-M. (trabajando en el ordenador)¿cuándo va a empezar la rehabilitación (la llama por su nombre)?.

63-P. el día() que vaya a (institución de salud), el día siete, me dicen que lleve las radiografías y que vaya a empezar la rehabilitación.

64-M. ¿usted me iba a decir alguna cosa?.

65-P. ¿si yo voy allí al Tribunal puedo hablar con () directamente?.

66-M. no sé qué trámites siguen, pero bueno, usted tiene derecho a reclamar, a hacer una reclamación.

67-P. (se incorpora de la silla más tranquila) adiós, gracias.

68-M. vamos, cuídese (se despiden de mano).

C. Análisis de los discursos.

Utilizando el programa informático mencionado anteriormente, comenzamos a segmentar el texto y a asignarle el código correspondiente a cada uno de ellos, como se ve en la Figura 1.

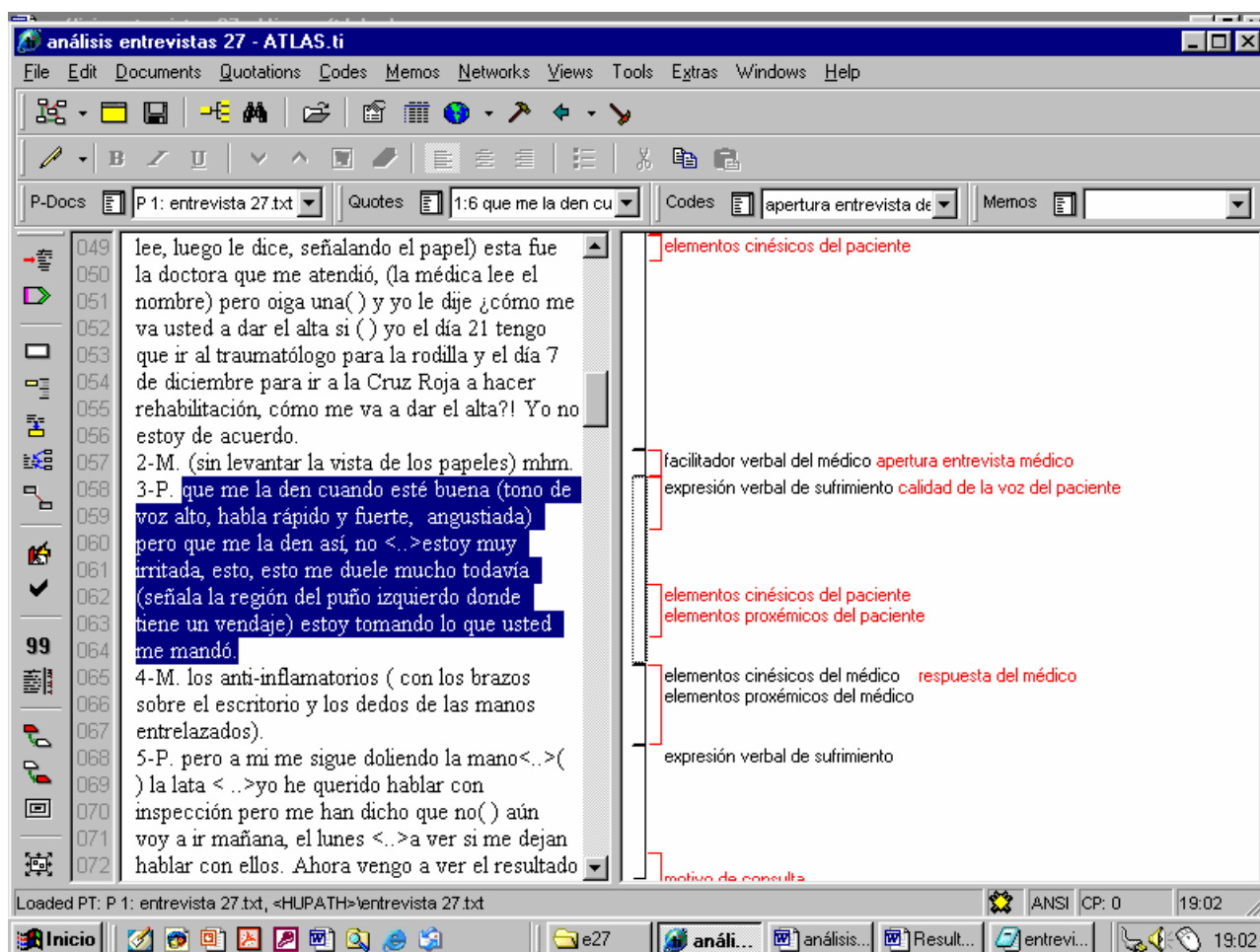


Figura 1. Entrevista 27.

Las citas a la izquierda y los códigos correspondientes a la derecha.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista del paciente	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
calidad de la voz del paciente	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
cierre de la entrevista del médico	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
cierre de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
elementos cinésicos del médico	25	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
elementos cinésicos del paciente	14	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
elementos proxémicos del médico	9	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
elementos proxémicos del paciente	6	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
explicación y argumentación del médico sobre la enfermedad	16	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	8	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
facilitador verbal del médico	17	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
facilitador verbal del paciente	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
factores del entorno	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
motivo de consulta	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
observación del investigador	1	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
pregunta del médico	4	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
pregunta del paciente	10	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
respuesta del médico	15	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
respuesta del médico al sufrimiento	2	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...
respuesta el paciente	18	0	Super	08/25/07 ...	08/25/07 ...

Figura 2. Entrevista 27.

Aquí aparece solamente la lista de los códigos obtenidos durante el proceso anterior.

Ahora agrupando estos códigos construiremos las familias, como aparece en la Figura 3.

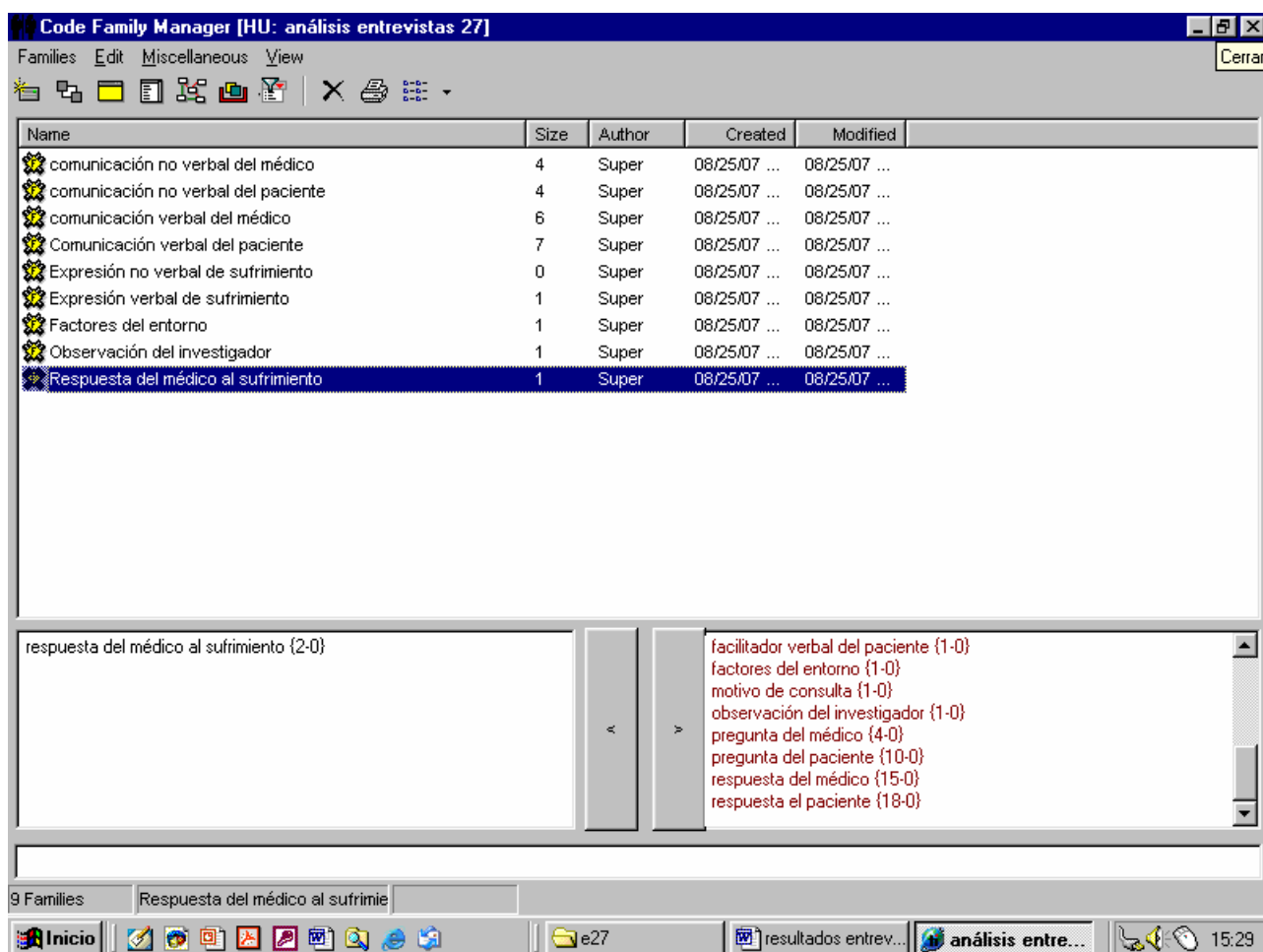


Figura 3. Entrevista 27.

Listado de las familias que se han obtenido de los códigos que aparecen en la parte baja, hacia la derecha. Se ha resaltado, a manera de ejemplo, la familia *“respuesta del médico al sufrimiento”*.

D. Interpretación.

Finalmente de esta entrevista se obtuvieron 143 citas, 21 códigos, y 9 familias, con una duración de 10 minutos y 24 segundos.

Es un encuentro en que se aprecia una paciente muy angustiada, que está sufriendo por problemas médicos y administrativos.

Tiene dolor de cabeza crónico, problemas en una rodilla y tendinitis en su mano izquierda, para lo cual recibe tratamiento. Esta medicación le está ocasionando alteraciones de la función hepática, y en las pruebas de laboratorio aparece por primera vez diabetes. Es decir, a sus tres causas de dolor se agregan estas dos últimas. Además, no ha podido comenzar todavía un tratamiento de rehabilitación.

Sus problemas administrativos consisten en que ha estado de baja más del tiempo habitual, y entonces su caso ya ha pasado a instancias más altas de la Seguridad Social, que están por encima de las competencias del Centro.

Ella quiere que le prolonguen la baja hasta que esté mejor, y lo pide con insistencia y vehemencia, pero la médica en forma muy tranquila le explica ampliamente la situación, y le deja muy claro que no puede darle lo que ella pide. Y se concentra entonces en la parte médica, la que también explica con claridad y amplitud, la tranquiliza en cuanto al resultado del tratamiento y le propone que la va a seguir controlando.

Una vez más se aprecia que es la paciente quien inicia el cierre de la entrevista. Además, el sufrimiento está reforzado por su cuadro depresivo que en ocasiones le causa llanto. Pregunta varias veces por aspectos de su salud, como el azúcar alto y el hígado afectado, pero insiste en que ella quiere reclamar ante la administración por la situación en que se encuentra. Parece ser que este último aspecto es el que más le preocupa y más refuerza su angustia, su dolor y su sufrimiento.

Esta entrevista puede considerarse como un ejemplo de sufrimiento desencadenado por dolor crónico, y exacerbado por su ansiedad ante las trabas administrativas y su dificultad para reintegrarse al trabajo.

En resumen:

- ¿hay expresión directa de sufrimiento? Si
- ¿percibe la médica esas expresiones? Si
- ¿las responde? Si
- ¿hay cooperación de los participantes? No.

Entrevista 30

A. Descripción y análisis.

A.1 Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo y la enfermera de al lado le consulta casos. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes.

A.2.1 La médica tiene unos 35 años y lleva unos tres años en el Centro. Usa bata blanca de manga corta, no usa gafas. Lleva el pelo corto, pantalón negro con blusa negra de manga corta, argolla, pulsera y reloj de correa negra ancha en la mano izquierda, y pendientes pequeños de color rosa.

A.2.2 La paciente es de unos 48 años, tiene el pelo recogido en una coleta que permite ver bien el cuello, lleva un jersey oscuro con rayas blancas, tiene moderado sobre-peso, usa gafas y el bolso lo lleva en el hombro derecho.

B. Transcripción de la entrevista.

Realizada en castellano.

1-M. ¿qué tal maja? (saludándola de mano).

2-P. Hola.

3-M. hace días que no la veía.

4-P. si, estaba durando mucho ().

5-M. dime, maja.

6-P. estoy de la espalda() esto de la columna pero prácticamente tengo dos puntos (señala la región posterior e inferior derecha de la columna cervical) tengo aquí uno [uf:::] y tengo aquí, aquí otro (señala la región posterior e inferior derecha de la columna torácica)<..>[uf:::], no sé si es que tengo pinzamientos es como si tuviera un cuchillo así (hace movimientos de enterrar algo en ese sitio).

7-M. ¿y eso desde cuando lo tiene?.

8-P. llevo como una semana lo que pasa es que claro no me he podido apuntar con usted antes.

9-M. mhm.

10-P. me pilla los brazos.

11-M. ¿ha hecho usted un mal gesto o lo atribuye usted a alguna cosa?.

12-P. no porque no sé si le había contado que me había salido una portería y estoy trabajando de conserje () y nadie se mete conmigo, lo único

13-M. mhm, mhm.

14-P. que hago cada día es fregar el rellano.

15-M. mhm, mhm.

16-P. y una vez al día debajo de la escalera pero luego durante todo el día estoy pero es que yo qué sé.

17-M. ¿es la primera vez (la llama por su nombre) que le pasa?.

18-P. bueno, la contractura con esto de la fibromialgia es a cada momento.

19-M. ¿le recuerda a otras contracturas que ya ha tenido?.

20-P. = pero esta es fuerte, pero estas cosas, esto que tengo ahí () (señala su cuello y su espalda) (durante la entrevista se observa que mueve poco el cuello posiblemente por el dolor).

21-M. (se levanta de la silla) venga para acá un segundo (para explorarla).

22-M. (cuando regresan de la exploración) ¿qué se toma?.

23-P. de vez en cuando lo que tomo porque me duele mucho la cabeza es() (al sentarse de nuevo lo hace con dificultad) ah:::.

24-M. (deja de trabajar en el ordenador)¿qué está tomando usted para la fibromialgia?.

25-P. bueno, ahora hace tiempo que no veo a la doctora, como me han dado hace poco el trabajo tampoco quiero comenzar ya, pero lo único que me dan es analgésicos, es que no me dan nada más!.

26-M.¿ y de analgésicos qué está usted tomando?.

27-P. XXX.

28-M. ¿XXX?!

29-P. es que no me dan nada más.

30-M. = no (le dice por su nombre, sacudiendo lateralmente la cabeza) los anti-inflamatorios en la fibromialgia no tienen un papel del todo positivo <..>,es mejor dar un analgésico más que un anti-inflamatorio. Yo le voy a dar lo que le damos a todas las pacientes que tienen fibromialgia y están con un brote de dolor, de acuerdo?(mirándola fijamente a la cara, con los brazos sobre el escritorio y los dedos de las manos entrecruzados) usted está tomando de vez en cuando XXX, de acuerdo?.

31-P. si, si, es lo único que tomo ()contractura que tengo () ¿qué puede ser? (no se entiende por el ruido del teclado del ordenador).

32-M. (deja el ordenador) yo lo atribuyo más a una contractura muscular, vale?, relacionada con la fibromialgia. Pero claro, si no está tomando usted nada.

33-P. = no.

34-M. (mientras trabaja en el ordenador)cundo se mueve le duele más!.

35-P. uf::<..> si estoy mucho rato de pie no puedo, no puedo, me tengo que sentar() es que no puedo y hay días que no me puedo peinar (y se toca el hombro derecho, agacha la cabeza, se mueve constantemente, llora, se limpia la nariz).

36-M. (sigue en el ordenador) a ver.

37-P. ¿no es buena una pomada?.

38-M. (deja el ordenador) si, la pomada va bien sobre todo es el efecto de masaje que se hace uno cuando se aplica la pomada(y hace el gesto con las manos de dar un masaje), vale, la pomada como poder analgésico es muy suave, es mejor una pastilla, vale?<..> pero si que es cierto que el efecto del masaje cuando se hace(y vuelve a hacer el gesto) va muy bien, vale?. Le voy a dar dos cosas, no son anti-inflamatorios. Es el tratamiento de base para los dolores musculares relacionados con la fibromialgia, de acuerdo?.

39-P. asiente con la cabeza.

40-M. (le dice su nombre) yo se lo he dicho muchas veces para la fibromialgia no hay curación pero si que hay medicación que la puede aliviar.

41-P. =si que lo sé.

42-M. y usted no está tomando nada.

43-P. he estado tomando mucho cuando ()pero ahora llevo mucho tiempo que no voy, claro desde que estoy ahí, es que () no puedo ir pidiendo () en el trabajo a cada momento. No me solucionan nada.

44-M. = es que yo le recomiendo.

45-P. no me solucionan nada, a mi no me han dado ninguna paga por esta enfermedad, no tengo más remedio que trabajar.

46-M. (mirándola fijamente la llama por su nombre) esa enfermedad que usted dice lo que se recomienda es trabajar , cuando se hace reposo aún la gente se va para abajo.

47-P. si.

48-M. pero eso no quiere decir, eso no quiere decir que usted tenga que sufrir de esa manera, es decir, si usted no va a la (nombre de institución de salud)

por lo que sea, venga aquí que tenemos un horario más accesible y yo y el conjunto, con el psicólogo y conmigo y tal podemos.

49-P. () tengo.

50-M. podemos hacer un tratamiento para al menos quitar el dolor, mujer<..>no se aguante tanto, vale?(señalando las recetas) este es el(nombre de medicamento), se toma usted tres al día, esto es muy suave, es como el (nombre de medicamento) de toda la vida, aunque piense que es muy flojo, de acuerdo? y luego le voy a dar el (nombre de medicamento) que es muy buen medicamento para el dolor, vale?.

51-P. (asiente con la cabeza) vale.

52-M. yo tomaría primero uno al día, si usted ve que en tres o cuatro días el cuerpo lo tolera bien ya puede comenzar uno por la mañana y uno por la noche, de acuerdo? (mirándola fijamente)

53-P. (mientras asiente con la cabeza) ¿durante cuánto tiempo?.

54-M. esto nos vemos dentro de 10 días para ver cómo se encuentra.

55-P. vale.

56-M. y entonces me dice () la medicación, de acuerdo?.

57-P. una cosa, venía también a coger unos análisis que me hicieron porque como también vine la otra vez de urgencia por lo mismo, con una infección de orina.

58-M. coge el legajo, lo abre y busca el análisis.

59-P. y he estado tomando el (nombre de medicamento) y entonces a los dos días de haber terminado me hicieron esto (señalando los análisis) porque me dijo el doctor.

60-M. es a la semana.

61-P. pues mira ()!.

62-M. es a la semana (y la llama por su nombre) una semana ([sonriendo y buscando el análisis]).

63-P. es que yo le hago caso a ellos, a los dos días de terminar me hice el análisis (y muestra el resguardo).

64-M. (encuentra el resultado y se lo entrega) es negativo (y vuelve a colocar el legajo en su puesto pero casi se le cae al suelo)Ay:::

65-P. y ya de paso esto(una receta) porque no tengo y como me va bien.

66-M. en sobres, vale?.

67-P. y el (nombre de medicamento) y ya está. Hasta otro día.

68-M. hace la receta.

69-P. he tenido una nietecita.

70-M. ay qué bien y cómo se llama?.

71-P. XXX.

72-M. XXX! Muy bien!.

73-P. el martes nació la niña (hoy es jueves).

74-M. muy bien, felicidades.

75-P. tengo un nieto de 11 años y ahora me ha venido la nietecilla.

76-M. muy bien, ¿está contenta?.

77-si, mucho, es una muñequita.

78-M. es da alegría ().

79-P. si, es una muñeca.

80-M. firma las recetas y se las entrega.

81-P. ¿y porqué no me da el (nombre de medicamento)?.

82-M. es que nos obligan a hacer genéricos, este que usted ve aquí es que sanidad se ahorra un dinero por el hecho de no pagar la marca, de acuerdo?, pero es el mismo producto, la misma composición, es todo igual.

83-P. ¿esta es una vez al día?.

84-M. comience con una al día y luego si usted ve que le sienta bien se toma una por la mañana y una por la noche.

85-P. (recoge las recetas) gracias.

86-M. no hay de qué.

87-P. se levanta de la silla lenta y pesadamente, recoge su abrigo y su bolso, le da la mano a la médica.

88-M. adiós (observando sus movimientos) ¿le duele más cuando se mueve, verdad?(tocándose el pelo).

89-P. si, es cuando más me duele.

90-M. venga. ¿le puede avisar a (nombre de hombre), que ya está avisado?(es el paciente que sigue para entrar a consulta).

91-P. bueno, vale (y sale lentamente del despacho).

C. Análisis de los discursos.

Con la ayuda del programa informático mencionado, se procede a la segmentación del texto, que se denomina *citas* y a asignarle los correspondientes *códigos*.

En la Figura 1 se ha resaltado, a manera de ejemplo, una cita en la columna de la izquierda y su correspondiente código a la derecha.

