



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

PSIQUIATRÍA

**REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL ENCUADRE, LA ALIANZA
TERAPÉUTICA, LOS LÍMITES Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA.**

DR. FERNANDO RODRÍGUEZ VILLALÓN

ASESOR
DR. ANDRES VALDERRAMA PEDROZA

Febrero 2022



Revisión de la literatura sobre el encuadre, la alianza terapéutica, los límites y organización de la consulta médica por Fernando Rodríguez Villalón se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL ENCUADRE, LA ALIANZA
TERAPÉUTICA, LOS LIMITES Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA.**

PRESENTA

DR. FERNANDO RODRÍGUEZ VILLALÓN

Firmas

Asesor Dr. Andrés Valderrama Pedroza	
Sinodales	
Dr. Andrés Valderrama Pedroza	
Dra. Laura Elena Pérez Ramos	
Dr. José María Hernández Mata	
Dra. Ilse Paulina López de la Mora	
M.C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefe del Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina	Dr. Andrés Valderrama Pedroza Coordinador de la Especialidad en Psiquiatría

RESUMEN

Uno de los principales retos a los que se enfrenta el médico general es al cambio en los paradigmas de la atención médica, principalmente la disyuntiva entre la visión del paciente como enfermo que requiere la atención sanitaria o como un consumidor que requiere de los servicios de salud. Mientras que la medicina occidental se ha centrado en la creación de escalas y protocolos de diagnóstico y tratamiento, otras disciplinas han adquirido popularidad entre los pacientes por incluir un abordaje humanista, que toma en consideración sus miedos, anhelos y vivencias dentro del abordaje, del cual, ellos son partícipes en cada paso del proceso.

Las dificultades que orbitan en la interacción paciente médico obedecen al magnético rol paternalista en que se ve envuelto el médico, del cual parece no poder desprenderse, perpetuando la asimetría en la relación con el paciente, dificultado así la creación de una alianza terapéutica madura, que continúa siendo el objetivo principal de cualquier consulta médica, así como factor pronóstico a largo plazo de la eficacia del tratamiento.

En esta revisión descriptiva se buscó integrar un método de ordenar la consulta mediante una estructura que permita al médico general lograr evaluar el motivo de consulta del paciente, delimitar los roles de los participantes y las reglas en las que se desarrollará la práctica clínica, a la vez que se crea una alianza terapéutica que se base en simetría, responsabilidad y respeto entre los participantes, todo en un proceso al que se denomina “encuadre médico”. Se resumieron datos relevantes de los orígenes del encuadre, desde su aplicación en ciencias de la comunicación, con énfasis en sus aportaciones a la entrevista psiquiátrica (basada en la entrevista DSM-5) y teoría psicoanalítica (S. Freud y Otto Kernberg), de donde se inspira la propuesta de este trabajo: El lograr en un lapso de 30 minutos, introducirse al paciente, designar los roles y funciones de los participantes. (2) Delimitar el motivo de consulta. (3) Profundizar en el padecimiento actual. (4) Revisión sistemática. (5) Antecedentes

médicos. (6) Plan de tratamiento y seguimiento, mientras simultáneamente se crea la alianza terapéutica y se establecen los acuerdos del encuadre médico.

Palabras clave: *Encuadre médico, alianza terapéutica, organización consulta,*

AGRADECIMIENTOS

A mi padre en quien puedo encontrar serenidad e introspección, a mi madre por su pasión y determinación, a mis hermanos por todos esos momentos lindos que hemos compartido. A mi terapeuta Marysol, por permitirme reencontrarme con los aspectos más auténticos de mi persona su lado.

Agradezco a todos los profesores que contribuyeron en mi formación. A la Dra. Sarah Antonieta Navarro, por enseñarme las cualidades de una líder diplomática, determinada y empática, a la Dra. Laura Elena Pérez Ramos por su apoyo y guía durante los momentos más difíciles de la residencia, al Dr. José María Hernández Mata por su integridad y fortaleza ante la vida como humano y profesor, Dr. Andrés Valderrama Pedroza por su autenticidad y asertividad ante las situaciones difíciles, sin perder la objetividad y empatía, al Dr. Francisco Galván Molina por su pasión a la enseñanza, y dedicación al posgrado, incorporando los elementos biológicos y psicoanalíticos a un modelo de estudio que cada vez busca más alejarse de la condición humana.

