

14 artículo

M^a Pilar Arroyo Aniés [[Buscar autor en Medline](#)]
Rafael Gracia Ballarín [[Buscar autor en Medline](#)]



La comunicación en el medio rural...una entrevista ampliada.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

"Para existir de verdad, la palabra debe nutrirse de la ESCUCHA" (S. Tamaro)¹

Introducción

Tal y como analiza un documento anterior de la semFYC², la heterogeneidad es una característica importante de las condiciones de la Atención Primaria (AP) en el medio rural de nuestro país, existiendo gran disparidad entre núcleos aislados de pocos habitantes y poblaciones cercanas a la ciudad. Igualmente, la percepción y la implicación del médico rural no es la misma si vive fuera del núcleo que si comparte vecindad con sus pacientes. Premisas que condicionan cualquier abordaje del tema.

Las características con que antiguamente se definía el humanismo de nuestra profesión, recogido por Javier García-Campayo³, sitúan a médicos y médicas del medio rural en las condiciones ideales para ejercer ese perfil de persona humanista: capacidad de empatía (definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, facilitada porque convive con él geográficamente y conoce lo que su situación de debilidad y de enfermedad le ocasiona), de resolución técnica y polivalente⁴, con los medios al a su alcance y, derivado de la cercanía a la naturaleza y a los habitantes, su cultura y recursos, también posee una dosis superior de sabiduría.

Por parte de los pacientes se detectan diferencias entre la demanda urbana, con mayor petición de consultas preventivas, frente a las demandas rurales tradicionalmente más orientadas a lo curativo⁵, aunque también en este aspecto está habiendo cambios. Quedan lejos los carteles informativos⁶ que adornaban las salas de espera de las consultas de los facultativos rurales, salas que formaban parte de la casa del médico, y que se referían a problemas de salud de la zona ligados a la experiencia vital de relación con el campo y los peligros de las actividades agrícolas y ganaderas. En la actualidad, la similar escolarización y culturización a través de los medios de comunicación, especialmente la televisión, hace que el panorama de enfermedades y temores por los que suelen acudir los pacientes en el mundo rural apenas difiera del urbano.

Por otro lado, entre los médicos, aunque cada vez es menor el aislamiento y mayores las facilidades personales y vitales para conectar con la ciudad, el destino rural no resulta atractivo para la mayoría. Vamos a orientar nuestro discurso a través de una puerta de entrada narrativa que permite introducirse en el terreno teórico de forma más práctica que el discurso del experto. Contrasta, además, con el abordaje técnico de la Medicina Basada en Pruebas, a la que completa ya que establece puentes entre la realidad de la biografía y el sufrimiento de las personas. Esto facilitará la resolución de los problemas de la consulta.

Una jornada de médico rural.

El temporal ha obligado a extremar precauciones en la zona. El médico de guardia permanece en el consultorio toda la tarde y mientras ve su vehículo cubrirse de una fina capa de nieve, piensa en la oferta hecha por la Guardia Civil de trasladarle en uno de sus vehículos todo terreno, en caso de llamadas urgentes, a alguno de los puntos escasamente poblados e incluso caseríos, de la zona que cubre en esa jornada.

La tarde es tranquila, como esperaba. ¡Quién va a llamar!, hay que estar muy mal para reclamar al médico en una tarde así. Sólo la presencia de la persona de la limpieza rompe el aislamiento y ésta aprovecha para contarle un problema de sus suegros, que viven con ella y su marido.

bibliografía

1. Tamaro S. Cada semilla una palabra. Seix Barral. Barcelona, 2005.
2. Grupo de trabajo de Medicina rural de la semFYC. El medio rural: una visión mirando al futuro. Documento semFYC nº 11. (1999)
3. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. Med Clin (Barc) 1998;11:23-6.
4. Gervas J, Pérez M. Médicos rurales, médicos generales. SEMERGEN 2006;32:107-8.
5. Vaquero LC Medicina rural en el siglo XXI. El médico 30/03/2007:16-23.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



Recuerda las peripecias de la mañana.