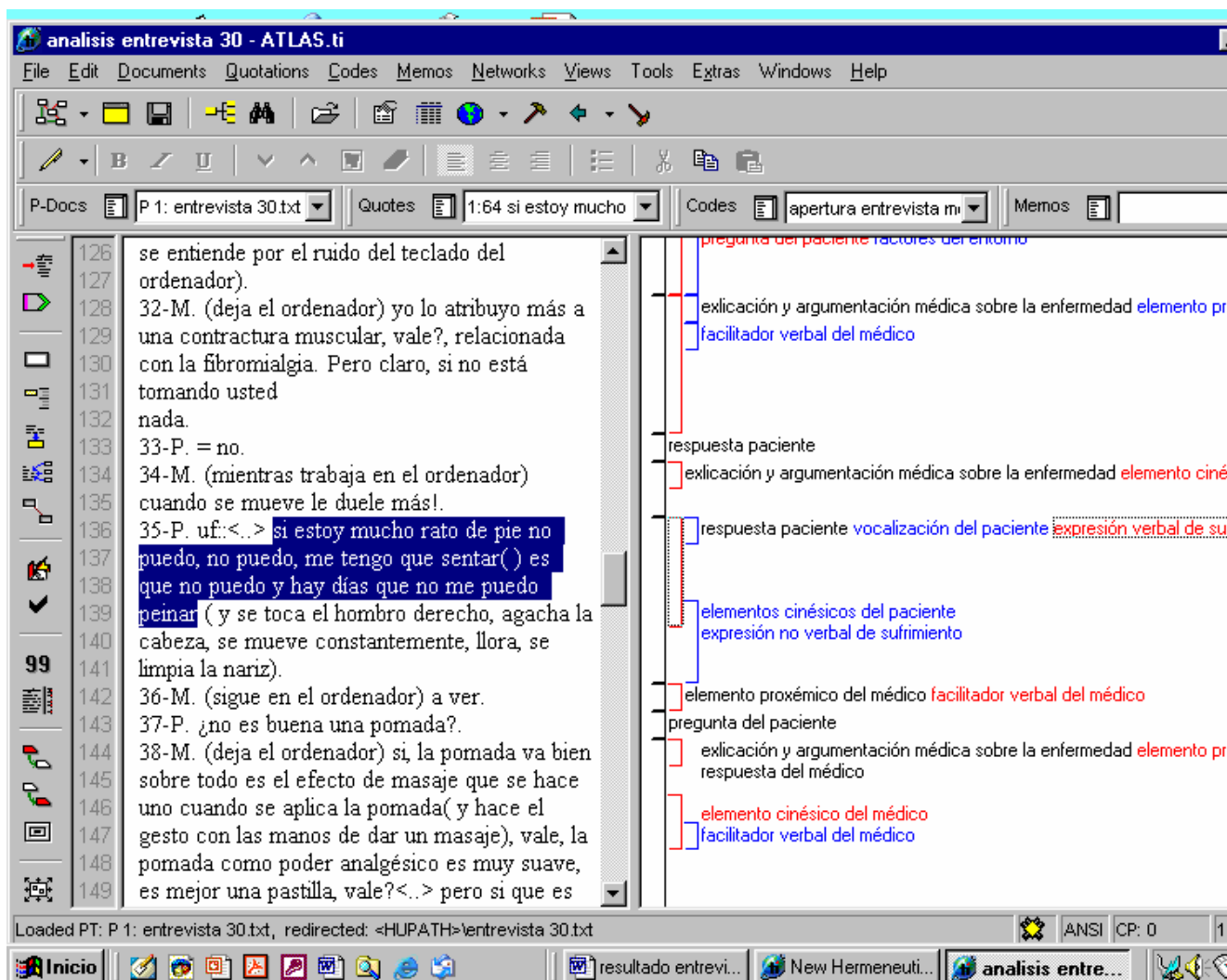


Figura 1. Entrevista 30.

En este caso se han seleccionado aspectos relacionados con la expresión verbal de sufrimiento.

Ahora se puede mostrar el listado solamente de los códigos obtenidos, como se ve en la Figura 2.

Code Manager [HU: analisis entrevista 30]

Codes Edit Miscellaneous Output View

Name ▲	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
apertura entrevista paciente	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
calidad de la voz del médico	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
cierre entrevista del médico	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
cierre entrevista paciente	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
deíctico del paciente	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
elemento cinésico del médico	16	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
elemento proxémico del médico	8	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
elemento proxémico del paciente	3	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
elementos cinésicos del paciente	14	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
explicación y argumentación médica sobre la enfermedad	16	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
expresión no verbal de sufrimiento	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	11	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
facilitador verbal del médico	17	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
facilitador verbal del paciente	3	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
factores del entorno	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
inicia conversación corriente	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
motivo de consulta	2	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
observación del investigador	4	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
pregunta del paciente	7	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
pregunta médico	16	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
respuesta del médico	10	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
respuesta del médico al sufrimiento	3	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
respuesta paciente	29	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...
vocalización del médico	1	0	Super	08/26/07 ...	08/26/07 ...

26 Codes | expresión verbal de sufrimiento {11-} All | Name - Title

Inicio | resultado entrevi... | New Hermeneuti... | analisis entre...

Figura 2. Entrevista 30.

Se ha resaltado el código del ejemplo mencionado, del cual se obtuvieron 11.

Ahora con estos códigos se construyen familias, como se ve en la Figura 3.

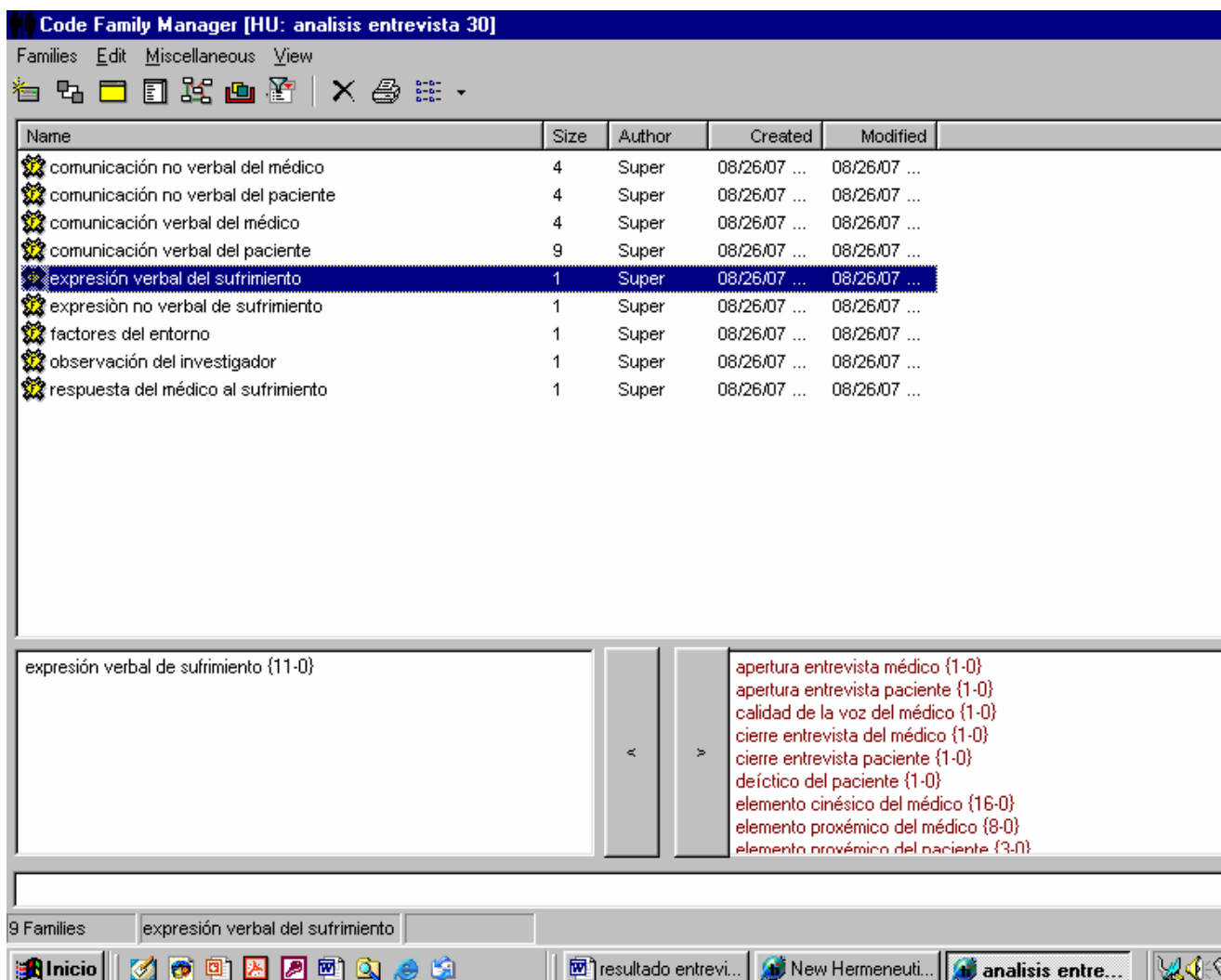


Figura 3. Entrevista 30.

De la lista de familias que se han construido, se destaca “*expresión verbal de sufrimiento*” siguiendo el ejemplo inicial. En la parte inferior se confirma que esta familia fue construida por la agrupación de 11 códigos.

D. Interpretación.

En esta entrevista es claro el sufrimiento causado por un cuadro de dolor crónico, de causa y tratamiento desconocidos, además de dolor de cabeza, todo

esto agravado por la dificultad en obtener una pensión que le evitaría el trabajo continuo. La médica se lo explica y se muestra comprensiva con la situación cuando le dice *“eso no quiere decir que usted tenga que sufrir de esa manera”*, y le ofrece la ayuda de ella y de otros profesionales del Centro.

La médica muestra prudencia, especialmente en dos oportunidades: cuando le dice que ese medicamento no está muy indicado en ese tipo de dolor. En este caso emplea la figura conocida como *litotes*, en que se expresa el negativo de lo opuesto (*“los anti-inflamatorios en la fibromialgia no tienen un papel del todo positivo”*), para no decir que el medicamento tal no se debe emplear en la enfermedad tal. Esta figura se emplea con frecuencia en el trabajo de psiquiatría. La segunda oportunidad en que muestra prudencia es cuando la paciente le cuenta que, al otro día de haber terminado un tratamiento para infección urinaria, le hicieron el examen de control, cuando esto se debe hacer una semana después. Apenas comenta algo para rectificar pero de modo muy tangencial. Estas dos conductas (maneras) seguramente contribuyen mucho a tranquilizar a una persona que está confundida y angustiada.

La paciente refiere que el dolor es tan fuerte y permanente que *“hay días que no me puedo ni peinar”*, se mueve constantemente, agacha la cabeza y termina llorando. Y la médica le manifiesta su comprensión del problema cuando agrega *“cuando se mueve le duele más”*.

Se encuentra más tranquila y confiada al ver el apoyo que recibe, y se anima a iniciar, espontáneamente, una conversación corriente: comenta que ha tenido una nieta, cuándo, cómo se llama, cómo es, etc. Y encuentra respuesta en la médica que la anima a seguir conversando, haciéndole preguntas y comentarios al respecto. Y es la misma paciente la que decide suspender la conversación corriente y volver a la institucional.

Finalmente, le da las gracias a la médica, como inicio del cierre de la entrevista, y se despide de mano. La duración de la entrevista es de 9 minutos con 38 segundos, de los cuales 30” se utilizan en conversación corriente.

En resumen:

-¿hay expresiones directas de sufrimiento? Si

- ¿percibe la médica esas expresiones? Si
- ¿las responde? Si
- ¿hay cooperación de los participantes? Si.

Entrevista 32

A. Descripción y análisis.

A.1 Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo y la enfermera de al lado le consulta casos. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes.

A.2.1 La médica tiene unos 35 años y lleva unos tres años en el Centro. Usa bata blanca de manga corta, no usa gafas. Lleva el pelo corto, pantalón negro con blusa negra de manga corta, argolla, pulsera y reloj de correa ancha en la mano izquierda y pendientes pequeños de color rosa.

A.2.2 La paciente es una mujer de unos 70 años, de baja estatura, con el pelo corto, usa gafas, lleva un saco negro y luce varios anillos en la mano derecha. Aparece de espaldas y un poco de perfil.

B. Transcripción de la entrevista.

Conversación realizada en castellano.

1- M. hola maja (la saluda de mano).

2- P. buenas tardes doctora(le da la mano, se sienta).

3- M. sigue trabajando en el ordenador<....>un segundo, eh?

4- P. no se preocupe[carraspea].

5- M.(sigue concentrada en el ordenador, se coloca una mano en la cara),dígame maja!

6-P. no sé si lo tendrá en el ordenador, pero el día 14 me vacuné contra el tétanos.

7- M. tétanos, vale!.

8-P. =y me tienen que poner otra dentro de un mes.

9-M. {[sonriendo] si aquí en el ordenador está todo anotado}.

10-P. =y creo que tengo una radiografía que me mandó a hacer usted, creo que de la cara, se acuerda?.

11-M. =ah, si (consulta el ordenador).

12-P. ah y que no se me olvide la (nombre de medicamento) que me mandó el otro doctor porque no me gusta que se me acabe.

12-M. busca la radiografía, la encuentra, la coloca en el negatoscopio y la observa en silencio <...>.

13-P. vine la semana pasada pero como no estaba usted preferí esperarme <..>y no tenía inconveniente porque el doctor (suplente) es muy amable y me gusta mucho pero como era usted la que me había mandado la radiografía.

14-M. sigue mirando las radiografías de espaldas a la paciente y en silencio.

15-P.(mirando un cartel con temas médicos que hay fijado en la pared del despacho) he estado mirando un libro que también habla de vitaminas y los elementos<..>huy lo miro más::<..>ayuda muchísimo.

16-M. continúa mirando la radiografía.

17-P. ¿tiene algo ahí?.

18-M. ¿usted no tiene moco purulento?.

19-P.= no, no, no aquí afuera<..>no sé si aquí adentro.

20-M. ¿no se ha dado cuenta si traga moco?.

21-P. no, moco no, pero algo si.

22-M. algo qué!

23-P. cuando trago especialmente cuando me pongo las gotas en la nariz noto que trago algo.

24-M. si es el mismo suero porque como se comunican las fosas nasales (y hace un gesto explicativo).

25-P. y noto que el moco huele mal.

26-M. vale, te voy a enviar al oto-rino(rascándose la cabeza y juntando las palmas de las manos) lo que voy a buscar (la llama por su nombre) es que no tengas una sinusitis<..>un quiste de moco, un poco de moco aquí retenido (y señala el pómulo).

27-P. moco no tengo, lo que es mucosidad.

28-M. (cogiendo las radiografías) pero es<..>¿notas mal gusto por eso?.

29-P. no porque eso me sale por la nariz, yo trago hacia adentro.

30-M.(señalando otra vez los pómulos) es que no la acabo de entender, usted me dijo que cuando tenía moco tenía un olor muy fuerte.

31-P. si del moquito que me sale, si.

32-M. (con los brazos cruzados sobre el pecho)ah, le pasaba antes pero ahora no le pasa(se coloca una mano en la cara, la observa y vuelve al ordenador).

33-P. mucosidad fuerte por la nariz no saco pero cuando me pongo el suero precisamente me lo pongo por eso[carraspea] [carraspea nuevamente más fuerte].

34-M. continúa trabajando en el ordenador.

35-P. a veces tomo un caramelo que me hace tragar hacia adentro.

36-M. sigue en el ordenador, arruga las comisuras labiales, sigue escribiendo.

37-P. permanece inmóvil, tranquila, mirando a la médica.

38-M. (se voltea, mira la paciente y nuevamente le llama por su nombre) la enviaré al especialista, de acuerdo? que vea con los aparatos la parte posterior de la nariz a ver si hay moco o un quiste de retención(le entrega las radiografías a la paciente y unos papeles).

39-P. ¿y esto donde lo hago?(en tono bajo).

40-M. si, en donde pide la cita, ahí mismo (mientras trabaja de nuevo en el ordenador).

41-P.(mirando los papeles) esta no es la de siempre, ¿pero es igual?(refiriéndose a una medicación que viene en la receta) la (nombre de medicamento).

42-M. si, cambia el apellido pero no más.

43-P. supongo que actuará igual.

44-M. ¿le hago para dos meses?(se refiere a las recetas).

45-P. si por favor, porque no tengo sino una pero también se termina.

46-M. (sigue en el ordenador, firma y entrega las recetas, mira su reloj de pulsera [sonríe]) cuídese.

47-P.(coge las recetas, se levanta de la silla para irse) dentro de unos días esto pasará, puede ser el tiempo,¿verdad?(en tono bajo).

48-M.[sonriendo] mhm.

49-P. y he perdido un poco de peso aunque sigo comiendo.

50-M. (mirándola)bueno, contrólese el peso.

51-P. cuando me animo un poco y estoy mejor anímicamente entonces vuelvo a recuperar el peso.

52-(mirándola, se pone las manos en la boca)mhm,mhm.

53-P. ahora peso 48, tampoco es que sea<..>además me encuentro bien, diremos, así un poco de bajón pero yo creo que es el cambio de estación, se acercan las navidades.

54-M. las navidades[sonriendo].

55-P. si, si un tiempo que para las personas que estamos solas es más bien depresivo, antes me gustaban las navidades pero ahora me gustan menos pero bueno, lo sobrellevo. Ah y el yoga va fenomenal!

56-M. ¿ah sí?[sonriendo].

57-P. he cogido una elasticidad! si, es que yo hago de cosas!.

58-M. ah muy bien muy bien[sonriendo]si que puedas decir el tiempo es para mi!.

59-P. ah y la relajación! y la respiración con la relajación! Eso es una maravilla lo disfruto muchísimo! si,si.

60-M. ¿y dónde lo haces por aquí en el barrio?.

61-P. si aquí en el casal no sé si lo conoce.

62-M.(con una mano en la cara)si, he oído hablar.

63-P. y también hago dos días por la mañana yoga y dos días por la tarde cultura general, no, si tengo el tiempo ocupado!.

64-M. muy bien, muy bien[sonriendo].

65-P. y ahora me han dejado un libro que es antiqúis::imo, se llama el abogado popular, me lo dejó una señora, además son cinco libros, este es el primer tomo.

66-M.([sonriendo] y cruzada de brazos) a mí me gusta la lectura también.

67-P. es que es interesantísimo, es del abuelo de una amiga, es decir, tiene unos 100 años, lo leo permanentemente, hasta en el desayuno, estaría todo el día leyendo.

68-M. ([sonriendo] e incorporándose de la silla)eso está muy bien, hay que mantenerse ocupada.

Las dos mujeres se van alejando y siguen conversando sobre el tema a medida que se dirigen a la puerta de salida.

C. Análisis de los discursos.

Ahora utilizando el programa informático ATLAS-Ti se comienza a segmentar el texto y a seleccionar fragmentos (citas) y códigos, como se ve en la Figura 1.

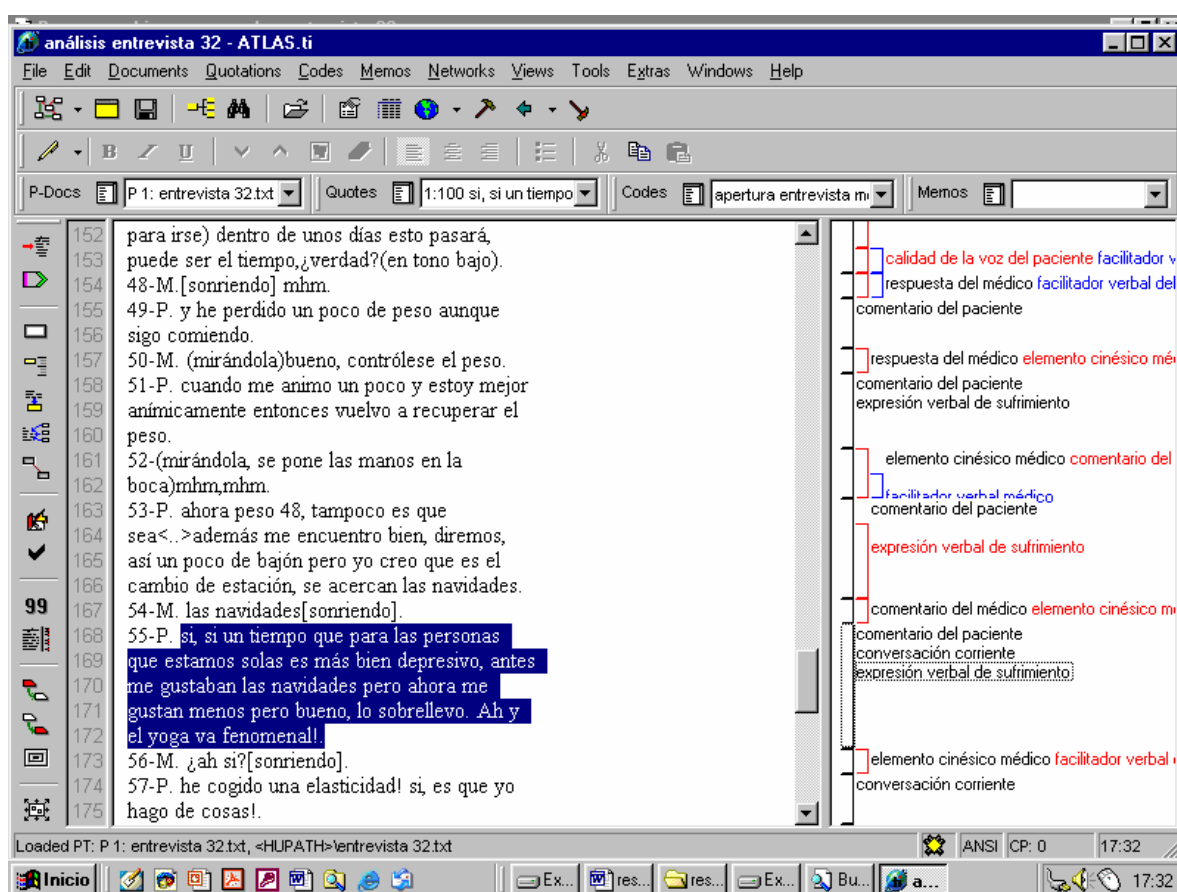


Figura 1. Entrevista 32.

Se aprecia al lado izquierdo la transcripción de la cual se ha resaltado, a manera de ejemplo, una cita, y a la derecha se aprecia su correspondiente código.

Ahora se podrá apreciar en la Figura 2 la lista de los códigos obtenidos para esta entrevista.

The screenshot shows the 'Code Manager' window for 'análisis entrevista 32'. It displays a table with columns for Name, Grounded, Density, Author, Created, and Modified. The code 'expresión verbal de sufrimiento' is highlighted in blue.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
apertura entrevista paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
calidad de la voz del paciente	2	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
cierre entrevista del médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
cierre entrevista del paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
comentario del investigador	3	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
comentario del médico	3	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
comentario del paciente	6	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
conversación corriente	12	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
deíctico del médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
deíctico del paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento cinésico médico	26	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento cinésico paciente	5	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento proxémico del médico	5	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento proxémico del paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
explicación y argumentación médica sobre la enfermedad	3	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	3	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
facilitador verbal del médico	2	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
facilitador verbal del paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
facilitador verbal médico	4	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
motivo de consulta	2	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
pregunta del médico	9	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
pregunta del paciente	5	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
respuesta del médico	9	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
respuesta del paciente	14	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...

Figura 2. Entrevista 32.

Aparece la lista de códigos de esta entrevista, en la que se ha resaltado el código que se utilizó como ejemplo.

Ahora, con estos códigos se van a construir las familias, como se ve en la figura siguiente.