Dedico este trabajo a todos los estudiantes de medicina y colegas que buscan profundizar en el interesante y complejo río de las interacciones humanas, para que puedan brindar un trato digno, cálido y profesional a sus pacientes, a la vez que resguardan su integridad y la de su práctica, ayudando al paciente a encontrar y utilizar sus recursos, en lugar de fomentar una práctica despersonalizada, autoritaria y dependiente.

ÍNDICE

RESUMEN	I
AGRADECIMIENTOS	II
LISTA DE DEFINICIONES	III
LISTA DE ABREVIATURAS:	IV
LISTA DE TABLAS:	V
1. ¡Error! Marcador no definido.	
2. 52	
3. 53	
4. ¡Error! Marcador no definido.	
4.1 LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA COMO MODELO DE ENCUADRE, CONSTRUCCIÓN DE UNA ALIANZA Y ESTRUCTURA DE LA CONSULTA INICIAL	18
4.2 ¡Error! Marcador no definido. 4.2.1 Asimetría en la relación paciente-médico	22
4.2.2 La asimetría en la relación, asociada al modelo paternalista en México	23
4.3 TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA COMO CAUSANTES DE APARICIÓN DE RESISTENCIAS EN LA CONSULTA	23
4.4 LA BUSQUEDA DE AUTONOMIA EN EL PACIENTE NEUROPSIQUIÁTRICO Y PACIENTE PEDIATRICO	28
4.4.1 Autonomía en el paciente pediátrico	29
4.5 ASPECTOS CULTURALES, SOCIALES Y RELIGIOSOS DEL PACIENTE	29
4.6 EL PACIENTE GRAVE	31
4.6.1 Cuando se debe compartir el secreto profesional con la familia	32
4.7 EROTISMO EN LA CONSULTA MÉDICA	34
4.7.1 El erotismo en la consulta médica, trasgresión y violación de los límites sexuales y no sexuales	35
4.7.2 Violación de los límites no sexuales	36
4.7.2 Violación de los límites sexuales	37
4.8.1 CO-CONSTRUCCIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN LA CONSULTA: DISCURSO MÉDICO Y DISCURSO RELACIONAL	37
4.8.2 Elementos de la consulta médica: Apertura y cierre de las consultas en medicina	42

- 5 ¡Error! Marcador no definido.
- 6 ¡Error! Marcador no definido.
7. BIBLIOGRAFIA

LISTA DE DEFINICIONES

Proyección: Mecanismo de defensa, derivado del psicoanálisis, el sujeto atribuye a otras personas virtudes propias, defectos y carencias, entra en funcionamiento cuando hay situaciones que causan gran conflicto emocional, especialmente amenazas de origen interno o externo que comprometen la autopercepción del sujeto, puesto que le son inadmisibles, se externalizan ya que de ser reconocidos como propios causarían gran ansiedad a la persona.

Mecanismos de defensa: Estrategias psicológicas inconscientes, para hacer frente a la realidad y mantener la autopercepción de la persona, especialmente protegerla de sentimientos de ansiedad, culpa, o refugio ante situaciones fuera de su control. Se dividen en adaptativos o desadaptativos, siendo estos últimos los que causan disfunción y sufrimiento al sujeto o a terceros.

Self: “Si mismo”, en español, es un constructo de múltiples escuelas de psicología, principalmente asociado a Heinz Kohut (psicoanalista austriaco, fundador de la psicología del sí mismo), se refiere al conjunto integrado de elementos de la vida psíquica que el paciente construye sobre sí mismo, esto incluye en términos generales su percepción en tópicos como su autoeficacia, su autoestima, y su autoimagen.