Antes de acudir al consultorio, pasó por el taller del mecánico para evitar que ese ruido que notó ayer le diera un susto en tan malas condiciones de circulación... Esperaba que Paco le echara un vistazo rápido. Encontró allí a Fermín, padre de Paco. Estupor y sorpresa por parte de ambos. (El hombre lleva varios días de baja por un lumbago). El hijo ha tenido que salir urgente, murmura bajo según se dirige ya hacia el coche y procede a interrogar con la mirada sobre el lugar de la avería para ver de solucionarla de inmediato y no hablar más. El médico no pregunta, decide atender su trabajo y abordar el tema en mejor lugar.

A la consulta han acudido cinco pacientes a un consultorio y otros doce a éste. Personas de edad avanzada, en su mayoría con achaques crónicos, demandando recetas e interconsultas que le obligan a excesivo papeleo sin el apoyo administrativo del centro cabecera de la comarca. Le viene a la memoria la visita de Juan, a por recetas para su hermano que vuelve del hospital muy grave. Saliendo hacia la puerta, médica y paciente, le he comentado: "Avísame en cuanto llegue a casa que iré con Ana, la enfermera, y veremos cuánto podemos hacer para aliviarle". Me ha llamado la atención cómo se ha iluminado la cara del hombre, él no se atrevía a pedirlo. Además ha estado con Blas, que acaba sus días en casa, rodeado del cariño y atención de los suyos. Ha visitado a Pascual que se recupera de una neumonía y a Tomasa, su mujer, que no puede subir la escalera del consultorio por la artrosis que la limita. Pesan más los desplazamientos que el volumen de consultas en sí y este mal tiempo dificulta el acceso a alguno de los domicilios y uno acaba yendo a pie, a riesgo de caídas.

Al llegar la noche se encamina al hostel donde los parroquianos de última hora charlan en animada conversación e incluso algunos (transportistas y obreros para la contrata del nuevo polideportivo en su mayor parte) cenan y se incorporan al debate general sobre las noticias de la TV.

En la barra sólo hay una persona, de momento no se ha fijado en él pero las risas y miradas de las mesas próximas le hacen caer en la cuenta de que el que está de pie en la barra está roncando. Es un hombre grueso de mediana edad que vive solo en el valle. Lo conoce de la consulta por un problema en la piel que automedica con un remedio especial.

No comenta nada. Percibe las miradas que a su vez recibe de las personas que le rodean como interrogando su valoración. La noche también ha sido tranquila y con la escasa luz de la mañana, filtrada a través de un cielo encapotado, resulta agradable el café y las tostadas del desayuno. A su alrededor ya salen los obreros al tajo y en la barra varias personas matan el ayuno con algo. Destaca entre ellos el responsable de la gasolinera que sostiene la prensa con una mano temblorosa. La copa que acompaña la otra mano se encargará de devolverle por un rato el control necesario desde esta temprana hora de la mañana.

Veamos qué depara la jornada de hoy...

Marco general de comunicación. Puntos de interés

El encuentro clínico de una relación asistencial tiene siempre presentes dos componentes: el humano y el técnico. Desde el comienzo debe quedar claro que la calidad humana no exime de la calidad técnica. El **cuadro 1**, modificado de F.Borrell⁷, nos recuerda el proceso bidireccional de la comunicación y los factores implicados.

Habitualmente, cuando pensamos en el marco en donde se desarrolla la entrevista médico-paciente nos imaginamos el entorno de una consulta y el canal verbal como el principal en el que se desarrolla el intercambio entre **emisor** y receptor. Acaso imaginamos el domicilio como entorno también posible. En el medio rural, como hemos visto en la narración, los límites de la consulta se amplían perdiendo su carácter restringido hasta dar lugar a cierta falta de control del médico en el ejercicio de su trabajo. Ello condiciona tanto el contenido como la recepción del mensaje: el taller o el bar no son lugares adecuados para ejercer el rol profesional en las mejores condiciones y, salvo en caso de una urgencia, parece que cuando el médico está allí no está trabajando pero, recordando al recientemente fallecido Paul Watzlawick, Escuela de Palo Alto (California)⁸, es imposible no comunicar y sólo la presencia del médico en el taller, aunque mantenga la boca cerrada, hace recibir un mensaje al que está de baja; igual que en la calle ante el que fuma o viendo en el bar servir anís por la mañana a un alcohólico conocido por todos ejerciendo una influencia del observador en lo observado difícil de medir.