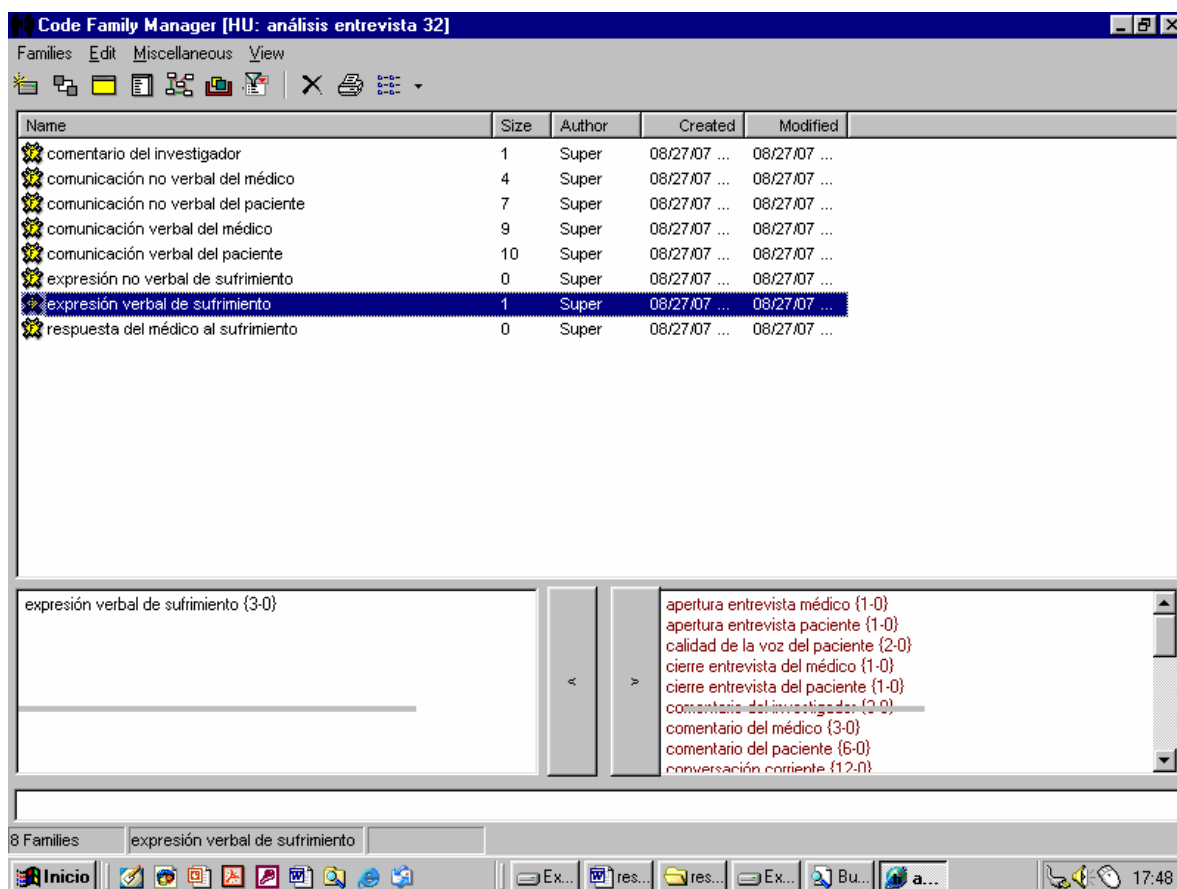


Figura 3. Entrevista 32.

Se aprecia la lista de las familias obtenidas al agrupar códigos, y se ha resaltado una de ellas, para continuar con el ejemplo inicial.

D. Interpretación.

Esta es una curiosa entrevista en que a las dos participantes se les pasa el tiempo comentando un motivo de consulta aparentemente banal y no llegan a ninguna conclusión. Por eso hay un momento en que la médica expresa *“es que no la acabo de entender”*, ante las vacilaciones de la paciente. Finalmente le hace unas recetas y la envía al especialista.

Entonces la paciente inicia el cierre de la entrevista y a partir de ese momento comienza otra entrevista: empieza diciendo *dentro de unos días esto se me pasará*, en que "esto" parece ser la causa de sus males que ella no ha podido definir claramente. Y empieza a exponer lo mal que se sienten las personas solas como ella en esta época de navidades, expresa sentimientos de depresión y de ansiedad que la obligan a estar ocupada todo el día y todos los días, de manera compulsiva. Por ejemplo *"también hago dos días por la mañana yoga y dos días por la tarde cultura general"*; *"cuando me animo un poco y estoy mejor anímicamente vuelvo a recuperar el peso"* ; *"no, si tengo el tiempo ocupado"*. Dice que una amiga le dejó una obra escrita, de cinco tomos, de los cuales está leyendo el primero y *"lo leo hasta en el desayuno, estaría todo el día leyendo"* .

La médica la escucha atenta y respetuosamente, sonriendo, al parecer tranquila ahora sí por conocer el verdadero motivo de consulta. Parece tratarse de una situación de sufrimiento larvado, soterrado, que ha sido expresado fuera de la formalidad de la consulta. Parece que la paciente se encuentra más cómoda y es más comunicativa en el ambiente que le proporciona la conversación corriente. Por eso siguen conversando a medida que se dirigen a la puerta de salida del despacho.

La entrevista dura 11 minutos y 52 segundos, y después de ella hay una conversación corriente de dos minutos 39 segundos, entre las dos participantes.

En resumen:

-¿hay expresiones directas de sufrimiento? No.

-¿percibe la médica esas expresiones? No

-¿las responde? No.

-¿hay cooperación entre los participantes? No.

Entrevista 35

A-Descripción y análisis.

A.1 Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella hay un escritorio, en uno de cuyos extremos se ve un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo y la enfermera de al lado le consulta casos. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes.

A.2.1 La médica tiene unos 35 años y lleva unos tres años en el Centro. Usa bata blanca de manga corta, no usa gafas. Lleva el pelo corto, pantalón negro con blusa negra de manga corta, argolla, pulsera y reloj de correa ancha en la mano izquierda y pendientes pequeños de color rosa.

A.2.2 La paciente es una mujer de unos 40 años, de baja estatura, de pelo corto, no usa gafas, lleva una blusa de varios colores. Al sentarse deja el hombro derecho más alto.

B. Transcripción de la entrevista.

Conversación realizada en castellano.

1-P. buenas tardes doctora.

2-M. hola, dime maja (mientras se saludan de mano).

3-P. (en tono bajo) últimamente me siento con un agobio, me siento cansada, siento que me dan mareos, estoy muy cansada, <..>es que no sé, vengo a ver si me podría hacer un chequeo.

4-M. (deja de trabajar en el ordenador, cruza los brazos sobre el pecho y mira a la paciente) ¿desde cuando se siente así?.

5-P. no sé, desde hace un mes o algo.

6-M. ¿lo atribuyes a alguna cosa (le dice su nombre)? Si ese cansancio lo atribuyes a una cosa, porque has trabajado mucho, no sé, porque descansas mal, no sé (se rasca detrás de la oreja izquierda).

7-P. =si, si pero yo digo que no, por el trabajo no, inclusive por lo que tengo el niño no trabajo, trabajo por horas no más, no suelo tener así un ritmo largo de trabajo por el niño.

8-M. =mhm(asiente con la cabeza) ¿y descansa bien por la noche?.

9-P. si, si, a ver, ha habido meses atrás en que no me daba sueño por la noche pero ahora no, incluso ahora a las 10 de la noche ya se me van cerrando los ojos, así esté en el sofá.

10-M. ¿tienes las reglas abundantes (dice su nombre)?.

11-P. no, no, o sea normal.

12-M. ¿y de ánimos cómo vamos?.

13-P. si, si, ya le digo, de ánimos fatal, huy, ya le digo que de ánimo estoy ahí, eso converso con mi marido, me agobia, tengo un agobio por dentro.

14-M.(con una mano en la cara y el otro brazo cruzado) ¿qué es lo que le agobia?.

15-P. es que

16-M. = no lo sabe.

17-P. no lo sé, problemas siempre he tenido, incluso en (país suramericano), pero no son grandes problemas, incluso cuando mi madre vivía.

Médica y paciente giran la cabeza y buscan con la mirada el ruido y las voces que vienen del despacho vecino que no permiten escuchar bien.

18-P. cansada, cansada, como si viniera de una faena, mhm, como si me hubieran dado

19-M. (vuelve al computador) vale, ¿toma alguna medicación para alguna cosa?.

20-P. no, no suelo tomar nada.

21-M. (mirando la pantalla del ordenador, con una mano en el "ratón" y el otro brazo cruzado sobre el pecho) ¿es la primera vez que le pasan estos síntomas (le dice su nombre)?.

22-P. si, si , es la primera vez.

23-M. (en la misma posición)= ah es la primera vez. Fuma usted?.

24-P. no, no fumo.

25-M. ¿ha fumado alguna vez?

26-P. si, si, antes a ver pero poco.

27-M. (en la misma posición)¿alcohol toma?.

28-P. si::.

29-M. (desde la misma posición) ¿qué cantidad toma?.

30- [sonríe] pero a ver, cuando hay compromiso se toma y cuando no hay pues igual, salimos con mi marido y unas copitas.

31-M. (mira a la paciente, sonríe pero los brazos continúan en igual posición).

32-P. cuando hay compromiso pues si hay que tomar.

33-M. (está escribiendo en el ordenador, deja de hacerlo y mira a la paciente) ¿ha tenido ganas de llorar?.

34-P. si, ganas de llorar siempre tengo.

35-M. (cambia de posición, deja el ordenador, gesticula) digo ganas de llorar este mes en concreto, con este cansancio, mhm, notas que estás más baja de ánimos.

36-P.= ah, este mes, no, no, es que yo soy una llorona empedernida.

37-M. = de carácter.

38-P. de carácter, siempre, incluso veo cualquier novela así se me vienen las lágrimas.

39-M. (vuelve al ordenador) ¿descansas por la noche?

40-P. si::.

41-M. (vuelve al ordenador, luego se agacha a buscar el fonendoscopio, se gira en la silla, se incorpora, mira a la paciente) ¿has perdido peso?

42-P. un poco.

43-M. =que te bailen los pantalones (haciendo el gesto correspondiente con las manos) y cosas así, sin saber de dónde viene.

44-P. no, un poco, a ver, he perdido peso[sonríe] quizá por lo que ahora me llevo al trabajo un bocadillo o no tomo desayuno por la mañana y que me he notado que he perdido un poquito de peso.

45-M. hmh, vale, ¿apetito tienes?

46-P. a veces<..> también (tono bajo de la voz) pero ya le digo que incluso cuando me voy a trabajar tengo con un pan.

47-M. ¿pero es como siempre o ha sido desde este mes?.

48-P. = si, también, si, un poquito que no me llama mucho la atención.

49-M. =que no le llama mucho la atención.

50-M. (le está auscultando el corazón, se siguen oyendo voces del despacho vecino, vuelve a su puesto, se sienta, se rasca la mejilla derecha, escribe en el ordenador y sin cambiar de posición) ¿has tenido estreñimiento en este último mes, vas menos de vientre? (ahora mira a la paciente, se rasca la oreja derecha).

51-P. no, no.

52-M. (trabajando en el ordenador)¿más sueño?

53-P. bueno más sueño si pero el estreñimiento no.

54-M. (sigue en el ordenador, se rasca la oreja derecha, mira la hora en su reloj, vuelve a escribir en el ordenador, sin mirar a la paciente) ¿cuándo fue la fecha de la última regla?(y estira el brazo izquierdo para coger un papel).

55-P. mhm, bueno ahora recién se me está terminando.

56-M. (mientras escribe a mano en un papel) ah, se le está terminando, ah bueno, vale, vale. (sigue escribiendo a mano, firma, pone un sello, saca un adhesivo de un cajón y lo pega en el papel, llena una solicitud, levanta la vista,

mira a la paciente) ¿te pedimos las pruebas de la hepatitis B y C y la del sida?(rascándose la oreja derecha).

57-P. si (y asiente con la cabeza).

58-M.¿sí? (continúa escribiendo a mano), mira (la llama por su nombre) son síntomas muy inespecíficos, este cansancio(agitando los brazos) puede ser desde un poco de falta de hierro, un poco de anemia o alguna falla en el tiroides como puede ser una cosa más bien psicológica, en el sentido de que vamos muy estresados, más preocupados. Yo en el momento (su nombre) te voy a pedir unos análisis para ver que en la cosa orgánica todo esté bien, de acuerdo? y luego cuando nos volvamos a ver valoraremos por qué lado por dónde vamos, de acuerdo? en una segunda entrevista, vale? con esto vas al mostrador(le entrega las solicitudes correspondientes) que te den día y hora para pincharte y te den hora para venirme a ver. Vale guapa?(se despide de mano, sonrío).

59-P. (coge los papeles, se levanta de la silla) gracias, adiós.

60-M. ¿le puedes avisar a (el nombre del paciente que sigue en la lista de visitas) si es tan amable?, si no está salgo yo (se rasca la oreja derecha).

C. Análisis de los discursos.

Ahora se utilizará el programa informático ATLAS-Ti, inicialmente para definir las citas y asignarles el código correspondiente, como se ve en la figura siguiente.

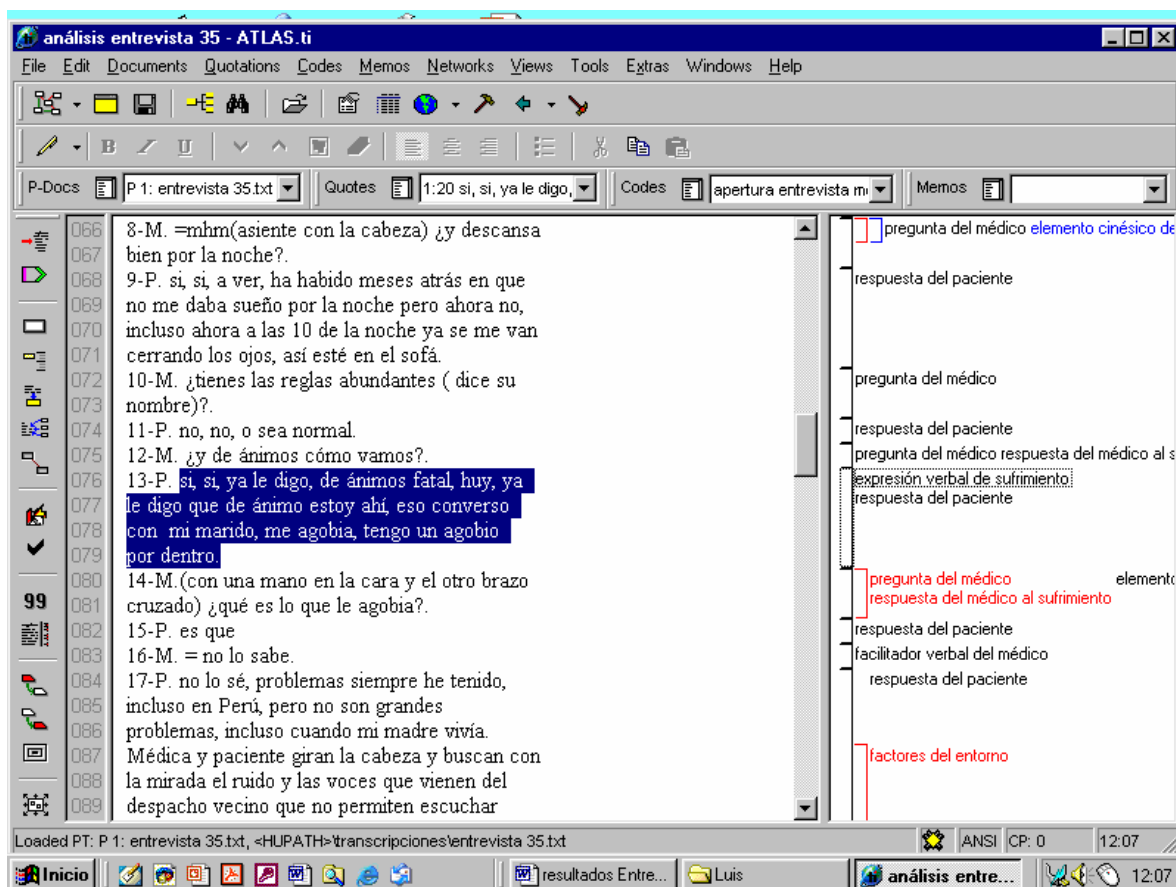


Figura 1. Entrevista 35.

Se aprecia resaltado un segmento de la transcripción, a manera de ejemplo, y su correspondiente código a la derecha.

Ahora veremos, para mayor claridad, solamente la lista de los códigos obtenidos.

The screenshot shows the 'Code Manager' window for 'análisis entrevista 35'. It contains a table with the following data:

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
apertura entrevista paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
calidad de la voz del paciente	2	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
cierre de la entrevista del médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
cierre de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
contacto táctil del médico con el paciente	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento cinésico del médico	26	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento cinésico del paciente	4	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
elemento proxémico del médico	4	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
estimulador verbal del médico	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
explicación y argumentación sobre la enfermedad	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
expresión verbal de sufrimiento	4	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
facilitador verbal del médico	6	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
factores del entorno	2	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
motivo de consulta	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
observación del investigador	1	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
pregunta del médico	24	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
respuesta del médico al sufrimiento	4	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...
respuesta del paciente	26	0	Super	08/27/07 ...	08/27/07 ...

The interface also shows a taskbar with the following open applications: 'Inicio', 'resultados Entre...', 'Luis', and 'análisis entre...'. The system clock shows 12:20.

Figura 2. Entrevista 35.

Se ve la lista de códigos, donde aparece seleccionado el ejemplo que se había elegido.

Como se ha dicho, los diferentes códigos se van agrupando, a criterio del investigador, para construir familias. Esa es la lista que aparece en la figura siguiente.

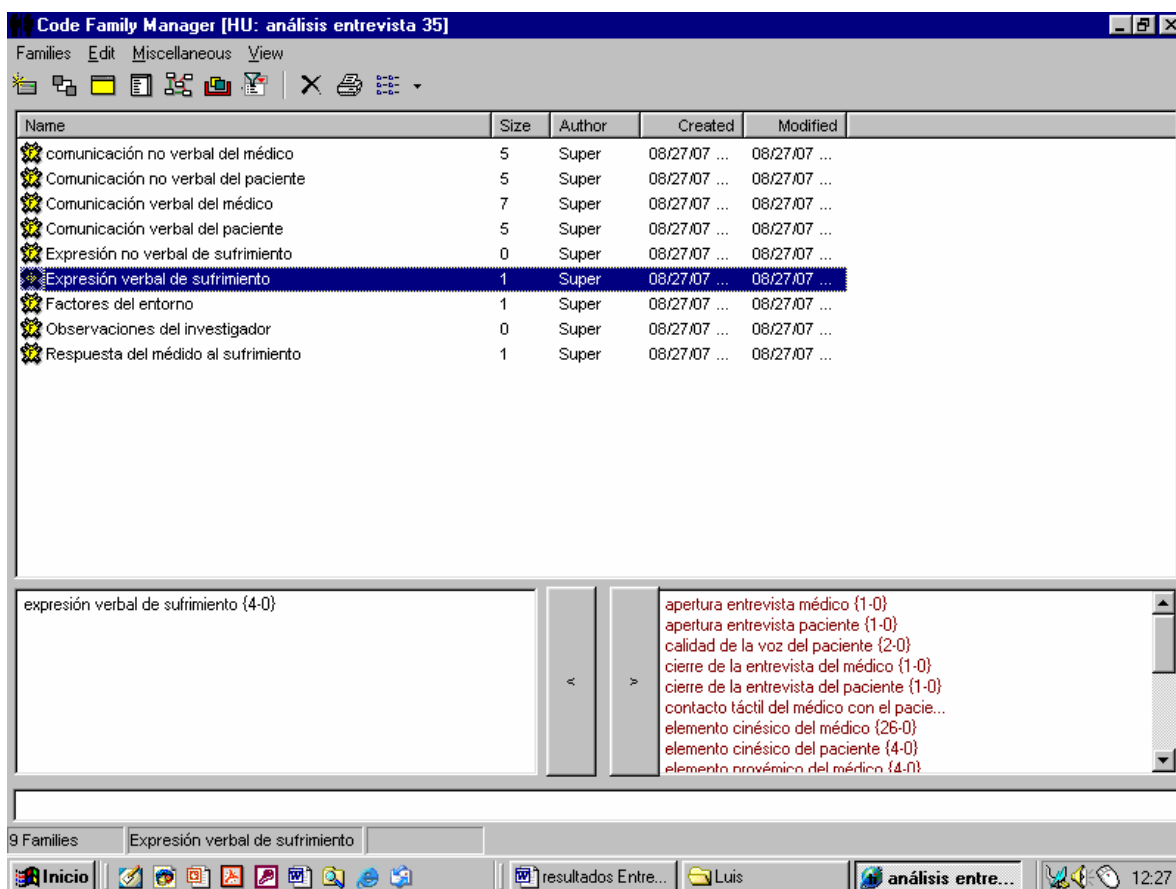


Figura 3. Entrevista 35.

Aquí está la lista de familias obtenida al agrupar códigos. Se resalta la familia que tiene relación con el ejemplo elegido desde el principio. La lista de códigos aparece abajo a la derecha, de donde se van trasladando a la columna de la izquierda.

D. Interpretación.

En esta entrevista las manifestaciones de sufrimiento se expresan de una forma pausada, con un tono de la voz bajo, sin mayores gestos violentos o palabras de gran significado. Posiblemente influya el temperamento de la paciente y elementos culturales. No logra expresar claramente el posible motivo de ese agobio pero si expresa que le preocupa tanto, como para ser de entrada el motivo de consulta: " *me siento con un agobio, me siento cansada* ", " *de ánimos fatal, huy ya le digo que de ánimo estoy ahí*", " *tengo un agobio por dentro*".

La médica trata de establecer la causa: le pregunta por el apetito, el sueño, la menstruación, el trabajo, antecedentes personales, medicamentos, etc. Llama la atención la respuesta a la pregunta sobre ingesta de alcohol, se podría pensar en un ligero abuso, pues cuando hay invitaciones bebe, y cuando no las hay sale con su marido y también bebe. Además, sonríe cuando comenta estos aspectos y responde "si::", alargando la última letra.

La médica, aunque escucha con atención, con frecuencia adopta una posición paradójica de permanecer con los brazos cruzados sobre el pecho ("posición cerrada"). Y utiliza adaptadores en varias oportunidades: rascarse la oreja, mirar el reloj, agitar los brazos. Pero tiene respeto por la autonomía de la paciente cuando le pide su autorización para hacerle pruebas especiales, como las de hepatitis y sida, aprovechando que le van a extraer sangre. No se aventura a hacer un diagnóstico, pero le adelanta varias posibilidades, sin alarmarla, y le dice que ya hablarán cuando estén los resultados de los exámenes, pero le menciona que *"puede ser una cosa más bien psicológica, en el sentido de que vamos más estresados, muy preocupados"*.

El ritmo de la consulta es lento, pausado, sin sobresaltos, sin momentos de mayor intensidad. Parece tratarse de la expresión de un sufrimiento con un componente más de melancolía. Su duración es de 7 minutos y 33 segundos.

En resumen:

- ¿hay expresiones directas de sufrimiento? No
- ¿percibe la médica esas expresiones? No
- ¿las responde? No
- ¿hay cooperación de los participantes? No.

Entrevista 37

A-Descripción y análisis.

A.1 Descripción del escenario

Es el despacho más pequeño del ambulatorio y está diseñado al revés de los demás, por lo que el paciente cuando ingresa tiene que pasar primero por el cuarto de exploración y al fondo encuentra la pequeña sala de entrevista. En ella se encuentra un escritorio, en uno de cuyos extremos hay un ordenador y una impresora que no obstaculizan la línea de visión de los participantes. Hay un tensiómetro de pared, una lámina con temas de salud y una ventana que da a un patio. Llegan frecuentemente voces y risas del despacho vecino, pasan compañeros de trabajo, y la enfermera del despacho contiguo le consulta casos de pacientes que ella está atendiendo. El único sitio donde se pudo colocar la cámara de video permite ver la médica de frente pero el paciente queda de espaldas y un poco de perfil. Esto último limita la percepción de los aspectos no verbales, especialmente faciales del paciente, pero aporta bastante sobre esos mismos aspectos de la médica.