Psicoanálisis: Técnica terapéutica y de investigación fundada por Sigmund Freud (neurólogo austriaco). Dentro de sus funciones, busca evidenciar el significado de elementos inconscientes, de un individuo. Como método psicoterapéutico busca clarificar, confrontar, o interpretar una resistencia, transferencia o deseo, mediante la interacción en el aquí y el ahora, entre paciente y analista. Como teoría explicativa tiene sus fundamentos en una concepción ampliada de la sexualidad infantil, especialmente en el complejo de Edipo. Para fines de este documento, busca explorar la aparición de afectos infantiles reprimidos y desplazados al médico, como la búsqueda de asumir un rol de pasividad y dependencia, o en su defecto sentimientos

rivalidad, autoritarismo o demandas irreales, mediante el establecimiento de roles y clarificación de malinterpretaciones en la interacción.

Psicodinámica: (1) Enfoque de la psicología que enfatiza el estudio sistemático de las fuerzas psicológicas que subyacen en el comportamiento humano, los sentimientos y las emociones y cómo pueden relacionarse con la experiencia temprana.

Transferencia: (1) Función psíquica mediante la cual se transfiere de forma inconsciente y reactiva en vínculos nuevos, antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles, reprimidos hacia otra persona, principalmente los padres o cuidadores primarios. (2) Herramienta fundamental del psicoanalista para conducir el tratamiento.

Contratransferencia: “Una respuesta emocional del analista ante los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico.” (Etchegoyen, H. 2004).

Represión: Mecanismo de defensa, y termino derivado del psicoanálisis que sirve para proteger al sujeto de recuerdos, representaciones, emociones, ideas, y deseos para mantenerlos inconscientes al paciente para evitar la aparición de ansiedad.

Clarificación: Se refiere a la exploración con el paciente, de todos los elementos que él ha proporcionado, especialmente los vagos, desconcertantes, contradictorios o incompletos. Se considera el primer eslabón cognoscitivo en el que el paciente discute de manera no confrontativa su entendimiento o confusión respecto a su propia conducta y experiencia intrapsíquica, guiándonos así a los límites de su autoconocimiento. (Kernberg).

Confrontación: Se presenta al paciente con las áreas con las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes, y se realiza en el aquí y el ahora. Juntando el material consciente del paciente con el preconscious que el paciente presentó por separado. El entrevistador también propone el posible significado de esta conducta,

explorando su capacidad de integrar aspectos contradictorios de sí mismo y de los demás si caer en un grado importante de ansiedad o angustia.

Interpretación: Establece la conexión entre el material consciente y preconsciente y las motivaciones inconscientes del aquí y ahora, asumidas o bajo hipótesis. El entrevistador conecta las funciones actuales de una conducta con ansiedades, motivos subyacentes y conflictos activados. (p.ej. Señalarle a un paciente que su conducta parece manifestar seducción y explorar su conciencia de este patrón es una confrontación, sugerir al paciente que la seducción es una defensa ante el miedo de abordar los temas dolorosos de la consulta es una interpretación.

Identificación proyectiva: El paciente proyecta al médico los aspectos amenazantes, destructivos, dolorosos e indeseados de su mente. En su fantasía, piensa que estas emociones pertenecen al analista y busca evocarlas en él para así sentirse liberado de ellas (P.ej: El paciente que constantemente se queja del médico está molesto con él, sin percatarse que la insistencia en el asunto sin fundamentos claros, busca evocar en el médico esta respuesta , el médico que desconoce este mecanismo de defensa puede molestarse por la actitud del paciente y actuar la reacción que el paciente espera de él, así confirmando su sospecha inicial y fortaleciendo la defensa.

Resistencias: Actitudes, pensamientos, afectos y conductas que antagonizan el progreso y los objetivos del tratamiento

LISTA DE ABREVIATURAS

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales.