El marco en que los médicos y las médicas rurales desarrollan su trabajo ha cambiado también sustancialmente en los últimos años del siglo XX. El éxodo y "desagrarización" de la población rural, su mejor nivel de formación y el acceso diversificado a información sobre salud y el envejecimiento de sus habitantes junto a la incorporación de un colectivo urbano residencial temporal, en algunos casos, o la proximidad a núcleos urbanos o polígonos industriales, ha propiciado un cambio sustancial en el **receptor** del mensaje de los profesionales sanitarios. La relación previa de tipo vertical, en la que el/los técnico/s ejercía/n su trabajo con marcada autoridad, ha dado paso a una relación horizontal en la que la autonomía y opinión del paciente adquieren mayor importancia⁹ y ponen en tela de juicio la opinión del profesional que le atiende (ver **Cuadro 2**).

Entramos de lleno en la revisión de la figura del profesional (**emisor**) que ha visto necesario cambiar sus actitudes y sus habilidades para dar respuesta a una transformación continuada en su interlocutor. El estilo paternalista anterior, interiorizado por la población, ha dado paso a una relación entre iguales que obliga a tomar un papel de asesor, de cooperación con otros profesionales y a ostentar un poder fragmentado⁹.

Las **características del buen comunicador**: empatía, cordialidad, baja reactividad y respeto⁷ cobran mayor fuerza, si cabe, que en el medio urbano, dado que la relación se extiende fuera del ámbito de lo sanitario. Así, gana aquel / aquella profesional proactivo/a, con mentalidad abierta a la experiencia, que escucha las opiniones contrarias con asertividad, que desarrolla una respuesta evaluativa ante los sentimientos negativos que determinadas conductas del paciente o de su familia provocan en él. Retirando etiquetas y evitando juicios personales que actúen como barrera silenciosa entre ambos. La empatía, ponerse en el lugar del otro, en lo posible, en lo concreto, sin teatralidad, está más al alcance conociendo la compleja vida cotidiana de los pacientes y sus familias.

"El diagnóstico biomédico es sólo parte de la tarea clínica. Insistir en la interpretación de la enfermedad y la salud desde la perspectiva intersubjetiva dada por el espacio del paciente para articular lo que le concierne a él o a ella, hallar sus expectativas ..." ¹¹, es básico para desarrollar la tarea de un médico competente.

Resulta fundamental la formación en aspectos psicológicos y psicosociales, en técnicas necesarias para el adecuado manejo de las emociones, en el reconocimiento de las mismas y de su interacción, llegando a captar la importancia del autoconocimiento del profesional^{11,12} y de la integración de otros factores en el diagnóstico como forma de reducir la incertidumbre con la que, de habitual, se desarrolla el trabajo de los profesionales sanitarios de AP y, de manera especial, de los rurales por su distancia del Hospital. En el **cuadro 3** se explicitan los principios que, revisados por Tizón¹³, habría que fomentar en cuanto a actitudes, habilidades y competencias en los nuevos profesionales para un adecuado abordaje biopsicosocial.

Por otro lado, **la ética y la tolerancia** del sanitario rural son aspectos a cuidar con esmero, ya que se ven puestas a prueba por todo esto en más ocasiones, debiendo hilar fino para no transgredir la confidencialidad ni utilizar contra los pacientes informaciones obtenidas involuntariamente a través de otras personas ("*no sabe usted lo que le pasó a mi vecino y paciente suyo...*"), ni dejarse manipular por lo que sus pacientes le pidan en calidad de amistosa vecindad más allá de lo que considera su deber profesional. Así, parece lógico no hacer comentario alguno al observar a sus pacientes en un lugar público o detectar el inadecuado comportamiento del mecánico que debe abordar con delicadeza pero con firmeza. Los principios de autonomía y no maledicencia se instalan por delante de la beneficencia y de la justicia. Adaptar y compatibilizar estos últimos es necesario en algunos casos, especialmente si se vive en la comunidad, como se comenta más adelante y teniendo en cuenta que un pequeño malentendido puede dar lugar a una mala relación muy difícil de enderezar en el tiempo. El saber que va a haber un "después" en la relación hace muy importante dejar bien claro el marco ético del profesional, pero también ser capaz de flexibilizarlo hasta que sea comprendido.