A.2 Descripción de los participantes.

A.2.1 La médica tiene unos 35 años y lleva unos tres años en el Centro. Usa bata blanca de manga corta, no usa gafas. Lleva el pelo corto, pantalón negro con blusa negra de manga corta, argolla, pulsera y reloj de correa negra ancha en la mano izquierda y pendientes pequeños de color rosa.

A.2.2 El paciente es un hombre de unos 40 años, de estatura y contextura medianas, no lleva barba ni bigote ni gafas, de piel más bien morena, usa el pelo corto, reloj en el puño izquierdo, viste vaqueros y una camisa negra con rayas blancas delgadas.

B. Transcripción sistemática y literal de la entrevista realizada en castellano.

M (médico); P (paciente).

1-M. Hola (mirándolo a la cara, se saludan de mano).

2-P. Buenas tardes.

3-M. (quitándose el fonendoscopio del cuello) te pedí que vinieras hoy para que habláramos un poco de tu problema de alcohol y que me contaras qué ha pasado hasta entonces (con los dedos de las manos entrelazados y una ligera sonrisa).

4- P.(encogiéndose de hombros) es un problema de regulación(mueve los brazos).

5-M. ¿dónde te (no se entiende por ruido del despacho vecino).

6-P.(no se entiende por el ruido) yo tenía problemas con el alcohol porque bebía mucho(parece que describe el sitio donde lo han atendido para esto).

7-M. mhm.

8-P. amanecía con mucha ansiedad.

9-M. mucha ansiedad.

10-P. no podía salir ni quería salir<..>entonces dije voy a dejarlo().

11-M. es que tiene una dependencia muy grande.

12-P. pero ahora los problemas, no encuentro trabajo.

13-M. (con los brazos apoyados en la mesa y los dedos entrecruzados)es que cuesta mucho dejarlo <..>lo importante es concienciarse de querer dejarlo (aprieta los labios).

14-P. ya, lo que pasa es que fui allí.

15-M.= que tenían seis meses de lista de espera.

16-P. si, ya, fui dos veces.

17-M.= ¿cuándo fuiste?.

18-ahora mismo hará cuatro años que

19-M.= que no has ido(frunciendo el ceño).

20-() fui una vez a la segunda vez me dijeron bueno, vale, pero hay mucha gente y si no lo vas a hacer y vas a volver a beber pues::

21-M. =¿y cuándo fue esta fecha?.

22-P. yo no puedo decir cuando fue.

23-M. ¿pero fue hace más o menos un mes o hace un año?.

24-no, hace cuatro años, esta es la segunda vez que ya me cogieron.

25-M. vale.

26-P. entonces esta vez cuando he ido me han dicho que tienen una lista de espera, si tú ya has recaído apuntar te vas a apuntar pero claro como estamos en la lista normal no vamos a poner como la otra vez que te pusimos preferente.

27-M. esta es la segunda vez(con la cara apoyada sobre la mano izquierda).

28-P. hace cinco meses o así.

29-M. (con los brazos entrecruzados sobre el pecho) ¿hace cinco meses y aún no te han llamado?.

30-no, es que no me apunté(se remueve en la silla).

31-M. ¿no te apuntaste?.

32-P. no, es que me dijo que eran cinco meses y yo digo es que de aquí a seis meses(frunce los hombros) y el otro día dejé de beber, me iba a empezar el temblor y yo digo no bebo no bebo y ya hasta ahora(frunce los hombros con frecuencia y mueve mucho las manos) sin pastillas y sin nada<..>¿cuánto llevo? me está costando! cada día mejor ya no estoy así así que parecía un viejo() las tres primeras semanas fueron chungas bueno los tres primeros días era que no podía ni comer no me atrevía ni siquiera a coger la cuchara.

33-M.(con un brazo sobre la mesa y con el otro se dispone a escribir) ¿cuánto bebes habitualmente un día normal?.

34-P.= ¿cuánto bebía?.

35-M. ¿cuánto bebías?.

36-P.<.....>10 cervezas un par de () mucho mucho demasiado (moviendo los hombros y la cabeza).

37-M. ¿y habías tenido problemas con el alcohol<..> problemas relacionados con el alcohol problemas personales o familiares.

38-P.(asiente con la cabeza) bueno se murió mi madre cuando comencé a beber eso fue hace ya antes bebía() cuando se murió mi madre comencé a beber más tampoco es una excusa() es cuestión no sé, de que se me ponen las manos y lo intenté dejar y al final volví otra vez() espero que esta sea la última vez porque si no()no le voy a poner remedio a eso(sacudiendo la cabeza hacia los lados).

39-M.¿cuánto llevas sin beber?.

40-P. ya llevo sin beber 21 días.

41-M.=21 días (aprieta los labios).

42-P.(no se entiende por tanto ruido del despacho contiguo)ahora estoy bien, a ver, si me mira un poquito no pero era que antes estaba hace unas semanas () iba al lavabo y me daba dolor de barriga se me iban engarrotando los nervios los brazos(muestra las manos) me despertaba cada hora y media cada dos horas con unos sueños <..> ahora estoy un poco mejor.

43-M. ¿insomnio tienes?.

44-P. me despierto cada dos horas supongo que es la ansiedad.

45-M.¿ahora no tomas nada o () cerveza?.

46-P. nada (enfatisa con la cabeza).

47-M. nada.

48-P. nada ahora desde hace 21 días no tomo nada de nada he vomitado todo el día yo pensé que no iba a vomitar y sin pastillas ni nada.

49-M.¿tienes a alguien que te apoye?.

50-P.() me está apoyando la () de mi padre tiene 34 años me está apoyando joder me está aguantando(mueve la cabeza para todos los lados).

51-M. ¿vives solo?.

52-P. no, estoy con mi padre<..> ()él está ahí cuando me falta algo<..>él está ahí(mueve la cabeza y los brazos) y no falla() tampoco es que me ayude mucho pero está ahí().

53-M. ¿tomas las comidas a las horas?.

54-P. estoy comiendo algo(vuelve el ruido del despacho vecino que no permite entender nada) me dolía antes me daba por vomitar tomaba agua ahora estoy comiendo()antes era un pajarillo cogía la cuchara y era darle vuelta y vuelta.

55-M. mhm mhm (se rasca la cabeza).

56-P. ahora como y ceno de desayuno ahora tomo un café tampoco soy muy cafetero.

57-M. vale (le dice su nombre) entremos en el tema de las intoxicaciones y desintoxicaciones()alcohólicas o de lo que sea vale? porque tienen listas de espera muy largas vale? mhm si que es cierto que de gente que enviamos allí estamos más convencidos nosotros que el propio paciente y los borran [sonríe] vale? pero sabe mal que una persona que realmente quiere hacerlo no tengan no tengan hueco para que lo atiendan de todas maneras (vuelven los ruidos) esto se hace cinco y seis veces () (le dice por su nombre) ves de nuevo (vuelve a decirle su nombre) yo te pido unos exámenes para ver cómo estás de todo(mira al sitio de donde provienen los ruidos) y mientras tanto ves al (sitio de desintoxicación) a apuntarte de nuevo vale? e::: (sacude la cabeza y las manos) es una <..>cuesta mucho dejar el alcohol.

58-P. el tabaco() se deja lo mismo() fui allí e hice lo mismo me van a decir ya te conocemos me dijeron() si tengo que volver allí prefiero dejarlo yo solo(agitando la cabeza y los brazos) intentarlo() (se echa para atrás, se revuelve en la silla, se aprecia agitado) drogado no quiero estar.

59-M. (mirándolo fijamente) no quieres medicación.

60-P. si me tiene que dar algo yo eso ya lo he pasado(se nota muy agitado) para la ansiedad que yo tenía eso ya me lo he comido.

61-M. (lo llama por su nombre)

62-P.= no quiero atiborrarme de pastillas usted me dio y estuve comiendo un montón de pastillas de (nombre del medicamento).

63-M. pero(le llama por su nombre)si, una semana.

64-P. no quiero pastillas porque luego las dejo y pasa lo que pasa y entonces yo prefiero dejarlo así sin pastillas y sin nada.

65-M. ¿qué pasó cuando las dejaste?.

66-P. pues pues que tenía ganas de pastillas! (se nota muy agitado, se mueve para un lado y para otro en la silla) <..>.

67-M. ¿las estuviste tomando sólo una semana?.

68-P. no sé no me acuerdo() es que para ir allí me las tomo yo, si yo tengo todos los papeles, me tomo un (nombre del medicamento) cuando esté nervioso y ya, lo único es la receta, unas pastillas que me dio para dormir me la pongo debajo de la lengua y esas siempre iban bien, dormía cuatro o cinco horas, ahora me despierto a las dos o tres horas pero lo otro es que ya lo tengo, es que ya le digo, es que ya van dos veces y ya sé qué es lo que es, para que voy a ir allí si están super-saturados!.

69-M. =¿y no te veía ningún psicólogo ni nada(lo llama por su nombre)? Porque no sólo es la medicación porque para eso lo hago yo también, me entiendes? a ver.

70-P. hombre, claro.

71-M. es que el problema del alcohol es un problema muy complejo(cogiéndose el cabello) primero la fase más importante, que es dejar el alcohol, pero luego es evitar las recaídas que eso es muy importante.

72-P.= que es lo que me ha pasado a mi.

73-M. exactamente y entonces hay una ayuda psicológica y luego una ayuda de reinserción que esto es lo más importante, bueno no más importante, es importante(moviendo los brazos).

74-P. pues había pasado mucho tiempo no me había visto ningún psicólogo luego vino una mujer, me hizo un test psicológico, me hizo una preguntas, si esto es un psicólogo yo no lo sé, si era una doctora, porque a veces me veía uno, no sé si era el psicólogo (sonríe y la médica le corresponde la sonrisa).

75-M. escribiendo a mano.

76-P. supongo que era el psicólogo que allí que allí te llevan bien controlado pero lo que pasa es que eso de estar pidiendo en el trabajo, me parece saltan bastante el horario, pero es que tienen mucha gente y si yo me pongo a trabajar en lo que sea yo no puedo ir.

77-M.= ¿estás trabajando ahora?(levantando la vista del papel).

78-no, ahora mismo no, estoy de baja por lo de la mano(y le muestra alguna lesión en su mano derecha).

79-M. ah (y sigue escribiendo).

80-P. y el día ocho tengo que ir a () que llevo tres meses sin cobrar (la médica sigue escribiendo) aún tengo más nervios::.

81-M. deja de escribir, lo mira fijamente cruzada de brazos (el ruido no deja entender lo que dice) déjame que te explore un momento. Cuando vuelven de la exploración la médica se sienta nuevamente, trabaja en el ordenador, se pasa la mano por la cabeza.

82-P. si vas al (sitio de desintoxicación)() te hacen exámenes() si no puedes ir te echan la bronca() no puedes decirlo en el trabajo<..>bueno si puedes decirlo pero...

83-M.(lo ha estado mirando y escuchando)a ver (su nombre) yo te entiendo, pero lo primero es aceptar que uno tiene un problema (mientras revisa la impresora).

84-P. si, yo lo sé, he ido dos veces allí (no se entiende por el ruido)fue la primera vez que fui, hace mucho tiempo() no me pusieron problema() ellos saben que (está más tranquilo, se mueve poco en la silla) () le echan a uno la bronca y uno bastante tiene()como para()que tengo que ir al médico dejando un problema que yo entiendo() que si hace falta ir() yo no he podido avisar que no voy a poder ir () pero no voy a avisar al mismo tiempo, a la misma hora.

85-M. abre la boca para decir algo pero el paciente no para de hablar.

86-P.() cuando estuve allí estaba trabajando de paleta().

87-M. (lo llama por su nombre)es un tema muy complicado, vale? aquí te vamos a ayudar, lo que pasa es que donde te va a ir mejor es en el (sitio de desintoxicación), que te dicen que llámame antes pues vale (el paciente comienza a estar nuevamente agitado pero menos que antes), no te lo tomes tan a pecho, no pasa nada, el gran problema del alcohol es la recaída, es la recaída, explicas esto a un poco de pacientes y a todos les pasa lo mismo y ellos lo saben() yo te voy a hacer unos análisis y una ecografía para ver cómo

estas, ¿de acuerdo? el tratamiento que lo estás haciendo tú solo que es la abstinencia total.

88-P. ya ya.

89-M. los libros dicen que se dan dosis altas de ansiolíticos para evitar un nuevo brote de de

90-P. = para evitar la recaída.

91-M. exactamente, no lo quieres hacer, prefieres aguantarlo tú solo.

92-P. pero si no voy a empezar otra vez con pastillas 3-2-3 no, son muchas pastillas.

93-M. = (su nombre) tienes que

94-P. no no .

95-M. bueno, yo estoy aquí, cualquier cosa que te pase me avisas, ¿de acuerdo?.

96-P. bueno yo() usted me dice().

97-M. yo te pido estas dos cosas, tienes que ir al mostrador para que te den día y hora, ¿de acuerdo? ah::si un día estás muy nervioso o agitado me vienes a ver, vale? yo tengo jornada reducida por los niños, de acuerdo?, y no trabajo cada día, de acuerdo? ¿necesitas algo para dormir?.

98-P. hombre si() lo demás lo tengo controlado.

99-M. ¿tienes (nombre del medicamento) en casa? tómame uno por la noche (mirándolo fijamente) es de los ansiolíticos que cuesta más<..> eh::menos dejarlo, tómame uno para dormir.

100-P. yo por este ojo veo borroso (señala el izquierdo).

101-M. ¿desde cuándo?.

102-P. (alza los hombros) yo que sé! con este veo bien(señala el derecho) pero con este.

103-M. = de lejos es borroso.

104-P. de lejos y de cerca, de cerca menos, el otro día hice así(se tapa el ojo derecho) y dije huy!.

105-M. ¿y te duele?.

106-P. no, no me duele, aparte en la Mutua ya me dijeron que tenía no sé cuánto me dijeron.

107-M. de miopía.

108-P. si.

109-M. ¿quieres que te envíe al optometrista? le hace la solicitud correspondiente(se la entrega) cuando tengas los análisis me puedes venir a ver, esto en el mostrador te lo dirán, (lo llama por su nombre) si tú ves que estás muy nervioso o lo que sea.

110-P. bueno yo voy a estar viniendo.

111-M. no, yo te veo en 10 días con los análisis, ¿de acuerdo?.

112-P la mano va un poco mejor pero mira esta parte(le muestra la mano derecha) me da un pinchazo:.() no sé lo que pasa es que ()tengo que ir al traumatólogo.

113-M.¿para cuándo te dieron cita con él?

114-P. para el día ocho de enero (estamos a 26 de noviembre).

115-M. ¿de enero?

116-P. eso les dije yo, es mucho tiempo.

117-M. cuando nos veamos tráeme el informe.

118-P. vale.

119-M. (se despide de mano) bueno majo.

120-P. gracias, hasta luego.

C. Análisis de los discursos

En la figura 1 se puede observar un fragmento de la entrevista transcrita, que muestra el proceso de segmentación y codificación realizado mediante el soporte del programa ATLAS-Ti Versión 5.0, de acuerdo a lo descrito en el aparte de metodología.

Por ejemplo, si se selecciona el fragmento que aparece resaltado, el programa lo guarda como una *cita*. Luego a esa cita se le asigna un *código* (“un nombre”): en este caso se decidió que fuera “expresión verbal del sufrimiento”. Así sucesivamente se trabaja todo el texto de la entrevista, seleccionando a criterio del investigador tanto las citas como los códigos.

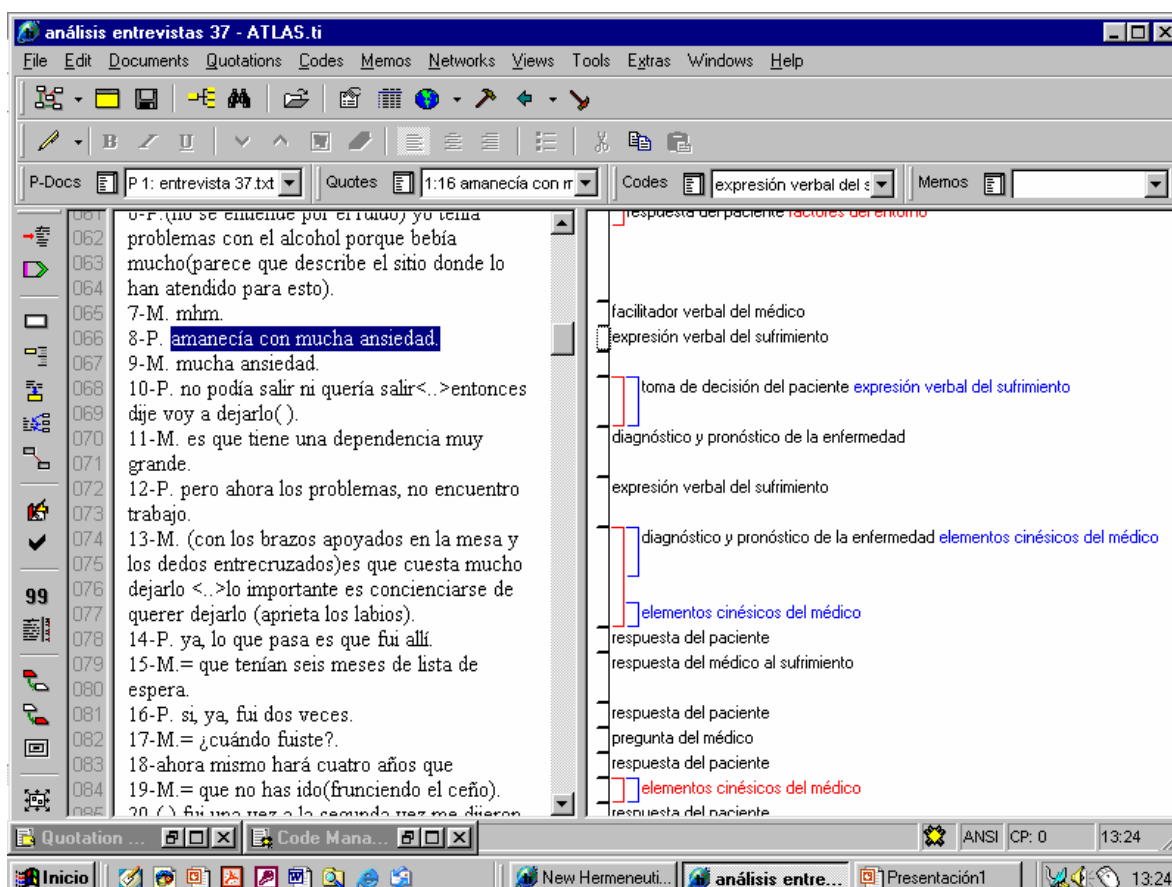


Figura 1. Entrevista 37.

En la columna de la izquierda aparece la selección de las citas y en la derecha la selección de los códigos .

Al terminar esta parte del proceso se tiene una lista de códigos que, como se ha dicho en páginas anteriores, constituye una primera reducción del texto. En la figura 2 se presenta la lista de códigos que finalmente se obtuvieron.

Name	Grounded	Density	Author	Created	Modified
apertura entrevista médico	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
apertura entrevista paciente	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
cierre de la entrevista del médico	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
cierre de la entrevista del paciente	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
comentario del investigador	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
deíctico del paciente	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
diagnóstico y pronóstico de la enfermedad	16	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
elementos cinésicos del médico	27	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
elementos cinésicos del paciente	25	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
elementos proxémicos del médico	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
explicación de posología	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
explicación del uso del medicamento	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
expresión no verbal de sufrimiento	10	0	Super	08/23/07 ...	08/23/07 ...
expresión verbal del sufrimiento	13	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
facilitador verbal del médico	9	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
facilitador verbal del paciente	2	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
factores del entorno	7	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
motivo de consulta	3	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
pregunta del médico	28	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
pregunta del paciente	1	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
repetición del paciente	2	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
respuesta del paciente	42	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...
respuesta no verbal del médico al sufrimiento	1	0	Super	08/23/07 ...	08/23/07 ...
respuesta verbal del médico al sufrimiento	7	0	Super	08/13/07 ...	08/23/07 ...
toma de decisión del paciente	12	0	Super	08/13/07 ...	08/13/07 ...

Figura 2.
Lista de códigos de la entrevista 37.

Ahora los códigos agrupados forman *familias*, que constituye una segunda reducción del texto inicial de la transcripción de la entrevista. Estas citas, códigos y familias se han ido conformando siguiendo un criterio mixto: por un lado, utilizando los conceptos anotados tanto en el marco teórico como en el metodológico, y por otro lado, utilizando el material que *emerge* del mismo proceso que se está realizando. Es decir, no hay un marco rígido sino que está abierto a las novedades que va brindando el proceso.

Pero esta actividad no ha sido lineal: varias veces fue necesario cambiar los códigos, a veces se confundían éstos con familias, en ocasiones se tenía de

todos ellos una lista muy larga y era conveniente reducirla, o lo contrario, quedaba corta su elaboración. Esto confirma una vez más el carácter “reflexivo y circular” de la investigación cualitativa.

Al finalizar esta parte se encontró que la transcripción de la entrevista video-grabada había quedado reducida a seis familias que aparecen en la figura 3. En la parte inferior derecha aparece la lista de códigos que se van extrayendo, a criterio del investigador, para conformar la familia cuyo nombre aparece a la izquierda. Se ha resaltado, como ejemplo, la familia denominada “expresión del sufrimiento”, en la que se encuentran 13 expresiones verbales de sufrimiento por parte del paciente.

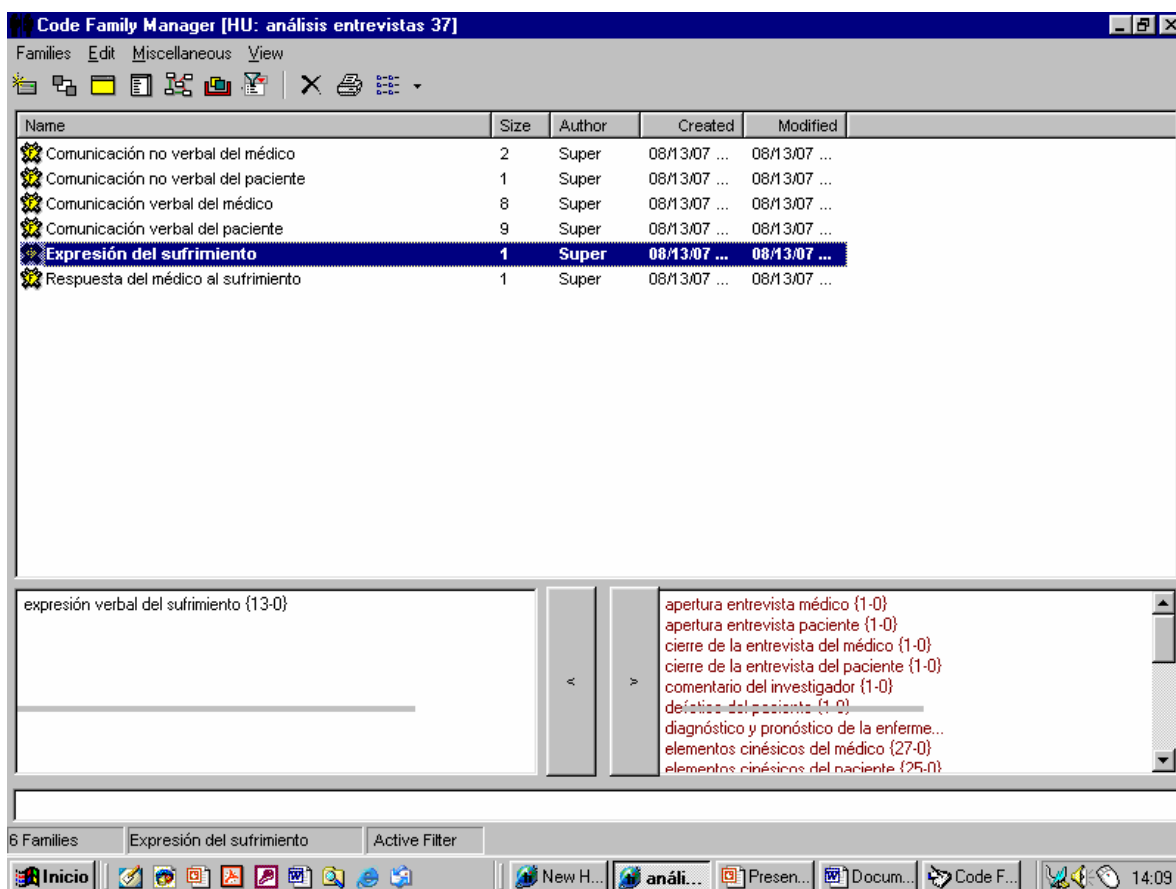


Figura 3.
Lista de las familias de la entrevista 37.