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

DM2: Diabetes Mellitus 2

HAS: Hipertensión arterial sistémica

P: Paciente

D: Doctor

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. TIPO DE ENCUADRE SUGERIDO SUGUN LA PATOLOGIA A TRATAR	18
CUADRO 2. PRINCIPALES FACTORES QUE DIFICULTAN LA INTERACCIÓN ENTRE PACIENTE Y MÉDICO	21
CUADRO 3. DIFERENCIAS ENTRE EL ENCUADRE MÉDICO Y EL PSICOANALITICO	28
CUADRO 4. DIFERENCIAS ENTRE ENCUADRE MÉDICO Y ENCUADRE RELACIONAL	45
CUADRO 5. MODELO DE COMUNICACIÓN (INICIO, RESPUESTA Y SEGUIMIENTO)	52



ANTECEDENTES

La consulta médica es un proceso mediante el cual paciente y médico buscan aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad, especialmente cuando la integridad física, humana o emocional se ven afectadas. También sirven como medio para brindar información y orientación al paciente respecto a medidas para mantener y mejorar su estado de salud. Como toda interacción interpersonal, es un proceso complejo y multidimensional pues la consulta médica está sujeta no solo al intercambio entre paciente y médico, las vicisitudes institucionales, que por su parte obedecen a macroestructuras sociales sujetas a normas y reglamentos hacen que el paciente frustre la fantasía casi ritualista de que se le brindará un espacio personal para escuchar sus quejas y malestares, a la vez que se le ofrece una solución a su problema, esto se ha evidenciado en las quejas principales de los pacientes a la consulta, como su duración y la calidad de la interacción entre ambos. Ante la disyuntiva principal del médico entre la atención ética y humanitaria, o la atención formal y sistematizada podemos encontrar un punto medio en el encuadre., puesto que ambas partes son necesarias para una atención de calidad.

La psicología es otra de las ciencias que utiliza el encuadre como herramienta, se diferencia de la psiquiatría por sus métodos no farmacológicos para tratar la enfermedad mental, sin embargo, en su núcleo comparte con la psiquiatría el cuidado del aspecto más importante: el pilar de la atención está centrado en la relación médico-paciente, esto requiere un grado mayor grado de intimidad y vinculación afectiva positiva entre ambos, puesto que una mala relación con el paciente, o en extremo neutra por lo general deriva en el abandono de la atención. ¿Cuál es entonces la diferencia entre los modelos de consulta que hacen que, en el mismo tiempo de atención, coexista la parte institucional con la humana a la vez que el paciente reporta satisfacción con su consulta, sin perder los límites profesionales y éticos?, La respuesta se puede encontrar en el encuadre.

Goffman (1986) describe el encuadre como los elementos básicos entre experiencia, organización e interpretación de las experiencias sociales dentro de un marco de referencia. La naturaleza del marco es meta comunicativa, ya que proporciona al oyente instrucciones desde su interpretación de los mensajes generados dentro del marco, (Bateson, 1972). El encuadre no solo da significado y forma a la interacción de los participantes, también organiza su grado de participación. Se puede argumentar que toda interacción humana se rige en cierta medida mediante diferentes tipos de encuadre, puesto que nuestras actitudes, comportamientos e incluso manera de vestir y presentarnos, proyectan un mensaje al oyente.

El encuadre se refiere a la forma en que nuestros mensajes y frases resuenan con diferentes esquemas interpretativos de las audiencias, de manera que pueden influir en sus actitudes, en otras palabras, “No se trata de lo que uno dice, sino de cómo lo dice” (Luntz, in press). Conceptos e ideas ampliamente estudiados en ramas como la sociología (Goffman, 1974), economía (Kahneman & Tversky, 1979), psicología & Tversky, 1984), lingüística cognitiva (Lakoff, 2004), y comunicación (Entm (Kahneman an, 1991; Iyengar, 1991)). Mientras que, en áreas como las ciencias de comunicación y la política, el encuadre se utiliza como un medio de énfasis y seducción para que la audiencia privilegie las consideraciones específicas destacadas al formarse una opinión general sobre cualquier tema, en el encuadre médico pretendemos que los mensajes se transmitan con una intencionalidad clara, estableciendo desde un inicio: (1) Los roles entre participantes. (2) El grado de involucramiento que se espera de la diada. (3) Las expectativas de la consulta y el tratamiento. (4) La formación de una alianza que promueva simetría en la toma de decisiones.