Interferencias, paralenguaje y ruidos del entorno.

Todos los componentes de la comunicación no verbal y el paralenguaje aumentan sus dimensiones. La escenografía se amplía y médica y médico atienden como si de una gran familia se tratara. La dimensión humana del profesional y del paciente interactúan aportando un valor añadido a la comunicación.

La apariencia y los modales cobran mayor relevancia al aparecer en momentos y lugares ajenos a la consulta y la percepción de los mismos tiene un amplio eco. En esta línea, debe valorarse el esfuerzo del profesional por mantener unos hábitos y comportamiento general acorde con las normas que "receta" y que en buena parte pueden ser transmitidos más allá de sus palabras.

La forma de comunicar es personal, pero sabemos la importancia de la música, más allá de lo que dicen las palabras. Los médicos y médicas, rurales o no, modulamos la información con un buen número de connotaciones, conscientes o inconscientes, que conforman el **paralenguaje**. El profesional rural, cuando lleva tiempo en su plaza, ha desarrollado su peculiar forma de expresarse y de contactar, y su población la conoce. Llegar a ser consciente de ese tono, reconocer su estado interior, cómo se muestra a su interlocutor y ejercerlo dentro y fuera del espacio de consulta, es una capacidad importante. La formación en el conocimiento de las propias emociones y el control de las mismas ayudan a perfilar la figura del cuidador en su comunidad.

La comunidad rural funciona también como un gran altavoz sobre los errores y aciertos del médico. La humildad se incorpora aquí como un valor importante y también el humor como forma de dar salida a situaciones que, de otra forma, pueden condicionar e impactar progresivamente la atención a sus pacientes. Con el paso del tiempo, la confianza crece y la población se entrega con mayor tolerancia, hacia el quehacer de sus profesionales. El abordaje psicosocial avanza junto a las actividades preventivas, en las que el profesional

de la medicina tiene mayores apoyos.

A este nivel resaltar el interés de una relación de diálogo y cooperación con la enfermera, sin temor a perder protagonismo y valorando la importancia de sumar fuerzas para gestionar la asistencia a una población con frecuencia de edad avanzada, con limitaciones para acudir a consulta y en la que los cuidados de enfermería son básicos. La menor sobrecarga asistencial y disponibilidad de tiempo se incorporan como elementos positivos de la realidad rural y son un punto de satisfacción referido en muchas ocasiones¹⁴. Junto a ello, las peores condiciones en cuanto a dispersión y recursos administrativos e informáticos obligan a realizar desplazamientos importantes y tareas no asistenciales que interfieren la comunicación médico-paciente con mayor frecuencia de la deseable.

También es referida² la diferente visión del sentido de la enfermedad y su forma de aceptarla en el medio rural. A mayor aislamiento, mayor elaboración y asunción de los procesos a la dinámica habitual de la vida. Ello conlleva creencias y vocabulario e incluso remedios especiales para sus afecciones y, en ocasiones, la aparición y culto a ideas no racionales que pueden llevar a cultivar el *pensamiento mágico* por generaciones. Todo ello condiciona también las posibilidades de tratamiento y actuación del profesional rural que verá cómo las creencias y valores de su población le obligan a respetarlos muchas veces más allá de lo que le dicta la medicina científica que él conoce. Este es un punto de interés en lo que respecta a la ética del profesional que puede llevarle, en ocasiones, a deliberaciones cuidadosas y a poner a prueba su tolerancia de forma importante. Impacta aquí de nuevo lo referido como práctica reflexiva sobre la propia conducta seguida en la consulta¹⁵ y también la necesidad de hacer participar al otro en la toma de decisiones, en un ejercicio de consejo personalizado, de consulta centrada en la persona.