Esta forma de tratar el texto permite dar respuestas, afirmativas o negativas, a las preguntas e inquietudes que fueron planteadas cuando se comenzó a elaborar este trabajo. Como se partió de la base de que en este trabajo se

tienen en cuenta los conceptos y enfoques de diversas disciplinas, esta forma de trabajar permite reconocer, no sólo los aspectos de salud, sino los elementos de la comunicación, la lingüística, y la metodología de la investigación, entre otros.

Se pueden analizar ahora las familias conformadas de esta manera.

- Comunicación verbal del médico

En este apartado se puede considerar la apertura y el cierre de la entrevista por parte del médico, porque constituye un elemento esencial para determinar el grado de simetría o asimetría que va a tener-o tuvo la entrevista; quien y cómo inicia y termina la entrevista; el grado de empatía del médico y de colaboración del paciente; las expectativas del paciente y su actitud al final de la entrevista.

Los códigos de diagnóstico, pronóstico, posología y uso del medicamento dejarán ver si en verdad la labor del médico, desde el punto de vista de la conversación, está dedicada especialmente a explicar y argumentar. Los códigos de pregunta remiten al esquema pregunta-respuesta que se mencionan en la conversación institucional. El hecho de encontrar un facilitador sugiere que el médico estimula al paciente para que exprese sus quejas. Y finalmente la respuesta del médico a las manifestaciones, verbales o no, del sufrimiento del paciente permiten ver en qué medida el profesional ha sido empático durante el encuentro, que ha sido la principal preocupación al elaborar este trabajo.

- Comunicación no verbal del médico

Para constituir esta familia se cuenta con los códigos anotados como elementos cinésicos y elementos proxémicos del médico. Los primeros se refieren a conducta táctil como saludarse de mano; movimientos como quitarse el fonendoscopio del cuello; la sonrisa; la postura de las manos y los brazos; apretar los labios; fruncir el ceño. Entre los elementos proxémicos codificados se destacan los desplazamientos en el espacio como *"cuando vuelven de la exploración"*, *"se sienta al ordenador"*(relación con los objetos). En ocasiones

un gesto, postura o manera puede ser codificado tanto como cinésico como proxémico.

- Comunicación no verbal del paciente

Aquí también se consideran los elementos cinésicos y proxémicos. Entre los primeros se han seleccionado expresiones como encogerse de hombros, mover las manos, revolverse en la silla, y otros que aparecen en la lista. Entre los proxémicos mencionamos expresiones como *“revolverse en la silla”*, se echa para atrás, y otros. Aquí también hay que mencionar la doble codificación de un mismo elemento.

- Comunicación verbal del paciente

Esta familia incluye situaciones como la apertura de la entrevista con el saludo del paciente; sus motivos de consulta; las respuestas a las preguntas del médico; las expresiones de sufrimiento (que también aparecerá como una familia aparte); las decisiones que ha tomado el propio paciente en relación a su enfermedad y su tratamiento; sus críticas al sistema de salud como *“tenían una lista de espera de seis meses”*; la descripción detallada de sus síntomas y la narración de los pasos que ha dado para afrontar su enfermedad; y finalmente la despedida.

- Expresión de sufrimiento del paciente

Esta familia se ha constituido para responder una de las mayores inquietudes de este trabajo. Se pueden considerar elementos tanto verbales como no verbales, recordando los criterios de inclusión del contenido de la entrevista, para ser seleccionada para su transcripción y, a partir de aquí, completar el resto del proceso que se está comentando. En ocasiones una expresión de sufrimiento también puede ser codificada como “respuesta del paciente”, o elemento cinésico o proxémico. Expresiones como *“amanecía con mucha ansiedad”*; *“no podía salir ni quería salir”*; *“pero ahora los problemas: no encuentro trabajo”*. Y una muy dramática: *“lo intenté dejar y al final volví otra*

vez()espero que esta sea la última vez porque si no() no le voy a poner remedio a eso". Y entre las no verbales destacar "frunce los hombros con frecuencia y mueve mucho las manos", " se remueve en la silla". Pero especialmente mencionar el tono emocional con que describe todo el proceso actual de dejar el alcohol sin ayuda profesional, el apoyo que significa su padre, y el dolor que le significa tomar las decisiones acerca de luchar contra su adicción.

- Respuesta del médico al sufrimiento del paciente

Una vez que los dos actores se han comunicado y el paciente ha expresado de diversas formas su sufrimiento, viene la parte final y crucial del trabajo: ¿capta el médico estas expresiones?, ¿cómo las interpreta?, ¿les da respuesta?, ¿qué clase de respuesta?.

En esta entrevista aparentemente no hay un primer motivo de consulta claro por parte del paciente, porque ha sido la médica quien lo ha citado. Después de saludarlo de mano le dice "te pedí que vinieras hoy para que habláramos un poco de tu problema de alcohol y me contaras qué ha pasado desde entonces", con lo cual demuestra su interés por el problema del paciente porque sabe lo complejo del caso. Luego demuestra estar informada de la dificultad que ha tenido por la larga lista de espera. Y continúa cuando le dice "bueno, yo estoy aquí, cualquier cosa que te pase me avisas, ¿de acuerdo?"; " ah::si un día estás muy nervioso o agitado me vienes a ver"; "¿quieres que te envíe al optometrista?". Y una respuesta no verbal al sufrimiento del paciente puede considerarse la sonrisa de la médica como respuesta a un comentario del paciente.

Pero la mejor respuesta del médico ha sido la atenta escucha; el respeto con que acepta las decisiones que él ha tomado en ejercicio de su autonomía; la confianza que le brinda hasta el punto que el paciente le expresa un segundo y luego un tercer motivo de consulta, diferentes de su problema de alcohol.

Es llamativo el grado de comunicación que logran los dos participantes, dada la cantidad y frecuencia con que aparecen factores del entorno (ruidos de los despachos vecinos), que podrían entorpecerla.

D. Interpretación

Esta es seguramente la entrevista más larga, más compleja y más intensa de las analizadas. Tiene una duración de 19 minutos y 36 segundos.

Desde ahora vale la pena destacar: la actitud respetuosa y de atenta escucha por parte de la profesional, cuando el paciente expresa sus sentimientos, ideas y decisiones respecto de su enfermedad; el carácter de verdadera negociación a que acude la médica ante la actitud clara y casi agresiva del paciente, en relación al tratamiento. Incluso llega un momento en que la médica debe cambiar la pregunta: "*¿cuánto bebes habitualmente un día normal?*", porque el paciente le aclara: "*¿cuánto bebía?*" en alusión repetida a que está en abstinencia, y entonces la médica corrige: "*¿cuánto bebías?*" (aunque también podría tratarse de una pregunta-trampa de la médica para confirmar la mencionada abstinencia). Destacar también el interés de la médica al tomar la iniciativa para el encuentro y saber cómo van las cosas. Explora aspectos puramente médicos pero también nutricionales, sociales, laborales y emocionales del problema. Está aparentemente tranquila cuando la entrevista llega a su clímax, porque el paciente está muy ansioso y rechaza la ayuda del centro de desintoxicación, la psicología y la medicación, pues no quiere cambiar una adicción (el alcohol) por otra ("las pastillas"). Cuando el paciente se calma, para ganar confianza, le acepta su decisión de no recibir tratamiento y lo refuerza al proponerle la exploración, que aporta otros elementos de comunicación como el contacto táctil. Cuando el paciente está tranquilo llega a sonreír y la médica le responde la sonrisa, como un gesto de "complicidad".

A pesar de la negativa del paciente a recibir tratamiento, la médica le ofrece su ayuda, y la de otros profesionales, para cuando él lo juzgue conveniente.

Por parte del paciente es importante destacar cómo describe el sufrimiento por la adicción y por el esfuerzo de dejarla por su propia cuenta; la claridad con que expone sus decisiones y las respalda, acudiendo a la autonomía que tiene como

persona, aunque evidentemente está “enfermo”; la responsabilidad que asume respecto de su propia salud, pues la médica le ha explicado lo complejo de la situación, el peligro de la recaída y la necesidad de recibir un tratamiento que incluye varios aspectos. Pero se muestra muy orgulloso del esfuerzo que está haciendo y de sus resultados hasta el momento, cuando dice que lleva 21 días sin beber, aunque agrega que le está costando.

Pero llega un momento en que ambos coinciden y pactan: que va a tomar una tableta para dormir, que se va a practicar unas pruebas y va a volver con los resultados, que va a visita con traumatología y oftalmología para sus otros problemas, y que buscará ayuda si lo ve necesario.

Esta mutua confianza parece estar basada, en este caso, en la sinceridad, claridad y respeto con que los dos participantes expresan sus ideas y sentimientos.

La médica inicia el cierre de la entrevista, dando la mano, sonriendo, utilizando una expresión familiar (“*bueno majo*”), y el paciente se despide tranquilo, da la mano y le agradece.

En resumen:

- ¿hay expresiones directas de sufrimiento? Si
- ¿percibe la médica esas expresiones? Si
- ¿las responde? Si
- ¿hay cooperación de los participantes? Si.

Una vez realizado el trabajo de análisis de los datos mediante el programa informático, y hecha una interpretación individual de cada una de las entrevistas, parece útil hacer una interpretación y un análisis global de las 8 entrevistas seleccionadas.

Aunque el tamaño de la muestra es pequeño, esto no es significativo en investigación cualitativa. Puede decirse que de las 39 entrevistas grabadas 8 permitieron identificar señales de sufrimiento, es decir, casi un 20%, o lo que es lo mismo, casi una de cada cinco personas de las que consultó aquel día en

ese Centro. De estas, tres eran hombres, aunque uno no asistió a consulta, y como esta fue doble-tanto el marido como la esposa, puede decirse que en esta pequeña muestra había seis mujeres.

En tres oportunidades se pasó de conversación institucional a conversación corriente, generalmente por iniciativa de la paciente y con la aquiescencia de la profesional, lo que confirma lo *cercanas* que están estas dos modalidades de interacción.

Al revisar las tablas de códigos de las 8 entrevistas se aprecia que, aunque la *expresión verbal de sufrimiento* aparece en todas y en número variable, las más frecuentes son las de *expresión no verbal de sufrimiento*. Además, muchos de los calificados como *elementos proxémicos* y *elementos cinésicos*, corresponden también a expresión no verbal de sufrimiento, aunque para cuantificarlos sería necesario analizarlos en su contexto. Y tener en cuenta también, que en ocasiones, dentro del motivo de consulta ya el paciente utiliza expresiones de sufrimiento.

No se encuentran situaciones en que el(la) médico(a), espontáneamente, explore la parte afectiva o emocional del paciente, y más bien lo hace cuando éste manifiesta claramente una disfunción en ese campo.

En algunas oportunidades no puede definirse si el médico capta las señales de sufrimiento o no, pero no las responde por tener limitaciones en el manejo de estas emociones tan intensas y especiales.

Casi podría decirse que cada una de estas 8 entrevistas constituye un modelo, modo o estilo de expresar el sufrimiento. Todo esto hace difícil su percepción e identificación bajo un mismo paraguas, complica por esto su atención y empobrece el resultado de los tratamientos.

Basándose en que el sufrimiento es muy diverso en su presentación, se puede intentar tipificar estas 8 entrevistas de esta manera:

- la angustia y la agresividad del paciente con los problemas de alcohol que no acepta ayuda(entrevista 37);
- la señora que manifiesta un "agobio" que no sabe de dónde viene(entrevista 35);

- una mujer mayor que se pasa la consulta hablando de nimiedades para mostrar todo su sufrimiento tan pronto termina la consulta (entrevista 32);
- la señora que se está quedando ciega y se siente derrotada (entrevista 22);
- la esposa del señor con una grave afección cardiaca lo tiene tan asumido que intenta sonreír(entrevista 15);
- la mujer relativamente joven con fibromialgia que sufre porque aún tiene que trabajar por que no le dan su pensión (entrevista 30);
- o la mujer que sufre porque le han suspendido su baja a pesar de que aún no se siente en capacidad para trabajar y reclama sus derechos (entrevista 27);
- o el joven pakistani que sufre porque no puede expresar verbalmente su dolor (entrevista 26).

En la tabla1, se muestra a modo de síntesis los resultados de estas interacciones en cada *tipo* de entrevista:

Tabla 1. Resumen de la interacción en las ocho entrevistas analizadas									
	E15	E22	E26	E27	E30	E32	E35	E37	
¿Hay expresión directa de sufrimiento?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	
¿Percibe el(la) médico(a) estas expresiones?	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	
¿Las responde?	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	
¿Hay cooperación de los participantes ?	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí	

Y ahora se resumirán en una tabla los diferentes elementos que conforman las expresiones de sufrimiento relacionados con la enfermedad, en una persona que ha consultado a su médico de cabecera, en este estudio. No pretende ser un "diccionario" ni una lista exhaustiva, si no resumir lo encontrado en este trabajo, con miras a que le sirva a otros investigadores en otras oportunidades.

Tabla 2. Expresiones verbales y no verbales de sufrimiento manifestadas en las ocho entrevistas analizadas	
Entrevista 15	
Expresiones verbales.	Expresiones no verbales
No saldremos de esta	Tono bajo de la voz, mueve las dos manos
El problema está en medio y no saldremos de esta	Agacha la cabeza
Aquello es casa nuestra	Agacha la cabeza, mueve los hombros y las manos, hace gestos con la cara, el tono de la voz es bajo
No sé qué decirte, puede ser, hay días de todo	Parece estar a punto de llorar
No, no	Agacha de nuevo la cabeza
Porque cuando tenemos un problema vamos a la cuarta y se deshacen de nosotros, hasta nos ponen la alfombra roja	Agacha la cabeza, se toca las gafas, mueve los hombros
	Mueve los hombros, voz de tono bajo
	Mantiene la cabeza agachada
	Sacude la cabeza, quedan mirándose fijamente a la cara por unos instantes
	Tono y volumen de la voz bajos
Entrevista 22	
-Depresión? !	Parece no entender a qué se refiere, parece confundida, se echa para atrás en la silla
Mire, casi no veo	-La voz es lenta, pesada, habla despacio
Que iba en aumento lo de la vista	Habla pesadamente, despacio, con tono bajo, con la boca abierta, jadeando
Y dijo que no tenía más vista, que la sangre no llegaba	Permanece quieta, mirándolo fijamente, luego mira a lado y lado, como asegurándose de que están solos, comienza a moverse mucho, como si estuviera ansiosa, agita la mano derecha
Y que él no, no podía	-Sigue agitando su mano derecha
Si::: me las pongo pero no <..>no no veo nada	Hace el correspondiente gesto explicativo con su mano derecha, gesticula con las manos, la cara y el cuerpo
No, no veo nada, veo<..>pero borroso	Acomodándose las gafas, agita su mano derecha
Porque dijo el médico que no que no sube la sangre	Vuelve a agitar su mano derecha
Si, huy, si no tuviera esto <..>pues	Hace el gesto correspondiente con su mano derecha
La vista	Agitando las manos
-Bueno, paciencia	Coge la muleta y se levanta lenta y pesadamente
-¿Y para que suba la sangre a la cabeza no hay.	Baja la cabeza como vencida y lentamente sale del despacho

Tabla 2 (continuación) Expresiones verbales y no verbales de sufrimiento manifestadas en las ocho entrevistas analizadas	
Entrevista 26	
Expresiones verbales.	Expresiones no verbales
Me han quitado la muela-	Señala el maxilar inferior izquierdo
Vengo a pedir la baja para el trabajo	Se toca la zona afectada
Me duele	Se toca nuevamente la zona afectada
	Tiene dificultad para hablar porque no puede abrir bien la boca
	Con la mano sobre el sitio afectado
	Se vuelve a tocar el sitio afectado
	Con la mano en la cara
	Vuelve a tocarse la cara
	Se sigue tocando la cara
	Tocándose la cara
	Se agacha y traga saliva
	Con las manos en la cara y la cabeza agachada
	Continúa teniendo dificultad para hablar
	Nuevamente con las manos en la cara y la cabeza agachada
	Con la mano en la cara
Entrevista 27	
Esta fue la doctora que me atendió pero oiga una ()y yo le dije cómo me va a dar el alta, yo no estoy de acuerdo	Tono de voz alto, habla rápido y fuerte, angustiada
-Que me la den cuando esté buena pero no me la den así, no<..>, estoy muy irritada, esto, esto me duele mucho todavía	Agacha la cabeza y saca un papel del bolso
Pero a mi me sigue doliendo la mano	-Señala su muñeca izquierda vendada
Y la depresión que tengo muchos días que tengo ganas de llorar y todo eso	
Pero no, lo que yo digo es que cuando yo esté buena o si no () la rehabilitación no ha empezado todavía, cómo me van a dar el alta! la verdad es que no lo sé voy a hablar con()	
No estoy de acuerdo	
-¿Y yo no me puedo vacunar de esto?	
De la hepatitis B	
Es que si no el dolor aquí me llega aquí hasta medio brazo	
Ya no no qué susto	
De todos modos hepatitis B	
Oh que miedo!	

Tabla 2 (continuación) Expresiones verbales y no verbales de sufrimiento manifestadas en las ocho entrevistas analizadas	
Entrevista 30	
Expresiones verbales.	Expresiones no verbales
Estoy de la espalda() particularmente tengo dos puntos, tengo aquí uno y luego aquí otro, no sé si es que tengo pinzamientos, es como si tuviera un cuchillo así	Señala la región posterior derecha baja de la columna cervical
Me pilla los brazos	Señala la región posterior derecha de la columna torácica
Pero esta es fuerte, pero estas cosas, esto que tengo ahí	Uf::
Lo único que me dan es analgésicos, es que no me dan nada más!	Hace movimientos como de enterrar algo en ese sitio
Es que no me dan nada más!	Señala su cuello y su espalda
Uf::<..>si estoy mucho rato de pie no puedo no puedo me tengo que sentar() es que no puedo y hay días que no me puedo peinar	Durante la entrevista se observa que mueve poco el cuello, posiblemente por el dolor
-= sí que lo sé	Al sentarse de nuevo lo hace con dificultad ah::
No me solucionan nada	Y se toca le hombro derecho, agacha la cabeza, se mueve constantemente, llora, se limpia la nariz
No me solucionan nada!, a mi no me han dado ninguna paga por esta enfermedad, no tengo más remedio que trabajar	Sale lentamente del despacho
Si, es cuando más me duele	
Entrevista 32	
Dentro de unos días esto pasará, puede ser el tiempo, verdad?	Voz de tono bajo
Cuando me animo un poco más y estoy mejor anímicamente entonces vuelvo a recuperar el peso	
Así un poco de bajón pero yo creo que es el cambio de estación se acercan las navidades	
Si si un tiempo que para las personas que estamos solas es más bien depresivo antes me gustaban las navidades pero ahora me gustan menos pero bueno lo sobrellevo, ah::el yoga va fenomenal	
Si tengo todo el tiempo ocupado!	
Lo leo permanentemente hasta en el desayuno estaría todo el día leyendo	

Tabla 2 (continuación). Expresiones verbales y no verbales de sufrimiento manifestadas en las ocho entrevistas analizadas

Entrevista 35	
Expresiones verbales.	Expresiones no verbales
Últimamente me siento con un agobio, me siento cansada, siento que me dan mareos, estoy muy cansada<...> es que no sé vengo a ver si me podría hacer un chequeo	en tono bajo voz
No sé, desde hace un mes o algo	sonríe
si si ya le digo que de ánimos fatal, huy ya le digo que de ánimos estoy ahí, me agobia, tengo un agobio por dentro	sonríe
es que	tono bajo de la voz
-no lo sé, problemas siempre he tenido	
Cansada cansada como si viniera de una faena mhm, como si me hubieran dado	
Si si es la primera vez	
Sí::	
Cuando hay compromiso se toma y cuando no hay pues igual, salimos con mi marido y unas copitas	
-Cuando hay compromisos pues si hay que tomar	
Si ganas de llorar siempre tengo	
-= ah este mes no no es que yo soy una llorona empedernida	
de carácter	
Sí::	
un poco	
no, un poco, a ver, he perdido peso	
a veces<::>también	
si también si un poquito que no me llama mucho la atención	

Tabla 2 (continuación). Expresiones verbales y no verbales de sufrimiento manifestadas en las ocho entrevistas analizadas	
Entrevista 37	
Expresiones verbales.	Expresiones no verbales
Yo tenía problemas con el alcohol porque bebía mucho	encogiéndose de hombros, mueve los brazos
amanecía con mucha ansiedad	se remueve en la silla
no podía salir ni quería salir<...>entonces dije voy a dejarlo	frunce los hombros con frecuencia y mueve mucho las manos
pero ahora los problemas no tengo trabajo	moviendo los hombros y la cabeza
si tú ya has recaído apuntar te vas a apuntar pero claro como estamos en lista normal no vamos a poner como la otra vez que te pusimos preferente	asiente con la cabeza
y yo digo es que de aquí a seis meses y el otro día dejé de beber me iba a empezar el temblor y yo digo no bebo no bebo y ya hasta ahora y sin pastillas y sin nada cuánto llevo? Me está costando! cada día mejor ya no estoy así así que parecía un viejo las tres primeras semanas fueron chungas bueno los tres primeros días era que no podía ni comer no me atrevía ni siquiera a coger la cuchara	sacudiendo la cabeza hacia los lados
10 cervezas un par de ()mucho mucho demasiado	muestra las manos
bueno se murió mi madre cuando comencé a beber eso fue hace ya antes bebía() cuando se murió mi madre comencé a beber más tampoco es una excusa() es cuestión no sé de que se me ponen las manos y lo intenté dejar y al final volví otra vez () espero que esta sea la última vez porque si no() no le voy a poner remedio a eso	enfatisa con la cabeza
ya llevo sin beber 21 días	mueve la cabeza para todos los lados
ahora estoy bien a ver si me mira un poquito no pero era que antes estaba hace unas semanas() iba al lavabo y me daba dolor de barriga se me iban engarrotando los nervios los brazos me despertaba cada hora y media cada dos horas con unos sueños!<...> ahora estoy un poco mejor	mueve la cabeza y los brazos
me despierto cada dos horas supongo que es la ansiedad	agitando la cabeza y los brazos
Nada	se echa para atrás se revuelve en la silla se aprecia agitado
he vomitado todo el día yo pensé que no iba a vomitar y sin pastillas ni nada	se nota muy agitado
-()me está apoyando la()de mi padre tiene 34 años me está apoyando joder! me está aguantando	se nota muy agitado se remueve para un lado y para otro en la silla
no, estoy con mi padre<...>() él está ahí cuando me falta algo<...>él está ahí y no falla()tampoco es que me ayude mucho pero está ahí()	le muestra alguna lesión en la mano derecha
estoy comiendo algo me dolía antes me daba por vomitar tomaba agua ahora estoy comiendo() antes era un pajarillo cogía la cuchara y era darle vuelta y vuelta	está más tranquilo se mueve poco en la silla
Si tengo que volver allí prefiero dejarlo yo solo, intentarlo	
drogado no quiero estar	alza los hombros
Si me tiene que dar algo yo eso ya lo he pasado para la ansiedad que yo tenía eso ya me lo he comido	le muestra la mano derecha.

no quiero atiborrarme de pastillas usted me dio y estuve comiendo un montón de pastillas (el nombre del medicamento)	
no quiero pastillas porque luego las dejo y pasa lo que pasa y entonces yo prefiero dejarlo así sin pastillas y sin nada	
pues pues que tenía ganas de pastillas!	
es que ya le digo es que ya van dos veces y ya sé qué es lo que es, para que voy a ir allí si están super-saturados!	
no, ahora mismo no, estoy de baja por lo de la mano	
si tengo que volver allí prefiero dejarlo yo solo, intentarlo-	
y el día 8 tengo que ir a () que llevo tres meses sin cobrar aún tengo más nervios::	
si vas a (sitio de acogida) te hacen exámenes () si no puedes ir te echan la bronca () no puedes decirlo en el trabajo<..> bueno si puedes decirlo pero...	
le echan a uno la bronca y uno bastante tiene () como para () que tengo que ir al médico dejando un problema que yo entiendo	
pero si no voy a empezar otra vez con pastillas 3-2-3 son muchas pastillas!	
no no	
hombre si () lo demás lo tengo controlado	
yo por este ojo veo borroso	
yo que sé!	
la mano va un poco mejor pero mira esta parte me da un pinchazo!.	