Es importante destacar que en medicina principalmente encontramos 2 tipos de encuadres: (1) Los asociados a la difusión de información respecto a salud pública y (2) El encuadre médico en la consulta. El encuadre en salud pública tienen sus



bases en respuestas adaptativas neurobiológicas, así como en elementos sociales. Desde una perspectiva evolutiva algunos autores afirman que los mensajes en los que se enfatiza la posibilidad de una pérdida o consecuencia negativa (mensaje de pérdida) tienen un mayor nivel de persuasión, por el rol evolutivo que juega el miedo en el mensaje y por una predisposición psicológica humana a elegir “menos riesgo”, en lugar de un poco de “beneficio” (mensaje de ganar), (e.g., Baron, Logan, Lilly, Inman, & Brennan, 1994; Meijnders, Midden, & Wilke, 2001; Slater, Karan, Rouner, & Walters, 2002). Esto se ha evidenciado en cierto tipo de patologías como: (1) Trastornos de la conducta alimentaria. (2) Tabaquismo. (3) CA cervicouterino. (4) Enfermedades crónicas como DM2 y HAS.

Por ejemplo, con los recientes eventos causados por la pandemia de COVID-19 (World Health Organization, 2020), varias medidas sanitarias tuvieron que ponerse en marcha para mantener segura a la población mientras se desarrollaba un vacuna en tiempo récord, la importancia que tiene la difusión de mensajes en salud pública cobra relevancia cuando se toma en consideración que el costo estimado de desarrollar una vacuna es de 12.4 a 8.4 billones de dólares (Gouglas et al ., 2018), y el tiempo para obtener una licencia de distribución requiere de varios años (Lurie et al ., 2020); en este escenario la OMS propuso un plan para disminuir el número de contagios y evitar sobrecargar los servicios de salud, las estrategias consistieron en un trabajo conjunto por el gobierno, los medios de comunicación y el sector salud, en una difusión masiva de información acerca de modificaciones conductuales (lavado de manos, distanciamiento social, permanecer en casa), (World Health Organization, 2020).

Las respuestas a las medidas de contingencia y al tipo de información que se emitió durante la pandemia arrojaron resultados interesantes: (1) Los mensajes de “ganar” (quedarse en casa, usar cubrebocas, respetar las medidas de sana distancia), produjeron mejor respuesta al apelar a los aspectos de solidaridad social en contraste con los mensajes de “pérdida” (las consecuencias fatales de contraer la

enfermedad por COVID-19, que pueden derivar en internamiento hospitalario o muerte). (2) Los mensajes de perder están destinados a poblaciones en donde se busca crear conciencia de enfermedad, como, por ejemplo, en adolescentes y adultos jóvenes que son más propensos a no medir riesgos y tener conductas impulsivas. (3) Los mensajes de pérdida pueden ser muy angiogénicos para sectores particulares de la población, activando así mecanismos de defensa desadaptativos como la negación, devaluación y, omnipotencia, estas defensas psicológicas son frecuentemente encontradas en personalidades narcisistas, paranoides y limítrofes (p.ej. negar la existencia de la enfermedad, negarse a acatar las normas sociales de distanciamiento social o vacunación, el sentirse inmune o en control de la situación), el tipo de mensajes de pérdida por lo general desestabiliza a este tipo de pacientes, por lo que mensajes de ganar y un acompañamiento empático a su miedo ante la incertidumbre pueden ayudar a que se involucren en cuidar su salud y la de los demás, en el encuadre médico el respetar horarios y el poder acordar las horas y medios de comunicación, disminuye el miedo a la incertidumbre, a la vez que pone límites a las demandas de los pacientes (4) Tendencia a imitar conductas socialmente aceptables, por ejemplo, el uso del cubrebocas obedece más a una conducta de reciprocidad, imitación y aceptación social que a una de prevención de contagio, la gente tiende a imitar lo que ve que la mayoría hace. (5) El impacto económico de la enfermedad en la vida del paciente, las personas tienden a involucrarse más en medidas de cuidado si perciben que una conducta puede derivar en una consecuencia económica negativa.