Cierre de la entrevista

El cierre de la entrevista también es un tema importante. Siempre debemos dejar un margen para la sorpresa, para que las cosas puedan desarrollarse de diferente forma de cómo las prevemos, aunque en el medio rural el tiempo se alía con los profesionales sanitarios para un mejor abordaje de los procesos. Tomar las precauciones necesarias para evitar errores, dado que el contacto se repetirá dentro y fuera del marco sanitario, es prevenir malas caras y futuras situaciones desagradables. Las deficiencias de tipo administrativo en el contexto rural devuelven a los profesionales la autonomía para marcar la pauta de seguimiento a los pacientes y, así, evitar desplazamientos y visitas innecesarias.

Por último, dada la dificultad real y los problemas de cambio de profesional de referencia en el contexto rural, conviene hacer un último esfuerzo antes de acabar la consulta para dejar en buen estado la relación médico-paciente: "*¿Estamos de acuerdo?*".

Cuando el médico vive allí

Me agrada y abruma a la vez verme saludado cuando paseo por la calle, incluso por gente que no conozco. A veces, ser reconocido me libera de una visita domiciliaria como la de aquel hijo que me refiere la buena evolución de su madre cuando me lo encuentro "...no se preocupe que ya la mimo yo" o ayuda a la repesca del que no acude a por las bajas...en el cruce del portal, solos, "¡hombre!, me parece que tenía que verte uno de estos días..."

Soy testigo del cumplimiento, del esfuerzo que supone el cambio en diferentes hábitos y conductas, como "salir a caminar al menos 3 veces por semana..."

Y ellos también observan. A mí y a mi familia. A mis hijos en clase, a mi pareja en las conversaciones próximas y en el mercado. Pero no hasta el punto de tener que buscar la intimidad saliendo de fin de semana para escapar al "ojo del gran hermano".

Una vez, en la peluquería me abordaron y, como si estuviéramos en la consulta, surgieron temas que rozaban la ética ("¿me daría la baja para cuidar a mi madre mientras la operan?").

Pero lo anecdótico forma parte de lo excepcional en mi caso y, sin embargo, es un privilegio poder ser localizado en el lugar adecuado y en el momento oportuno ante situaciones de desamparo que se viven con gran ansiedad, no sólo ante la muerte sino también ante el susto que da una hipoglucemia (**Imagen 3**)

La accesibilidad de todo tipo (de espacio, de tiempo, económica, psicosocial,...) y la continuidad, que permite a menudo ser testigo de varias etapas vitales del individuo y de su familia, dan lugar a la confianza, elemento esencial de la relación entre médicos y pacientes. Y compartir coordenadas de vecindad, aporta el conocimiento en profundidad de toda una serie de aspectos que afectan a la comunidad que se atiende, como empresas que abren o cierran, disputas familiares o vecinales de larga tradición, intereses de poder, fallecimiento o impacto de procesos en los próximos... que pueden influir en los padecimientos y forma de expresar el malestar a nivel individual, facilitando el encuadre de la entrevista. Ello conlleva, a menudo, menos derivaciones, estudios y pruebas, es decir, *menor adherencia* a la llamada ley de cuidados inversos, que lleva a proporcionar más recursos a quienes menos los necesitan⁴.

Todavía persiste la familia extensa que alberga a tres generaciones bajo el mismo techo. En ellas, el deseo de morir en casa se mantiene y el acompañamiento a los terminales es un aspecto frecuente en la labor de los médicos y de las médicas rurales que, además de acompañar al paciente y a sus cuidadores, ayuda a elaborar el duelo posterior por la pérdida. La proxémica quizá habría que explicar qué es la próxemica en este terreno se mueve en una cercanía casi íntima por su familiaridad.

La presencia de los profesionales sanitarios en su núcleo de vida conlleva un reconocimiento importante de su tarea por la población, demostrado en regalos y presentes de la tierra o artesanales (frutos de la huerta, vino y postres caseros, labores de punto para el recién-nacido, transporte por la Guardia Civil en situaciones complicadas...) que incluso se declara abiertamente, como *el caso de Cosme que, conocido por todos en el pueblo, cuando murió, su familia solicitó al profesional, como médico y amigo que era, que escribiera unas palabras de glosa sobre el difunto para el funeral*. El mismo escenario ampliado que hemos reflejado como marco de la entrevista, se incorpora para la solución de los problemas en algunas ocasiones con la propuesta de actividades de salud comunitaria en la escuela, entre los mayores, entre las mujeres...en las que los profesionales de la sanidad en el núcleo rural, médico y enfermera, pueden desempeñar un papel destacado, más allá del abordaje individual de una consulta¹⁶.