Analizando las expresiones mencionadas en la tabla, por ejemplo, en el cierre de la entrevista, parece que en varias oportunidades éste se inicia por parte del paciente. Pero en realidad esto puede deberse a dos motivos: o bien el paciente percibe que ya ha logrado su objetivo (recetas, baja, partes, etc)-o lo contrario, porque percibe que allí no lo va a lograr; o bien es su propia respuesta a algún gesto o actitud por parte del médico de que “ya esto terminó”, algo muy leve pero captado por el paciente. Es decir, sería la respuesta del paciente a *una palabra no pronunciada por el médico*, un ejemplo más de esa sutil comunicación no verbal. Y entonces no podría decirse con tanta certeza que, con frecuencia, es el paciente quien inicia el cierre de la entrevista. Es entonces el médico quien finalmente controla el tiempo de la entrevista, cerrándola mediante expresión verbal o no verbal.

5.6 Evaluación y rigor en investigaciones cualitativas

Si la calidad se exige en toda actividad investigativa, cuánto más debe hacerse en esta modalidad cualitativa en la que el carácter “dinámico y abierto”, el tipo de muestreo utilizado y la posible influencia del investigador durante su proceso, hacen temer la superficialidad, la improvisación y la falta de veracidad. Cuatro son los instrumentos que la IC tiene para conservar el rigor de su trabajo: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad, que le son propios, ya que la cuantitativa tiene los suyos.

El rigor comienza ya con el diseño y la circularidad, y se complementa con la reflexividad en la que el investigador debe incluir los cuatro criterios mencionados, que se van a describir, con la ayuda de Fernández y Calderón:

- 1- *La credibilidad* se refiere a que realmente la investigación realizada “refleja y capta” el conjunto de los significados de las personas investigadas, es decir, habla del “valor de veracidad de los resultados”. Para lograrlo es necesario haber hecho: una descripción pormenorizada de la investigación; un muestreo claramente elaborado; haber explicado suficientemente la posición y los posibles sesgos del investigador. Además, se recomienda usar el proceso de *triangulación*, que se refiere a “la aplicación de diferentes miradas en la visión de un mismo fenómeno”. Esta triangulación se puede aplicar a los datos, a los investigadores, a los métodos o a las metodologías.
- 2- *La transferibilidad* o aplicabilidad se refiere a que estos resultados puedan ser aplicados a otros contextos, para lo cual el investigador ha debido describir ampliamente su estudio y haber dejado claro el muestreo y el contexto en los que éste se realizó.
- 3- *La consistencia* o auditabilidad es un criterio que se refiere a la estabilidad. Dado que la IC afirma que los contextos son “únicos e

irrepetibles” mientras la realidad social es cambiante, debe asegurarse que otro investigador pueda “auditar y replicar” un estudio que, realizado en el mismo contexto, debe entonces mostrar resultados similares pero nunca opuestos. Para lograr esto, el autor ha debido dejar bien detallado su estudio, el muestreo y su análisis, la posición del investigador, y la posibilidad de la triangulación en cualquiera de sus modalidades.

- 4- *La confirmabilidad-neutralidad* son criterios muy diferentes de la objetividad y la neutralidad que se acepta en otros campos y que la IC rechaza. Se refiere a la obligación que tiene el investigador de expresar claramente su posición dentro de la investigación, la forma como se ha acercado a los investigados, y la manera como ha evitado la subjetividad en su labor. Para lograrlo debe haber una descripción clara del estudio, transcripción y análisis de los datos, y haber dejado claramente expuesta la posición del investigador y sus posibles sesgos.

Existe un formulario de M. Law et al., (1998), para la revisión crítica de este tipo de estudios, que, aunque se refiere específicamente a actividades de Terapia Ocupacional, es perfectamente aplicable a cualquier otra investigación cualitativa, especialmente del área de la salud.

5.6.1 Sesgos del investigador

Una posición que ha mantenido el investigador, desde la elaboración del trabajo de investigación en el año 2005, ha sido actuar como observador no participante, a pesar de estar analizando la profesión que ha ejercido durante varios años, incluidos los últimos cinco en los que se han realizado estos dos trabajos. Se ha procurado observar *desde fuera*, sin el interés de juzgar para criticar actitudes o esconder errores.

En el fondo, estos trabajos han tenido más el carácter de reflexión, de autocrítica sobre la actividad del investigador en el ejercicio de su profesión, y de su vida en general. Es como haber tenido la oportunidad de ver la película sobre su propio trabajo. Por eso la actitud no ha sido la de acusar ni encubrir a nadie, si no la de intentar saber qué ocurrió realmente-y cómo ocurrió lo que ocurrió cuando el investigador estaba interactuando. El trabajo de los demás, analizado en estas investigaciones, habrá servido como referencia, como espejo.

Posiblemente haya un interés especial por el sufrimiento, adquirido durante el ejercicio profesional con pacientes afectados de enfermedades neurológicas, sufrimiento con frecuencia sin sentido, causado más por falta de información, escasez de tiempo, fallas en la comunicación, desconocimiento de los sentimientos propios y ajenos, la formación profesional recibida, la situación del país de origen, etc., y todos estos aspectos, y otros más, seguramente constituyen un verdadero sesgo.

5.6.2 Las triangulaciones.

Una vez hecha la transcripción y realizado un análisis inicial, se hicieron valoraciones por dos observadores.

El primero fue Josep María Bosch, médico de Atención Primaria, autor de un trabajo sobre comunicación no verbal para optar el grado de Doctor en Medicina. Bosch revisó la entrevista número 16, buscando principalmente definir los criterios de inclusión.

Unos días después, se aprovechó una sesión ordinaria del *Grupo PBI* (Problem Based Interview), del *Grupo de Comunicación y Salud*, de la *Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*. A esa sesión acudieron unas 10 personas, que trabajan en diversas instituciones de salud, y durante unas dos horas estuvieron analizando y comentando la entrevista número 22. De estas dos actividades no quedó registro alguno.

Las triangulaciones como tal fueron realizadas por Rocío Casañas Sánchez, Elena Sorribes Soto, y Esther Durán Navarro.

Rocío es licenciada en psicología por la *Universidad Ramón Llull* y tiene un máster en análisis y conducción de grupos. Elena es estudiante del cuarto curso de psicología de la *Universidad de Barcelona*. El estudio de varias asignaturas de su carrera, y un interés personal por la observación, le han permitido adquirir cierta habilidad en el reconocimiento de estas expresiones no verbales. Esther es licenciada en Ciencias de la Información, por la *Universidad Autónoma de Barcelona*, con experiencia profesional en comunicación en el ámbito sanitario de más de 10 años.

Estas triangulaciones fueron realizadas cuando el proceso de análisis e interpretación estaba terminado, por las tres personas mencionadas que el investigador aún no conocía, y con las cuales se reunió posteriormente para hacer comentarios al respecto y comparar las observaciones realizadas por uno y otras. Se les había entregado la video-grabación de las entrevistas para su análisis y observación, y ellas no conocían los resultados de lo realizado por el investigador.

El resultado de estas triangulaciones se presentará en el espacio siguiente.

- Evaluaciones realizadas por Esther Durán Navarro.

Entrevista 22 (metge-senyora gran)

-li parla sense mirar-la

-actitud "pasota" recolçat sobre la seva ma

-li parla poc i intenta ser clar: missatge curt i fàcil

-no manté la mirada quan li comenta lo de la vista. "no se puede hacer nada"
"paciencia"

-no crec que crei un ambient d'empatia.

Entrevista 26(metge i home jove)

- cap gest ni paraula buscant empatia
- no el mira mentres parla
- el noi se sent incòmode quan parla de la seva religió(mira als costats, defuig la mirada directe amb el metge)
- gestos de dolor del pacient(ma a la cara)
- no s'aixeca cadira quan marxa pacient
- poca implicacio: no el mira quan parla, parla poc i no s'esforça en donar explicacions....

Entrevista 27 (metgessa jove i senyora)

- para de treballar a l'ordinador quan parla amb la gent
- actitud receptiva, mira i escolta
- expresiva, gesticula molt en parlar i mira molt directament. Dona moltes explicacions i posa exemples per que s'entenguin millor els seus missatges
- expressions de desaprobació en la lectura dels anàlisis (segurament perquè es molt expresiva)
- els diu pel seu nom (crea molta complicitat i empatia)
- dona la ma.

Entrevista 30 (metgessa i senyora)

- familiaritat i proximitat (li diu maja)
- l'escolta amb atenció
- li pregunta, gesticula, mira directament
- missatges carinyosos de tranquil·litat i proximitat (li segueix la conversa quan li parla de la seva familia i la neta)
- explicativa: li diu que li fa com a recepta, que ho fa com a genèric i perquè ho fa així.

Entrevista 32

La metgessa es veu més cansada. Quan la pacient entra treballa a l'ordinador (li demana un minut de temps).

La pacient parla molt.

La metgessa segueix creant un ambient d'empatia (li diu pel seu nom, l'escolta quan parla, si ella comença una frase i la pacient parla, ella calla i escolta).

Sigues de cansament: més falta atenció: es toca el cabell, mira rellotge.

Escolta concentrada: ajunta celles, recolça la cara a la ma, afirma amb el cap.

Li segueix conversa quan li parla del ioga, llibre de lectura.

Té un moment de no comprensió que acompanya amb gest: es tira enrere en la cadira i li diu textualment a la pacient que no l'entén.

Entrevista 35

Li diu pel nom

Escolta amb atenció, tot i que mou la cadira i té els braços creuats

En moment escolta molt i no es mou

Es nota una mica més cansada: mou la cadira, es toca el cabell.

Després d'auscultar la pacient anota a l'ordinador i no li explica res.

Segueix mostrant-se molt receptiva. Escolta molt i afirma amb el cap(escolta)

Entrevista 37

Mans entrecruades, somriure(crea proximitat, empatia)

Pacient: gesticula molt i es mou. Es nota nervios

Ella escolta, afirma amb el cap, s'aproxima físicament a la taula per estar més aprop del pacient.

Ella no es mou mentre l'escolta. La cadira no es mou, es mostra concentrada, en alguns moments i més relaxada en d'altres(es toca el cabell, jug amb el boli, es toca els llavis, recolça la cara a la ma)

En un moment de la conversa entra una tercera persona a la consulta que quasi no es veu. El grau de concentració en la conversa de tots dos es força alta perquè no li presten cap d'atenció.

Evaluaciones realizadas por Elena Sorribes Soto

Entrevista 22

L'escenari de la entrevista no és el més adequat per la circulació de persones i soroll que va havent en tota l'entrevista. Això fa que no sigui un escenari on el pacient trobi intimitat i on, en ocasions, no s'entén el que diuen cap dels dos.

A continuació ressaltó aspectes que crec són rellevants per a tenir en compte en la relació metge-pacient:

- 1) el metge rep d'una manera massa formal/freda a la pacient.
- 2) la pacient en aquest cas és una dona gran que sembla necessitar, més que pastilles, comprensió i ajuda per a saber que li està passant. En un moment donat la dona no sap ni el tipus de pastilles que pren ni per a que serveixen, el metge no reacciona davant d'això i no ajuda a la dona a aclarir-se davant de la confusió.
- 3) el metge en ocasions formula preguntes a la dona que podrien ajudar a la pacient a sentir-se més còmode i recolzada, però el metge no busca cap tipus de resposta i no insisteix en que la dona li expliqui.
- 4) La dona mostra una enorme confusió en l'horari que s'ha de prendre les pastilles (matí, nit). El metge li aclareix d'una manera poc efectiva, doncs la pacient després de l'explicació sembla encara més confusa.
- 5) En un moment de l'entrevista, la pacient li diu al metge que no hi veu, que es queda sense vista. Que ja s'ha visitat a l'oftalmòleg i que li ha dit que es queda sense vista. La dona sembla realment preocupada (té tota la raó per estar-ho) i li comenta al metge per sentir alguna resposta. Davant d'això, el metge sembla que pregunta per compromís perquè tot seguit canvia de tema tornant a treure les pastilles que s'ha de prendre. La pacient torna a treure el tema de la vista esperant alguna resposta millor que la d'abans, però el metge

es resigna i no li dona cap tipus de recolzament emocional; les úniques frases que utilitza són: *"no podemos hacer mucha cosa"* y *"pues paciencia"*.

6) al marxar de la consulta la pacient torna a recordar al metge que es queda sense vista, esperant de nou una mica de empatia i preguntant que si no existeix cap medicació; el metge davant de la insistència de la pacient i la resignació davant aquest cas inicia l'acomiadament i així acaba la consulta.

Entrevista 26

L'escenari torna a ser el mateix que abans, per tant torna a ser poc íntim i ple de sorolls que dificulten la comunicació.

El metge, el mateix que abans, torna a rebre al pacient d'una manera massa formal i freda. Això crec que predisposa a metge i pacient a tenir una relació massa freda, incòmoda i amb poca confiança.

El metge comença la consulta sense contacte visual, la qual cosa no li permet veure que el pacient es toca tota l'estona la zona que li fa mal i per la qual acudeix al metge. Crec que es crucial que el metge miri i escolti amb tots els sentits possibles als pacients quan expliquen quin és el seu problema per veure coses com aquestes.

El metge, a més a més, pren una posició molt distant amb el pacient. Li formula preguntes molt directes i en cap moment aixeca la vista de l'ordinador. El pacient és immigrant i costa entendre el que diu, no només per la llengua sinó pel dolor de queixal, i el metge no sembla que faci cap esforç per ajudar a tenir una conversa més cordial, familiar.

Al final de l'entrevista es dóna un llarg silenci que resulta una mica incòmode.

En aquesta entrevista en particular, es donen molts sorolls i factors externs a la consulta que dificulten la relació pacient-metge.

Entrevista 27.

L'escenari no és el mateix que abans, tot i que la consulta on es donen les següents entrevistes segueix sent poc íntima i molt sorollosa.

La pacient en aquest cas és una dona que arriba molt exaltada a la consulta, parla molt ràpid i fort. Sembla molt angoixada, la metge no manté contacte visual amb la pacient al inici de la consulta, llegeix un paper que té davant de la taula.

Al continuar amb la consulta la metge es dóna compte de que la pacient està molt accelerada i li demana que es calmi i explicant-li la seva situació (la pacient es calma i escolta).

En un moment donat de l'entrevista, quan la pacient li diu que té depressió, la metge està treballant a l'ordinador i no pregunta més enllà del que la pacient explica, la pacient segueix explicant com es sent i la metge no aixeca el cap de l'ordinador i sembla que estigui treballant amb una altra cosa. Dóna la impressió de que la metge no escolta.

Donat que la pacient parla molt ràpid, com angoixada, preocupada, etc. La metge al final de l'entrevista quan li explica quin és el seu diagnòstic i quines anàlisis li faran, sempre li recorda que no es preocupi i que estigui tranquil·la. Això facilita la comprensió de la pacient davant tot allò que li recepta i la dona marxa menys preocupada de la consulta.

Entrevista 30.

El despatx de consulta és el mateix que abans, per tant és un escenari amb poca intimitat i amb molts sorolls provinents d'altre consultes pròximes.

La metge rep a la pacient d'una manera molt familiar i cordial, sembla que es coneguin i per tant la consulta és més relaxada i més amistosa.

La pacient es queixa de dolor a l'esquena i realment no només ho fa verbalment, sinó que amb alguns moviments es queixa amb expressions com "...uff...". La metge manté el contacte visual tota l'estona i observa que la pacient té dolor, no només pel que diu sinó també pel que fa.

En un moment de l'entrevista la pacient plora, no se sap si de dolor o de cansanci, però la metge segueix treballant amb l'ordinador sense aixecar la vista per veure si la pacient està bé.

La pacient té fibromialgia i al final de la consulta la metge s'implica molt en com es troba i com la pot ajudar, li dona moltes suggerències per a que es trobi millor i li dona conversa quan ella li diu es ha estat àvia.

La metge li recepta unes pastilles que són totalment diferents a les que li va receptar una altra metge, de fet la doctora actual explica que el que li havien receptat no serveix per calmar els dolors que té la pacient. Això pot provocar una desconfiança de la pacient a l'altre metge.

Entrevista 32

L'escenari segueix sent el mateix i amb les mateixes característiques, es a dir, hi ha poca intimitat i es senten sorolls externs de consultes properes.

La doctora saluda a la pacient molt cordialment i amb un tracte familiar i que ajuda a que la situació i la relació pacient-professional sigui més còmode. De totes formes, la pacient després de la salutació queda oblidada per la doctora durant una bona estona, la metge segueix treballant a l'ordinador sense dirigir mirada ni paraula a la pacient que queda asseguda a la cadira a l'espera d'alguna indicació.

En aquesta consulta la pacient sembla tenir tot el que li passa i tot el que ha de fer molt controlat. En un moment donat que la metge mira unes radiografies, la pacient comença a explicar-li coses irrellevants però que mostren una predisposició de la pacient a voler parlar i establir una conversa amb la metge. Davant d'aquest fet, la metge no fa cap comentari ni manté contacte visual ni mostra cap tipus d'expressió facial. Al llarg de tota l'entrevista, es van fent llargs silencis que semblen força incòmodes per la pacient.

La metge i la pacient sembla que no acaben d'entendre's en quan al problema que té la pacient. Sembla que aquesta no acaba d'explicar de manera explícita que és el que li passa. Tanmateix torna a produir-se la mateixa situació d'abans, on la pacient inicia una conversa i no troba resposta per part de la doctora que treballa davant l'ordinador. En un d'aquests moments, la pacient li explica que ha perdut pes i que té èpoques en que té un estat d'ànim més

deprimit, menys alegre, etc. La resposta de la doctora és escoltar i no preguntar més enllà del que la pacient ha explicat i fer "*mhm, mhm*".

Al final de l'entrevista la metge es mostra molt amable i comprensiva amb la pacient, parlant dels seus hobbies i de diferents temes que són totalment irrellevants però importants per a la relació pacient-professional. Igualment la metge no entra en detalls i és ella la que ha de parar la conversa i acomiadar a la pacient.

Entrevista 35

L'escenari és el mateix que en les entrevistes anteriors, per tant es tracta d'una sala de consulta poc íntima i amb molts sorolls provinents de l'exterior.

La doctora rep a la pacient donant la mà i de forma molt agradable i familiar. Quan la pacient comença a explicar-li que es el que li passa, la metge deixa de treballar amb l'ordinador i es centra amb la pacient. Manté el contacte visual i les seves expressions corporals i facials mostren una comprensió al que la pacient explica.

En un moment de l'entrevista, sembla que algú entra a la consulta trencant l'harmonia de la consulta. Doncs tant la pacient com la doctora desvien la mirada cap a la porta fent un silenci mentre aquesta persona es troba dintre de la consulta.

Durant tota l'entrevista, hi ha molt de soroll que prové de despatxos contigus. Això dificulta molt que el diàleg entre les dues dones sigui fluid i sense interrupcions. A mida que avança l'entrevista, es va observant que la metge cada vegada és menys expressiva amb la pacient doncs no sap que és el que li passa. Al final de tot la metge es mostra molt comprensiva amb la pacient explicant-li detalladament que és el que ha de fer, segurament es mostra tan cordial perquè no sap que és el que li passa i vol esperar a uns resultats d'unes anàlisis sense alarmar a la pacient.

Entrevista 37

El despatx és el mateix que la resta d'entrevistes, amb molt de soroll i amb poca intimitat.

La salutació es cordial i amable, es donen la mà i parlen mantenint el contacte visual en tot moment. El motiu de consulta d'aquest pacient és totalment diferent a la resta, sembla que la metge estigui fent un seguiment de l'estat d'aquest pacient. Per tant, la metge no ha de fer cap tipus de feina amb l'ordinador i es pot dedicar totalment a escoltar al pacient i a tenir un diàleg bastant profund.

El pacient és difícil, doncs la situació en la que es troba és complicada i a més ha trobat moltes dificultats per poder solucionar el seu problema. D'aquí es deriva un nerviosisme que de tant en tant el pacient manifesta movent-se de costat a costat de la cadira, sacsejant les mans i els braços, pujant el to de veu, etc. La metge davant d'això no sap molt bé com tranquil·litzar al pacient, i la impressió que dona és que el pacient aconsegueix dominar a la doctora quan hauria de ser al revés. Això provoca que la metge no digui allò que hauria de dir o que voldria dir davant de l'exaltació del pacient, així el pacient acaba sentint (d'alguna manera) el que vol sentir.

Durant aquesta consulta hi ha molt de soroll que dificulta entendre el que metge i pacient estan dient.