Cuando se preguntó a un grupo de participantes para un estudio de respuestas al tipo de mensajes que podría hacerlos modificar una conducta entre los siguientes:

Sigue las indicaciones de sana distancia. Así puedes proteger a tus seres queridos de COVID-19

Sigue las indicaciones de sana distancia. 15 de cada 100 personas contagiadas con COVID-19 requieren hospitalización.

La mayoría optó por el de la izquierda, el mensaje de ganar, por otra parte, en otro tipo de patologías como el tabaquismo siguen siendo más efectivos los mensajes de pérdida, especialmente en adolescentes y jóvenes, en quienes el consumo, o su reciente competencia, el cigarro electrónico, que se promueve como su alternativa saludable, en el siguiente ejemplo, se ha demostrado que las personas que consumen tabaco disminuyeron el consumo en consecuencia a los contundentes mensajes de pérdida al que fue sometida la industria tabaquera, en el caso de los menores de edad se implementaron restricciones para la compra. En este tipo de pacientes, los mensajes de perder son mucho más efectivos que los de ganar.

Cuando dejas de fumar, tomas control de tu salud, vive sano.

El consumo de tabaco esta asociado a enfermedades como cancer disfunción sexual, tambien hace daño a tus hijos.

Esta información refleja la complejidad de los factores que influyen al momento de tomar una decisión, por lo que un encuadre acertado permite (1) Sintetizar y filtrar la información útil. (2) Elige el tipo de mensajes y el modo en que los distribuye dependiendo al tipo de población al que van destinados. (3) Toma en consideración variables económicas y sociales para el tipo de intervenciones que planea realizar. Las patologías más estudiadas y representativas respecto a cómo se encuadra la información respecto a la patología son:

Patología	Tipo de encuadre	Meta del encuadre
1. Trastornos de la conducta alimentaria.	Mensajes de ganar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propiciar una imagen corporal positiva ▪ Enfocarse en los beneficios de una alimentación sana mediante psicoeducación. (Roberto and Kawachi, 2014).
2. Enfermedades crónico-degenerativas (DM y HAS).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensajes de ganar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar el autocuidado. ▪ reducir la ingesta de alimentos altos en carbohidratos simples, grasas saturadas, sodio y azúcares refinados.
3. Adicciones (tabaquismo).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensajes de perder 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfocados en los efectos nocivos de la conducta y toma de responsabilidad por las consecuencias.
4. CA cervicouterino y CA de mama.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensaje de perder 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfocados en la promoción de la salud. ▪ Chequeos de rutina pueden prevenir patologías complejas con malos pronósticos, (Williams et al., 2001).

El tema subyacente a muchas de las dificultades en la interacción con los pacientes parte de la responsabilidad percibida por ambos respecto a la enfermedad. En Estados Unidos y en México es popular el enfoque individualista de las



enfermedades, en otras palabras, asume que las fuentes primarias de problemas de salud residen en el comportamiento personal (Wikler, 2002), por lo tanto muchos de los esfuerzos realizados para disminuir comportamientos nocivos como el uso de alcohol, tabaco y malos hábitos dietéticos, se han centrado en estrategias conductuales individuales, las cuales frecuentemente fracasan por los intentos fallidos del paciente de frenar una conducta en un ambiente social que promueve un estilo de vida poco saludable (Kim & Shanahan, 2003; Wallack, Dorfman, Jernigan, & Themba, 1993), si bien es cierto que la responsabilidad personal es una variable determinante, es importante tener un panorama social, ya que la industria alimentaria y sus prácticas de marketing, los alimentos escolares insalubres, la falta de educación física, accesibilidad y asequibilidad de alimentos saludables, y limitaciones o oportunidades para actividades al aire libre, son factores contribuyentes a enfermedades como la obesidad (CDC, 2005b).