Para finalizar

El modelo biopsicosocial en la clínica parece perder fuerza en la asistencia en el último decenio⁽¹³⁾, derrotado por la fascinación tecnológica. Quizás el mundo rural todavía permita una necesaria integración entre ciencia y relación personal, entre MBE y necesidades individuales de los pacientes. A la vista de los cambios de nuestra sociedad y del peso actual de una asistencia sanitaria funcionarizada, que afecta también a la expresión de creencias sobre la enfermedad y la salud entre la población rural, es posible estimular a las nuevas generaciones de profesionales de la medicina a incorporarse a este medio donde los valores de las personas se expresan con fuerza sin desdeñar la capacidad instrumental. En la medicina rural puede plasmarse ese enfoque con un alto grado de satisfacción personal por lo que animamos a experimentar esa manera de ser médico.

El **Cuadro 4**, tomado de Pérez y Turabian¹⁷ sintetiza el marco de competencia clínica de un médico de familia y expresa el provecho de esa interrelación que se vive y se conoce en el mundo rural, a veces sin saber que se sabe tanto...

Competencia clínica del médico de familia

1. Comprender que el ser humano es complejo y multidimensional requiere conciencia sistémica y comprensión personal.
2. El médico de familia debe aprender a gestionar las incertidumbres y a reconocer las limitaciones.
3. La principal enfermedad profesional del médico es la «sordera», es decir, la falta de empatía-generosidad hacia el mundo ordinario del paciente.
4. Más que en aprender muchas más cosas, la eficacia del razonamiento clínico reside en aprender a relacionar las que ya sabemos.

HEMOS HABLADO DE...

Heterogeneidad de situaciones en la Atención Sanitaria del medio rural.

Cambios sociodemográficos importantes que condicionan el trabajo de los profesionales del medio que no siempre viven allí.

Marco Global de Comunicación:

1. **Canal**- espacio ampliado y signos y síntomas detectados más allá del lugar de la consulta.
2. **Receptor**- ha cambiado en los últimos años. Valoración de expectativas en salud, diferentes de las del medio urbano.
3. **Emisor**- importancia de las características de comunicador (accesibilidad y confianza añadidos) y de una ética exigente. Capacidad de autorreflexión. Relación horizontal y poder fragmentado. Aislamiento. Necesidad de coordinación/cooperación compañeros (enfermería).
4. **Interferencias** (cognitivas, emocionales y sociales), **paralenguaje y ruidos**- más importantes según las características del núcleo. Importancia del aspecto y conducta personal (en ambas direcciones). Existencia de creencias y pensamiento mágico. Eco de los errores y aciertos. Importancia de la valoración psicosocial del individuo y de la comunidad. Interacción emociones.

Entrevista Clínica: Mayor disponibilidad de tiempo con menos apoyo en tareas de gestión. Exige esmero en la forma de manejar la información y una cuidada ética personal. Relevancia en la parte exploratoria de la Comunicación No Verbal, más allá de lo que se expresa, y con una especial atención a la fase resolutoria con posibilidad de consejo

individualizado, en base al conocimiento de otros factores psicosociales y protegiendo la relación y la continuidad de la misma más allá del encuentro clínico. Importancia del acompañamiento en las pérdidas (individuo y familia).

Imperativos éticos: respeto a la autonomía de cada persona (e incluso de la sociedad en determinadas circunstancias o aspectos de interés sanitario) y al principio de no maleficencia (importancia de la confidencialidad), básicamente. Flexibilidad necesaria para ser pedagógico.

Cuando el médico vive allí

1. Accesibilidad
2. Conocimiento ampliado.
3. *Oportunidad de aprender a ser* y captar más allá de las palabras...
4. Importancia de la influencia del observador en lo observado.
5. Ética a cuidar con esmero.