-Evaluaciones realizadas por Rocío Casañas Sánchez.

Análisis de la expresión de sufrimiento por parte del paciente en la consulta de Atención Primaria.

La comunicación no verbal

Todos los gestos deben considerarse dentro del contexto que se producen, nunca interpretar un gesto aislado de otros y de las circunstancias.

Hay que justificar una opinión subjetiva de una expresión o sentimiento mediante una alguna frase (CV) o alguna conducta (CNV).

Entrevista 22

Paciente: Sra. María que acude a por recetas, y por consulta de un problema de la vista.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta del médico es poco empática y asertiva, ya que se observan pocas muestras de afecto, comprensión y acogida hacia la paciente.

Acogida en la consulta: La Sra. María entra en la consulta acompañada por una persona que le comenta donde sentarse. Esa persona le llama Sra. María delante del médico. El médico en toda la entrevista nunca la llama por su nombre.

Conductas justificadoras:

- No se levanta de la silla cuando la paciente entra a la consulta, tan sólo le indica donde se debe sentar: "ahí".
- No le da la mano para saludarla.
- No se presenta el médico.
- No se dirige a la paciente por su nombre, sino con señora" (aquí marca una barrera entre el médico-paciente).
- El tono de la voz es alto durante toda la entrevista, sin saber si la paciente realmente padece del oído. ¿Con el tono alto de voz quizás marca su estatus de médico o superioridad delante la paciente?

Durante la entrevista:

- Le explica los diferentes fármacos (para que son, horario de la toma) mediante los prospectos y la caja de un medicamento, pero después tira los prospectos y le entrega las recetas. Estas recetas no se las explica, se limita a entregárselas. Entonces, ¿para que tanta explicación de medicamentos si al

final se ha limitado a la entrega de las recetas? ¿Quizás si le explica las recetas la señora se informaría más?

- Evita profundizar en temas que la paciente quiere hablar o ser escuchada mediante el cambio de temas en las conversaciones. No se implica en saber sentimientos y emociones vividas por la paciente, o su situación actual. No le pregunta en ningún momento: ¿como se encuentra, tiene o necesita ayuda.? - No hay contacto físico en ningún momento: un apretón de la mano, un gesto de contacto de comprensión por lo que está pasando.

Ejemplos: P: "no veo nada, borroso, porque dijo el médico que no llega la sangre." M: "pues paciencia...va a tener que comprarse un bastón...venga pues comience con éstas (recetas) una por la mañana"

P: "¿la otra (pastilla) es para dormir...?"M:"!para dormir! ¿Se ha puesto la vacuna?".

- Las muestras de afecto que realiza se reducen a "pues paciencia", "es que hay poco que hacer"...

Posturas:

- Los brazos apoyados en la mesa y las manos le sujetan la cabeza. Con esta postura el médico muestra que la está escuchando pero se está aburriendo, el tema no es interesante para él. Se esconde en algunos momentos detrás del ordenador, escribiendo las recetas (momentos de silencio).
- Cabeza apoyada en la mano izquierda mientras él va hablando.
- Cabeza apoyada en mano derecha, que está cerrada en puño.
- Brazos cruzados delante del cuerpo y apoyadas en la mesa.

Despedida: La última frase que realiza es "no hay medicación", mientras la acompaña a la puerta con la intención de sacarla de la consulta, ya que observa que la paciente no se levanta de su silla. No le da la mano.

Actuación de la paciente

La expresión de la cara durante toda la entrevista nos refleja sentimientos de sufrimiento y preocupación por parte de la paciente.

Se observa tan sólo un inicio de deterioro de la memoria, ya que la Sra. María responde a todas las preguntas del médico de manera correcta y ordenada, y aunque en algún momento hay que repetirle la pregunta, las respuestas siempre son correctas. Sabe diferenciar cuando hay que tomarse los medicamentos: en ayunas, por la mañana o por la noche.

Cuando la Sra. María observa que el tema de las recetas ya se ha acabado, inicia el tema de la vista, tema al que dedica más tiempo y esfuerzo en ser escuchada y con ganas de recibir una solución.

Conductas que muestran nerviosismo y preocupación:

- Movimiento de la lengua de un lado a otro de la boca (muestra nerviosismo). Boca abierta.
- Se toca y se rasca la mano derecha con la mano izquierda. Agitación de la mano derecha en los momentos que habla de la vista.
- Se coloca las gafas en ciertos momentos en que se le resbalan de la nariz.
- Se toca la cabeza mientras explica su problema de la vista "la sangre no me llega..."
- Gesticula mucho las manos.
- Hay momentos que la mano la tiene cerrada en puño.
- Repite constantemente lo que dice el médico.
- Explica constantemente el problema de la vista, dándole más importancia que las recetas.
- Cabeza baja y mirada al suelo cuando sale de la consulta, como demostrando vencimiento.
- Tono de voz lento y bajo.
- Posición estática en la silla, se mueve poco.

Despedida: Parece que no se quiere ir de la consulta. Acude a por recetas de unos medicamentos y acaba explicando su problema de la vista. Se marcha de la consulta sólo con las recetas, y sin ninguna ayuda respecto al problema de la vista.

Entrevista 26

Paciente: Chico joven de origen pakistaní que acude por dolor de boca, después de la extracción de una muela. Solicita baja después de intervención quirúrgica.

Actuación del médico

En general se observa que la conducta del médico es correcta, ya que da solución a la demanda del paciente (le entrega la baja), y le explica los papeles de la baja y donde tiene que tramitarla. Se observan pocas muestras de afecto o comprensión, es una conducta orientada a la tarea, no a trabajar emociones o sentimientos.

Acogida en la consulta

Conductas justificadoras:

- No se levanta de la silla cuando el paciente entra a la consulta, tan sólo le indica donde se debe sentar: "ahí".
- No le da la mano para saludarlo.
- No se presenta el médico.
- No se dirige al paciente por su nombre, sino con "dime" (aquí marca una barrera entre el médico-paciente).
- El tono y el ritmo de voz es correcto durante toda la entrevista. El paciente es extranjero, pero el médico al darse cuenta que entiende y habla el español correctamente, no intenta hablar ni más despacio ni más alto.

Durante la entrevista

- Durante la entrevista el médico utiliza el tiempo mayoritariamente en preguntar al paciente preguntas como: ¿se ha cambiado de médico y por qué?; ¿de donde es?; ¿cuanto tiempo lleva aquí?; ¿fumas?; ¿bebes?; ¿toma medicación para otras cosas?; ¿donde trabaja?; ¿dirección de la empresa? ¿Me puedes deletrear el nombre de la empresa?.

Algunas preguntas son importantes para tramitar los papeles de la baja, pero otras preguntas eran irrelevantes para la situación en que se encontraba el paciente (no poder hablar). Con la realización de estas preguntas innecesarias para la situación, se observa al médico con pocas habilidades para reconducir este tipo de situaciones.

- El médico evita profundizar en temas que implica saber sentimientos y emociones vividas por el paciente. No le pregunta en ningún momento: ¿como se encuentra?

- No hay contacto físico en ningún momento: un apretón de la mano, un gesto de contacto de comprensión por lo que está pasando.

Posturas:

- Los codos apoyados en la mesa y las manos le sujetan la cabeza. Con esta postura el médico muestra que la está escuchando pero se está aburriendo, el tema no es interesante para él.
- Se esconde en algunos momentos detrás del ordenador, escribiendo las recetas (momentos de silencio).
- Brazos cruzados delante del cuerpo y apoyados en la mesa.

Despedida: Le acompaña a la puerta y le recuerda cuando tiene que regresar.

Actuación del paciente

Conductas que muestran nerviosismo y preocupación:

- Refiere oralmente que tiene mucho dolor.
- Se observa que al paciente le cuesta vocalizar, pero se le entiende en todo momento. Habla mediante mínimos movimientos de los labios. No abre apenas

la boca. Se observa parte izquierda de su cara inflamada. Se tapa la boca constantemente con las manos.

- Se toca constantemente la parte dolorida de la boca (parte izquierda de su cara) con la mano, tanto con la mano izquierda como con la derecha. No para de tocarse (nerviosismo causado por el dolor).
- Postura estática durante unos minutos: mano derecha en puño apoyada encima de la mesa, y la mano izquierda encima de su cuerpo (el puño quizás nos refiera que encierra el dolor en su mano).
- Otra postura estática durante unos momentos: brazos cruzados y postura hacia adelante estática.
- Coloca en varias ocasiones la mano derecha y la mano izquierda encima de la zona dolorida, como resguardando la zona del dolor.
- Mano en la frente, y cara mirando hacia abajo (sentimiento de dolor).
- Sonríe cuando se habla de que es musulmán. El paciente en ningún momento da pie al médico a iniciar una conversación, se limita a responder las preguntas del médico de la manera más sencilla, rápida y cortés.
- Entrecruza los dedos de las manos, mientras apoya los codos en la mesa.
- Se tapa la cara con ambas manos.
- Mano derecha puño cerrado, mano izquierda se toca la nariz.

Despedida: Se tapa un buen rato la boca, y mirada hacia abajo. No mira a los ojos del médico. Se toca la frente, y después la boca, mira hacia abajo. Da las gracias y se va.

Entrevista 27

Paciente señora que acude a la consulta para recoger resultados de su última analítica. Sólo llegar a la consulta el motivo principal es solicitar al médico el porque le han dado el alta del dolor en la mano izquierda.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta de la doctora es muy correcta. Se observan muestras de acercamiento, comprensión y preocupación hacia la paciente.

Acogida en la consulta:

- No se levanta de la silla cuando la paciente entra a la consulta, pero le da la mano para saludarla, y se dirige a la paciente por su nombre o con la expresión de "maja".
- El tono y el ritmo de voz es correcto durante toda la entrevista.

Durante la entrevista:

- La cara de la doctora muestra preocupación y comprensión hacia la paciente.
- Asiente continuamente con la cabeza mostrando que está escuchando.
- Explica de manera clara y sencilla todo lo que la paciente desea saber. Le explica el porque del alta, y las causas de que ella no pueda hacer nada: "¡No puedo hacer nada!".
- Mano derecha colocada debajo de la barbilla y el codo apoyado en la mesa, mostrando que está escuchando a la paciente.
- Mira a los ojos a la paciente durante toda la entrevista.
- Gesticula mucho las manos mientras explica a la paciente las diversas consultas que realiza.
- Acerca la cara en ciertos momentos hacia la paciente para escucharla mejor.
- Expresa muestras de afecto y preocupación hacia la paciente: "no se preocupe".

Despedida: Le acompaña a la puerta y se despide de ella.

Actuación del paciente:

Conductas que muestran nerviosismo y preocupación:

- Expresión oral del sufrimiento: ¡estoy muy irritada, a mi me sigue doliendo la mano!, ¡estoy con depresión todavía!, ¡tengo ganas de llorar!, ¡no se porque

me dan el alta si todavía no he empezado la rehabilitación!, ¡el dolor me llega hasta medio brazo!.

- Realiza movimientos continuos de la mano derecha mientras invade, en un momento dado, el espacio de la doctora, mientras le explica lo que pone en el papel.
- Presenta la mano izquierda vendada, y no para de tocársela o señalársela (señala donde tiene el dolor).
- No para de sacar y guardar papeles del bolso (nerviosismo, no puede estar quieta).
- No para de hablar y de repetir continuamente su preocupación principal: "¿porque me dan el alta si no estoy curada?".
- Repite continuamente las mismas palabras y frases, y le cuesta mantenerse en silencio. En ciertos momentos la doctora le tiene que comentar que no se preocupe, y tiene que tranquilizarla.

Entrevista 30

Paciente: señora que acude a la consulta por dolor, con diagnóstico de fibromialgia.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta de la doctora es muy correcta. Se observan muestras de acercamiento, compresión y preocupación hacia la paciente.

Acogida en la consulta:

- No se levanta de la silla cuando la paciente entra en la consulta, pero le da la mano para saludarla, y se dirige a la paciente con la expresión de "maja". Durante la entrevista la llama por su nombre en varias ocasiones. (muestra de acercamiento)
- El tono y el ritmo de voz es correcto durante toda la entrevista.

Durante la entrevista:

La conducta del médico es de comprensión y escucha. Gesticula las manos mientras responde a las preguntas y dudas de la paciente. Pregunta continuamente a la paciente por su estado: síntomas, intensidad, duración del dolor, farmacología.

- Mira a la paciente a los ojos durante toda la entrevista.
- Mano izquierda en mejilla izquierda y codo apoyado en la mesa (postura de escucha).
- Mano izquierda alrededor de la boca mientras mira atentamente a la paciente (postura de escucha).
- Asentimiento de la cabeza mientras habla con la paciente, mostrando de esta manera que la está escuchando y entendiendo.
- Hay ciertos momentos que los ojos de la doctora se mantienen cerrados mientras le explica el tratamiento adecuado o las recomendaciones a seguir.
- Le explica oralmente las recetas de los fármacos pautados, al igual que el tratamiento, indicaciones y recomendaciones más apropiadas para el estado de salud de la paciente.

Despedida:

- Le da la mano sin levantarse de la silla, y le solicita si puede avisar al siguiente paciente. Con esta conducta muestra la doctora que hay una mínima confianza con la paciente, como para que le avise en su nombre al siguiente paciente.
- La doctora mira a la cámara unos segundos, mostrando que sabe que la están grabando.
- Antes de salir por la puerta la paciente, le vuelve a preguntar por el dolor de la espalda. Se preocupa por la paciente.
- Mantiene una charla informal sobre el nacimiento de la nueva nieta de la paciente. Hablan de la alegría que traen los niños.

Actuación de la paciente:

- Refiere oralmente en varias ocasiones que presenta dolor: "estoy de la espalda", "es como si tuviera un cuchillo..."

- Solo llegar a la consulta se sienta en bloque en la silla, y se toca la parte trasera del cuello con la mano señalando un punto de dolor. Hace lo mismo con la espalda. Se toca en varias ocasiones la espalda.
- Se moviliza poco durante la entrevista. Posición bastante estática, tan sólo movilización de la cabeza con gestos de asentimiento.
- Se sienta en la silla con dificultad.
- En un momento de la entrevista llora. Se deduce que llora por los gestos de la mano y el pañuelo limpiándose los ojos, no se puede observar directamente.
- Hay un momento de silencio largo (mientras la doctora escribe en el ordenador todo lo que se ha comentado en la entrevista hasta ahora), que la paciente corta, introduciendo un tema nuevo en la consulta "hay alguna crema para el dolor".
- La paciente se despide de la doctora dándole la mano, y agradeciéndole la visita. Se observa a la paciente agradecida por el trato recibido.

Entrevista 32

Paciente: señora que acude a la consulta para recoger RX de la nariz.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta del médico es muy correcta. Se observan muestra de acercamiento, comprensión y preocupación hacia la paciente.

Acogida en la consulta:

- No se levanta de la silla cuando la paciente entra a la consulta. Le da la mano para saludarla, pero no la mira a la cara, sigue mirando el ordenador donde está escribiendo la historia de la visita anterior. Durante unos segundos la paciente espera en silencio a que la doctora acabe de escribir en el ordenador. Estos momentos de silencio no incomodan a la paciente. Ésta se limita a esperar. La doctora se disculpa por la espera en silencio.

- En el primer contacto, se dirige a la paciente con la expresión de "maja". Después durante la entrevista en varias ocasiones la llama por su nombre.
- El tono y el ritmo de voz es correcto durante toda la entrevista.

Durante la entrevista:

- La médica muestra conductas de escucha y preocupación hacia la paciente durante toda la entrevista.
- Manos en la cara apoyando los codos en la mesa y mirada fija hacia la paciente.
- Dedos cruzados y codos apoyados en la mesa (muestra que no entiende lo que le están explicando).
- Expresiones en la cara de no entender lo que la paciente le está explicando, y ante la duda, la médico decide derivarla al especialista. Los gestos de la cara (CNV) concuerdan con su opinión (CV): "No lo tengo claro, mejor te observe el especialista", "no la acabo de entender".

Hay un momento que tira la silla hacia atrás y cruza los brazos, mostrando con esta conducta que no acaba de entender lo que la paciente le está explicando.

Despedida: Observa que la paciente empieza a explicar cosas de su vida, y al ver que la conversación puede no tener fin, acompaña a la paciente de una manera educada a la puerta y se despide de ella.

Actuación de la paciente:

- Solo llegar a la consulta se sienta en la silla.
- Empieza a explicar lo que le pasa. Lo explica de varias maneras, pero la doctora nunca acaba de entender lo que le está explicando.
- El tono de voz se escucha con nerviosismo, ella misma no sabe explicar lo que le pasa.
- La paciente llama a la doctora con "usted", marcando el respeto hacia la doctora.

Entrevista 35

Paciente: señora que acude a la consulta por referir cansancio sin saber su causa. Solicita una revisión.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta de la médica es muy correcta. Se observan muestra de acercamiento, comprensión y preocupación hacia la paciente.

Acogida en la consulta:

La médica saluda al paciente dándole la mano y llamándola maja.

El tono y el ritmo de voz es correcto durante toda la entrevista.

Durante la consulta:

- Brazos cruzados y la espalda apoyada en el respaldo de la silla y la mirada fija en la paciente, en situación de escucha. Mano en la mejilla y después en la mandíbula, mostrando interés por lo que la paciente le está explicando.
- Pregunta continuamente a la paciente por su situación personal, si hay algún factor no orgánico, sino psicológico que sea el causante de su estado actual. Valora a la paciente de una manera holística (bio-psico-social).
- En todo momento se observan conductas de escucha y preocupación hacia la paciente.
- Le pregunta por sus problemas de aquí o en Perú, si bebe o fuma, si estos síntomas los había tenido anteriormente (muestras de preocupación).
- Le explica que le solicita unas pruebas porque los síntomas que presenta pueden ser causados por muchas situaciones. Le explica las pruebas que le solicita y donde tiene que tramitarlas (muestras de preocupación).

Despedida:

Se despide dando la mano a la paciente, sonriendo y llamándola guapa. Le solicita si puede avisar al siguiente paciente de la lista (muestra de la confianza o buena relación médico-paciente).

Actuación de la paciente:

Acogida en la consulta:

Saluda a la médica dándole la mano y dándole las buenas tardes.

Durante la consulta:

- Se observa a la paciente tranquila, explicando de la manera más natural la situación en la que se encuentra actualmente.
- Se observan muestras de sufrimiento debido a que la paciente le pasan cosas, pero no sabe la causa. Hace una descripción de los síntomas, y como se encuentra actualmente.

Despedida:

Se despide dando la mano a la médica.

Entrevista 37

Paciente: señor que acude a la consulta para control de su problema con el alcohol. La médica cita al paciente para saber como está.

Actuación del médico:

En general se observa que la conducta de la médica es muy correcta durante toda la entrevista. Es una entrevista bastante larga. Se observan muestras de acercamiento, comprensión, escucha y preocupación hacia el paciente.

Acogida en la consulta:

La médica saluda al paciente dándole la mano y le explica el motivo por el cual ha citado al paciente: saber cómo evoluciona su problema con el alcohol.

El tono y el ritmo de voz son correctos durante toda la entrevista.

Durante la entrevista:

- La médica se preocupa por el estado actual y pasado del paciente. Profundiza en temas que el paciente quiere hablar o ser escuchado. Se implica en saber sentimientos y emociones vividas por el paciente, o su situación actual. Le pregunta: ¿cómo te encuentras, tienes o necesitas ayuda, trabajas...?
- La médica se ofrece en varias ocasiones a ayudarlo si lo necesita. Le explica su disposición horaria: "No estoy en la consulta todos los días, ya que tengo reducción de jornada por los niños".
- Le explica la función de los ansiolíticos como tratamiento más utilizado para las desintoxicaciones del alcohol, como tratamiento para reducir la ansiedad.
- En todo momento se observa que la médica acepta las decisiones tomadas por el paciente, aunque no las comparte. Su postura es de escucha, comprensión y explicar al paciente las dudas que tenga. La mayor parte del tiempo tiene el cuerpo tirado hacia adelante, ojos mirando a la cara del paciente y brazos cruzados o en la cara. (Muestra de interés por la persona que tiene delante).
- Le solicita visita con el optometrista debido a sus problemas de visión, y le comenta que le traiga el informe para el traumatólogo en la siguiente visita debido a la demora de la visita con el especialista (muestras de preocupación).
- En toda la entrevista la médica es muy correcta con el paciente, e intenta ayudarlo en lo que ella pueda aportar.

Despedida: Se despide dando la mano al paciente.

Actuación del paciente:

- El paciente gesticula mucho los brazos, se mueve hacia delante y hacia atrás. En este momento el paciente explica situaciones de cómo vive su problema con el alcohol, son momentos de expresión de nerviosismo por la situación que está pasando.
- Hay momentos en que está quieto y con el codo izquierdo apoyado en la mesa y la mano izquierda apoyada en la mejilla (le sujeta la cara). Son momentos en que la médica habla, y el paciente escucha.
- El paciente explica su situación actual y pasada. Explica sus problema para encontrar trabajo, sus problemas para poder asistir a la consulta del CAS, su relación con su padre y la novia de éste, la muerte de su madre. explica sinceramente cómo se encontraba y cómo se encuentra ahora.
- Comenta que no quiere tomar fármacos debido a la dependencia que crean, prefiere dejar el alcohol de golpe, sin necesidad de medicamentos. Piensa que son demasiadas pastillas.
- Actualmente no bebe alcohol.

Despedida: Da la mano a la médica, y da las gracias.

Se habrá notado que la entrevista 15 no ha participado de este proceso de triangulación. Esto se debe, como ya se anotó, a que por dificultades en su comprensión fue transcrita posteriormente.

5.6.3 Publicación de los resultados

Finalmente es necesario recordar la importancia de la comunicación de los resultados, teniendo en cuenta a quién(es) se dirige(n), o puede(n) interesarle(s). Este trabajo inicialmente está orientado a su presentación dentro del Programa de Doctorado que se mencionó al comienzo, pero su fin último es poder hacerlo conocer, discutir y comentar con los colegas y demás personas

interesadas en el tema de la salud, entendida esta desde diversos puntos de vista.

6. Resumen y conclusiones

“La razón, que nunca secó una lágrima”.

Chateaubriand, citado por Wukimir (Op.Cit.: Prólogo).

En esta investigación de un tema de salud se ha empleado la metodología cualitativa, y en el análisis de los datos se ha utilizado un programa informático. Se elaboró previamente un marco teórico y metodológico, y se establecieron unas hipótesis. En el trabajo de campo se grabaron en video 39 entrevistas, realizadas un día laboral corriente en uno de los tantos centros de Atención Primaria de la provincia de Barcelona, realizadas por médicos(as) de su planilla. Del total de entrevistas, en 8 se encontró que el paciente expresaba sufrimiento relacionado con su motivo de consulta, de manera tanto verbal como no verbal. Estas 8 conversaciones fueron analizadas utilizando el programa informático ATLAS-Ti, que agilizó la labor del investigador, sin interferir con su labor personal de interpretar. De esta manera se han podido responder las inquietudes (hipótesis) propuestas al comienzo de este trabajo.

Las conclusiones se recogen en las siguientes categorías:

1. De la entrevista

-Aunque la entrevista médica se considera una interacción institucional, se reconocieron en ella rasgos de conversación corriente, y en ocasiones se reemplaza ésta por aquella, durante lapsos cortos.

-Fue posible reconocer en esta interacción los elementos verbales, no verbales y para-verbales descritos en el análisis del discurso.

-Se confirmó con este estudio que el encuentro médico-paciente sigue siendo un acto humano tan complejo, como siempre lo han sido las interacciones

sociales, pero es especial por el momento tan crítico para la persona del enfermo.

-Por los cambios sociales que se vienen dando desde hace algún tiempo, el cuasi-monólogo que había sido por varios años la entrevista médico-paciente, se ha convertido-o se va convirtiendo-en un verdadero diálogo, que desemboca en una negociación.

2. Del Sistema de Salud

-Pero aún falta por aceptar que, para que este diálogo se dé, es imprescindible que *lo* que el paciente, cliente, enfermo o usuario de los servicios de salud, percibe, siente, cree o interprete sea considerado un *saber*, un *conocer*, que se debe cotejar con los conocimientos del médico, de donde saldrá el *acuerdo* que refleje verdaderamente la situación que se está analizando.

-Esta situación aún no se da completamente en nuestro medio; parece utópica, lejana e impracticable, aunque ya se está dando en diversos países, donde demuestra resultados alentadores: bienestar del ciudadano, aumento en el cumplimiento de los tratamientos propuestos, disminución del gasto sanitario, y muchos otros más.

-El estudio aquí realizado muestra que la integración en la prestación de los servicios de salud, que incluye al gestor, al prestador del servicio (el profesional sanitario) y al usuario de esos servicios, debe partir de una integración previa y más sustancial: la integración de la *persona*, tanto del médico como del paciente, con sus ideas, sentimientos, conocimientos, conflictos, en fin, sus biografías.

-La organización de los Centros de Atención Primaria no permiten realizar una labor con la calidad óptima deseada por los médicos y los pacientes. La congestión por el número de usuarios, las diversas funciones de los profesionales, y el escaso tiempo asignado a la consulta, entre otros factores, lo están impidiendo.

3. El sufrimiento

-Lo que enseña trabajos como este es que, además de los avances tecnológicos que utilicemos, la labor fundamental del médico es aliviar el sufrimiento que inevitablemente acompaña a la gran mayoría de enfermedades agudas y crónicas. Sin este acompañamiento, y especialmente el que se brinde al final de la vida, la labor médica sería incompleta y podría calificarse de injusta.

-Un resultado de este trabajo es la identificación del sufrimiento como sentimiento complejo, polifacético (secundario), no como sentimiento sencillo, simple (primario), lo que explicaría lo difícil de su identificación e interpretación.

-Como puede verse, la única forma de identificar el sufrimiento que se intenta aliviar, es tratar de reconocer en el enfermo los sentimientos, las ideas, los síntomas, las molestias, que nosotros mismos sentiríamos o percibiríamos si estuviéramos en su misma situación.

4. La comunicación

-Y por la forma tan variada y compleja en que se expresa el sufrimiento, es útil adquirir conocimientos en el campo de la comunicación y comenzar a aplicarlos en el trabajo clínico diario. Es tan útil comprender el uso de la palabra como las sutiles manifestaciones de la comunicación no verbal.

-Estas habilidades en el campo de la comunicación, le van a servir al médico tanto para expresar sus sentimientos e ideas, como para interpretar y dar adecuada respuesta a las de sus interlocutores, que están en ese momento en desventaja por sus carencias en salud.

5. La investigación cualitativa

- Para adquirir las destrezas necesarias a un adecuado ejercicio clínico, es recomendable la realización de trabajos de investigación mediante el uso de la investigación cualitativa, sin ignorar por ello otras metodologías. Esto

permitiría un conocimiento integral de la persona enferma, mejorar su atención, y esperar unos resultados más positivos en la actividad asistencial.

6. Las ciencias sociales

-Se recuerda que narrar es la forma como los pacientes nos cuentan sus síntomas-cuando tienen el tiempo para hacerlo, y que esa narrativa no difiere de la que conocemos en la literatura.

-Por lo tanto la medicina no puede distanciarse de las denominadas ciencias sociales, de las que también hace parte, alegando su carácter *científico*, pues aquellas también lo tienen. Para poder entender, explicar y solucionar los problemas de las personas se requiere un enfoque tan amplio como el campo en el que se pretende trabajar: el de la salud, el de la vida.

Estas conclusiones permiten hacer algunas propuestas, orientadas principalmente a mejorar la labor del médico, sin olvidar que no es el único actor ni el único responsable: en primer lugar aparece el sistema de salud dentro del cual se realizan sus actividades y en el que actualmente el médico tiene muy poco acceso y escasa capacidad de gestión; y el paciente, vale decir la sociedad en que se actúa, que ha sido poco educada en la utilización de estos servicios, y en los conceptos en general de la salud.

- La primera propuesta sería insistir en la adquisición de mas habilidades en comunicación, dado el carácter de interacción que se ha visto en la entrevista. Destacar la importancia de la conversación y especialmente de la atenta escucha.
- Adquirir también mas habilidades en el manejo de emociones, tanto propias como ajenas, sabiendo lo complejo y vasto que es este campo, y lo complicado que es en ocasiones poner en práctica estos conocimientos.
- Con estas dos herramientas, y seguramente con otras más, el médico estaría más capacitado para reconocer, identificar, interpretar y dar

respuestas a esas necesidades emocionales, afectivas, personales, que casi siempre una persona enferma espera de su médico. Mucho más cuando esa enfermedad le está generando esa situación tan especial que hemos denominado *sufrimiento*.

Estos años dedicados al estudio de la relación médico-paciente, y en particular estos últimos centrados especialmente en la comunicación de sus participantes, han sido de verdad gratificantes.

He tenido la oportunidad de leer *otros* temas, conocer y conversar con personas de diferentes procedencias, ocupaciones, y saberes que me mostraron la diversidad y complejidad de las relaciones humanas, especialmente en este campo de la salud, y mucho más en ese crucial momento que se llama enfermedad. Y lo diverso y complejo que es percibir, interpretar y manifestar un sentimiento, una sensación. Cuando las palabras se quedan cortas e incompletas, tanto para nosotros como para el que nos escucha. Cuando la necesidad llama a la solidaridad.

Por esto, para seguir ocupando el lugar que hemos escogido en la sociedad, y cumplir el compromiso con la gente que nos confía su salud y la de sus allegados, debemos seguir haciendo nuestra labor cada vez mejor, no sólo en el campo puramente técnico, si no en ese campo complejo, rico e indefinible que llaman *humano*.

Como se puede ver en este corto trabajo, elaborado en un segmento pequeño de población, el sufrimiento sigue presente en la vida de las personas, de forma inevitable. Y la labor nuestra sigue consistiendo en aliviarlo. Y no significa mayor esfuerzo. Se trata de adquirir, reforzar y aplicar esa capacidad de reconocer en la persona que está en frente sus sentimientos y emociones, que no son otra cosa que los de nosotros mismos. Porque "el paciente" no es un concepto abstracto ni un ser lejano, es alguien muy cercano: somos nosotros mismos.

7. Bibliografía

Adam, Jean-Michel y Revaz, Françoise; "(Proto) tipos: la estructura de la composición en los textos", en: *Textos de didáctica de la lengua y la literatura*, París, Seuil, 1996b.

Allué, Marta; "El dolor en directo", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004^a.
-*Perder la piel*, Barcelona, Seix Barral, S.A., 2004b.

Amezcuá, Manuel y Gálvez Toro, Alberto; "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", en: *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:423-436.

Anderson, Lynda A.; Zimmerman, Marc A. "Patient and Physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management", en : *Patient Education and Counseling*, 20:27-36, Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd, 1993.

Balint, Michael(1957);*El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1977.

Baños i Díez, Joseph Eladi; "Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: niños pre-verbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004.

Barbero Gutiérrez, Javier;"Sufrimiento y responsabilidad moral", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004.

Bateson, Gregory; "Culture contact and Schismogenesis". *Man*, 35:178-83, 1935, en: *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D., sexta edición, página 68, Barcelona, Editorial Herder, 1987.

Bayés Luna, Ramón; "Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Director Invitado: Ramón Bayés Luna. Barcelona, Editada por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004.

- "Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica", en: *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 7:70-74, 2000.

- *Afrontando la vida, esperando la muerte*, Alianza Editorial, Barcelona, 2006.

Bayliss, Richard; "Pain narratives", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas; *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrurtu editores, 1979.

Bergmann, Jörg R.; "Veiled morality: notes on discretion in psychiatry", en: *Talk at work: interaction in institutional settings*; Drew, Paul; Heritage, John; Cambridge-New York, Cambridge University Press, 1992.

Bolton, Gillie; "Stories of dying: therapeutic writing in hospice care", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Booth, W. et al., *A craft of research*, Chicago, University of Chicago Press, 1998.

Borrell i Carrió, Francesc; *Manual de Entrevista Clínica*, Barcelona, Doyma, 1989.

-*Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*, Barcelona, SEMFyC ediciones, 2003.

-"Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía", en: *Med Clin(Barc)* 2003; 121(20): 785-6.

Bosch i Fontcuberta, Joseph M.; *Comunicación no verbal del síndrome depresivo en el anciano*. Memoria presentada para optar al grado de Doctor en Medicina, Universidad de Barcelona, 1993.

Brody, Howard: *Stories of Sickness*. New Haven: Yale University Press, 1987; 26-30.

Brown, Penelope y Levinson, Stephen C., *Politeness. Some Universals of Language Use*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.

Byrne,P.S., Long BEL., "Doctors talking to patients", London, The Royal College of General Practitioners, Exeter, 1984.

Callahan, Daniel; "Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*; Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004.

Calsamiglia Blancafort, Helena; Tuson Valls, Amparo. *Las cosas del decir. Manual de Análisis del discurso*, Barcelona, Editorial Ariel, 1999.

Casasbuenas Duarte, Luis; *La entrevista en la relación médico-paciente. Antecedentes históricos, evolución y significados*. Trabajo de investigación (tesina) presentado el 5 de julio de 2005, en el "Programa de Doctorado

Periodismo y Ciencias de la Comunicación", de la *Universidad Autónoma de Barcelona*.

-*Obstáculos en la comunicación*, presentado a la Primera Edición de los Premios Esteve "Unidos por la atención al paciente", octubre de 2004.

Cassell, Eric J.; Prólogo a la primera edición, 1990, *The nature of suffering and the goals of Medicine*, segunda edición, New York, Oxford University Press, 2004.

Castilla del Pino, Carlos; *Teoría de los sentimientos*, Barcelona, Tusquets Editores, 2000.

Charadeau, Patrick; *Grammaire du sens et de l'expression*, París, Hachette, 1992.

Conde Gutiérrez, Fernando; "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la Medicina", en: *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:395-408.

Coulon, Alain; *La etnometodología*; Madrid, Ediciones Cátedra, 1998.

Dance, F.E.X. "El concepto de comunicación", en: *Journal of Communication*, 20:201-210, 1979.

Darwin, Charles (1872). *The expresion of the emotions in man and animals*, Chicago, University of Chicago Press, 1965.

de Andrés Pizarro, Josep; "El análisis de estudio cualitativo", en: *Atención Primaria* 2000; 25:42-46.

Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S.; "Entering the field of qualitative research", en: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. Dirs. *Handbook of qualitative research*, primera edición, Thousand Oaks, CA:Sage; 1994; 1-17.

Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, vigésima segunda edición, Madrid, Editorial Espasa Calpe, S.A., 2001.

Donald, Anna; "The words we live in", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Drew, Paul; Heritage, John, "Analyzing talk at work", en: *Talk at work: interaction in institutional settings*; edited by Drew, Paul; Heritage, John; New York, Cambridge University Press, 1992.

Drife, James Owen; "Narrative in surgery", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Elwyn, Glyn y Gwyn, Richard; "Stories we hear and stories we tell...analysing talk in clinical practice", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Escandell Vidal, María Victoria. *La Comunicación*, Madrid, Editorial Gredos, 2005.

Frankl, Víctor; *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 2004.

Fernández de Sanmamed Santos, M.J. y Calderón Gómez, C.; "Investigación cualitativa en Atención Primaria", en: Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F., *Atención Primaria*, 5ª edición, Barcelona, Harcourt International, 2003.

Freidson, E.; "The profession of medicine", 1970, en: *Patients, Physicians and Illness: a sourcebook in behavioral science and health*, Aderson, Timothy; Helm, David T., New York-London, edited by E. Gartly Jaco, 2nd edition, The Free Press: Collier-Mc Millan, 1972.

GATHA-BASE. Manual de uso. Córdoba 1996 (material mimeografiado).

Geertz, C.; *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa, 1989.

Goffman, Erving, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Madrid, Editorial Amorrurtu-Murguía, 1959.

Gorawara-Bhat, Rita, et al.; " Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool", en: *Patient Education and Counseling*, 66 (2007) 223-234.

Gran Diccionario de la Lengua Española, página 1497, Barcelona, Larousse Editorial, S.A. 2.000.

Greenhalgh, Trisha y Hurwitz, Brian; "Why study narrative?", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Grice, Paul (1975), "Lógica y conversación", en: *La búsqueda del significado*, Madrid, L. Valdés (edit), Tecnos/ Universidad de Murcia, 1991.

Gunnarsson, Britt-Louise; "Análisis aplicado del discurso (AAD)", en: *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*, tomo 2, Barcelona, compilado por Van Dijk, Teun A., editorial Gedisa, 2001.

Heath, Christian; "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation", en: *Talk at work: interaction in institutional settings*; Drew, Paul; Heritage, John; Cambridge-New York, Cambridge University Press, 1992.

Heath, Iona; "Following the story: continuity of care in general practice", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Henbest, R.J.; Fehrsen, G.S. "Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes", en: *Family Practice* 9:311-7. NOT AV, 1992.

- Henbest, R.J.; Stewart, M.A. "Patient centredness in the consultation. 1: A method for measurement", en: *Family Practice* , 6:249-53, NOT AVAIL. 1989.

Heritage, John; *Garfinkel and Ethnomethodology*, Polity Press, Cambridge, 1984.

Holmes, Jeremy; "Narrative in psychoterapy", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Hurwitz, Brian; "The wounded storyteller: narrative strands in medical negligence", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Hymes, Dell H.; "Models of the interaction of language and social life", en: J.J. Gumperz y D.H. Hymes (editores), *Directions in sociolinguistics. The ethnography of communication*, New York, Basil Blackwell, 1972, pp 35-71.

Íñiguez Rueda, Lupicinio; "Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales", en: *Atención Primaria* 1999; 23:496-502.

Jones, Anne Hudson; "Narrative in medical ethics", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

-"Literature and medicine: narrative ethics", en *Lancet*, 1997; 349:1243-6.

Jovell, Albert; "Gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud" en: *Siete días médicos*, número 600(25 de junio-1 de julio), Barcelona, Ediciones Mayo, S.A., 2004.

Knapp, Mark L.(1980); *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*, Barcelona, Paidós, 1992.

Laín, Pedro; *El médico y el enfermo*, Madrid, editorial Triacastela, 2003.

-*La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza, 1983.

Launer, John; "Narrative and mental health in primary care", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Law, M. et al.; *Instrucciones para el Formulario de Revisión Crítica . Estudios cualitativos*; 1.998, McMaster University. Traducción autorizada: T.O. Mariela Nabergol. Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Lazarus, R.S., "Cognition and motivation in emotion", en *American Psychologist*, número 46(4), pp. 352-367, 1991.

Leder, Drew; "Clinical interpretation: the Hermeneutics in medicine", en: *Theor. Med*, 1990; 11: 9-24.

LeDoux, Joseph; *El cerebro emocional*, Barcelona, Editorial Planeta, S.A. 1999.

Leech, Geoffrey N.(1983); *Principios de pragmática*, Logroño, Universidad de la Rioja, 1997.

Loeser, John D.; "Dolor crónico: un dilema en los cuidados de salud en nuestro tiempo", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*; Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas", 2004.

Macho, Isabel; Pérez-Castrillo, David: *Introducción a la Economía de la Información*, Barcelona, Ariel Economía, 1994.

Macnaughton, Jane; "Anecdote in clinical practice", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Mast, MS, "On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction", *Patient Education and Counseling*, (2007), doi: 10.1016/j.pec.2007.03.005.

McWhinney, I.R. *A textbook of Family Medicine*, 111-130, Oxford, Oxford University Press, 1989.

Mercado Martínez, Francisco Javier; "El proceso de análisis de los datos en una investigación socio-cultural en salud", en: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Francisco Javier Mercado Martínez y Teresa Margarita Torres López (compiladores), Plaza y Valdés editores, S.A. de C.V., México, D.F., 2000.

Morrell, D.C.; Evans, M.E.; Morris, R.W.; Roland, M.O., "The 'five minute' consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction", en: *British Medical Journal*, 292:870-873, 1986.

Murphy, E.; Dingwall, R.; Greatbach, D.; Parker, S.; Watson, P.; "Qualitative research methods in health technology Assessment: a review of the literature". *Health Technology Assessment*, 1998; 2(16).

Orozco Gómez, Guillermo; *La investigación en Comunicación desde la Perspectiva Cualitativa*, Guadalajara, Méjico, Instituto Mejicano para el Desarrollo Comunitario, A.C., 1997.

Parsons, Talcott. *The sick role and the role of the physicians reconsidered*, Milbank Memorial Fund Quarterly, páginas 257-78, 1953.

Payrató, Lluís(1993); "A pragmatic view on autonomous gestures: a first repertoire of Catalan emblems", en: *Journal of Pragmatics*, 19: 193-216.

-"Trascripción del discurso coloquial", en: Luis Cortés (editor). *El español coloquial*. Actas del I Simposio sobre análisis del discurso oral, Almería, Universidad de Almería, pp.45-70, 1995.

Pease, Allan; *El lenguaje del cuerpo*; Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1988.

Pérez-Martínez, D. A.; Puente-Muñoz, A. I.; Doménech, J.; Baztán, J. J.; Berber-García, A.; Porta-Etessam, J.; "Apraxia unilateral del cierre palpebral tras un ictus isquémico: el papel del hemisferio derecho en la comunicación gestual emocional", en *Rev Neurol*. 2007; 44(7):411-414, Barcelona.

Plutchik, R., "Emotions and their vicissitudes: Emotions and Psycopatology", en: *Handbook of emotions*, Nueva York, Guilford, editado por M. Lewis y J.M. Haviland, 1993, pp. 53-65.

Poyatos, Fernando; *La comunicación no verbal, tomo I. Cultura, lenguaje y conversación*, Madrid, Istmo, 1994^a.

-*La comunicación no verbal, Tomo II. Paralenguaje, kinésica e interacción*, Madrid, Istmo, 1994b.

Prados, J. A., Borrell, F., Bosch, J. M., Cebriá, J., Pérez, J.J., Alonso, S.; "Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial; en *Atención Primaria* 1996; 18(Supl 1):246-247.

Pratt, John W.; Zeckhauser, Richard: *Principals and Agents: The Structure of Business*, Boston, Harvard Business School Press, 1985.

Rachman, Stephen; "Literature in medicine", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Ramentol i Masia, Santiago, *Els silencis de la ciència*, Barcelona, Comunicació edicions, 3 i 4, 2000.

Ridderikhoff, J., "Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach", en: *Methods of information in Medicine*, 32:73-8. AVAILA, 1993.

Riera, Ignasi; *Los otros médicos*, Barcelona, ACV Ediciones, 2003.

Robbins, J.A.; Bertakis, K.D.; Helms, L.J.; Azari, R.; Callahan, E.J.; Creten, D.A. "The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction", en: *Family Medicine*, 25:17-20 NOT A. 1993.

Robles Silva, Leticia; "La subjetividad del investigador en sus análisis científicos", en: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Francisco Javier Mercado Martínez y Teresa Margarita Torres López (compiladores), Plaza y Valdés editores, S.A. de C.V., México, D.F., 2000.

Rodríguez Gómez, G.; Gil Flórez, J.; García Jiménez, E.; *Metodología de la investigación cualitativa*, Granada: Aljibe, 1996.

Rosenberg, C.E.; "Introduction framing disease: Illness, Society and History", en: Rosenberg, C.E.; Golden, J. editores. *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992:XIV.

Ruiz Olabuénaga, J.I.; Ispuzúa, M.A.; *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

Ruiz Moral, R., Prados Castillejo, J. A., Alba Jurado, M., Bellón Saameño, J. y Pérula de Torres, L. A.; "Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES", en: *Atención Primaria*. Vol 27. Número 7. 30 de abril de 2001.

-Ruiz Moral, R., Prados Castillejo, J. A., Bellón Saameño, J., Pérula de Torres, L., "An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The <GATHA-RES> questionnaire; en *Educ Gen Pract*. 2001(en prensa).

-Ruiz-Moral, R. y Pérula de Torres, L.A.; "Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA, en: *Atención Primaria*. 2006; 37(6):320-4.

Sacks, Oliver; *Con una sola pierna*, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A., 1998.

Skultans, Vieda; "Anthropology and narrative", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Sontag, Susan: *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Madrid, editorial Suma de Letras, 2003.

Sorjonen, Marja-Leena; Drew, Paul; "Diálogo institucional", en: *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*, tomo 2, Barcelona, compilado por Van Dijk, Teun A., editorial Gedisa, 2001.

Sperber, Dan y Wilson, Deirdre; *La relevancia. Comunicación y procesos cognitivos*, Madrid, Visor, 1994.

Squier, Harriet A.; "Teaching humanities in the undergraduate medical curriculum", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, Londres, BMJ Books, 1998.

Steward et al. "Patient-centered interviewing: five provocative questions", en: *Canadian Family Physician*, 35:159-161, 1989.

Taylor, S.J.; Bogdan, R.: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, segunda reimpresión, Barcelona, Editorial Paidós, 1994.

Turabian Fernández, José Luis; Pérez Franco, Benjamín. Barcelona, "El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos", en: *Atención Primaria*, 2006; 38(3): 165-7.

Tusón, Amparo(1995a); *El análisis de la conversación*, Barcelona, Ariel, 1997.

Van Dijk, Teun A. ; "El discurso como acción en la sociedad", en: *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*, tomo 2, Barcelona, compilado por Van Dijk, Teun A., editorial Gedisa, 2001.

Verschueren, Jef. *Para entender la pragmática*, Madrid, Editorial Gredos, S.A., 2002.

www.fbjoseplaporte.org

Waitrkin & Stroeckle, "The physician-patient encounter: a process of reality negotiation", en : *Patients, Physicians and Illness: a sourcebook in behavioral science and health*, Anderson, Timothy; Helm, David T., New York-London, edited by E. Gately Jaco, 2nd edition, The Free Press: Collier-Mc Millan Ltd, 1972.

Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D. *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, sexta edición, Barcelona, Editorial Herder, 1987.

Wilson y Bloom, "The Physician-Patient encounter: a reality negotiation", en: *Patients, Physicians and Illness: a sourcebook in behavioral science and health*, Anderson, Timothy; Helm, David T., New York-London, edited by E. Gately Jaco, 2nd edition, The Free Press: Collier-Mc Millan, 1972.

Wukmir, V.J.; *Emoción y sufrimiento: endo-antropología elemental*, Barcelona, Labor, 1967.