En el caso del tabaquismo, los abordajes actuales han dejado de lado el enfoque individualista, y se han enfocado en unificar las problemáticas sociales y las políticas de salud pública, dando a entender, el rol que juegan las estrategias publicitarias y la difusión mediática en la prevalencia de estas enfermedades, por ejemplo, la implementación de estrategias ambientales basadas en políticas, como contrarrestar la publicidad de cigarrillos, legislar entornos libres de humo, aumentar los impuestos al tabaco y limitar el acceso de tabaco a los jóvenes, han sido propuestas de instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología (INC). Los estudios también han examinado la eficacia de estas estrategias, incluidas las restricciones para fumar en restaurantes (por ejemplo, Albers, Siegel, Cheng, Biener y Rigotti, 2004) e impuestos al tabaco (por ejemplo, Hu, Sung y Keeler, 1995).

La efectividad de estas estrategias se confirmó durante el aumento exponencial del consumo de tabaco que se suscitó posterior a la cuarentena por COVID-19, factores como el aumento de estrés, la posibilidad de fumar en el hogar en horarios laborales, donde previamente se tenían regulaciones de espacios libres de tabaco,

así como el acceso a los jóvenes de cigarrillos electrónicos (Mariaelena Gonzalez,2019), ya que como varios estudios han publicado, la asociación entre la pandemia y el aislamiento, ya sea en pacientes infectados por COVID-19, o sanos, aumenta el riesgo de debutar o exacerbar trastornos ansioso-depresivos, que a su vez están altamente relacionado con la ingesta de alcohol y tabaco como medidas de autorregulación. (Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, Hillemacher T. Eur Addict Res. 2021).

Actualmente entendemos que el estado de salud de una persona es una función de factores fisiológicos, estructurales y ambientales, así como resultado de sus propias acciones (Callahan, 1986), el rol de la genética y la epigenética han cobrado un interés especial en áreas de la salud como la psiquiatría, en donde enfermedades mentales como la esquizofrenia han causado asombro entre los clínicos y los pacientes por ser una patología tan difícil de controlar y clasificar, ya que por ejemplo, comparte vulnerabilidad genética con el trastorno bipolar y el autismo, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento puede ser muy variada entre pacientes, por último también se sabe que hay ciertos detonantes ambientales que en conjunto con alteraciones genéticas pueden hacer que un individuo desarrolle la enfermedad y otro no, a pesar de tener una predisposición genética, lo mismo es cierto para enfermedades como el cáncer, (Jim van Os, Shitij Kapur, Lancet, 2009).

En resumen, el encuadre se ve afectado por múltiples variables, por lo tanto, la difusión de información respecto a las patologías y sus tratamientos, así como medidas de prevención y educación son actividades que involucran al estudiante de medicina, puesto que dentro de nuestras funciones se encuentra la de proporcionar al paciente con un marco teórico y práctico respecto a los temas concernientes en salud. El encuadre funciona como un medio para poder sintetizar esta información de forma que el paciente pueda entenderla y tomar un rol activo, viendo a la patología como el resultado de múltiples factores y no únicamente como la

consecuencia de sus fallas como persona y la imposición autoritaria del médico, que son conductas asociadas al abandono de tratamientos.

Una vez establecidas las bases del encuadre médico en salud pública, será más sencillo entender como en la consulta médica donde participan paciente y médico, en un espacio más personal y en donde pasan mayor tiempo juntos, intervienen un mayor número de variables que pueden distorsionar la interacción y la fluencia de la consulta y, al igual que en el encuadre de salud pública, fallan en transmitir el mensaje y la intervención deseada, estos factores son:

1. Actitudes, aptitudes y comportamiento del médico en su práctica profesional.
2. Expectativas del paciente al médico respecto a la dinámica de la relación entre ambos y viceversa.
3. Modelo paternalista de atención médica.
4. En el caso de las características particulares de los pacientes y los médicos que tienen peso importante en la toma de decisiones y fluencia de la consulta son:

Características del paciente	Características del médico
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto nivel educativo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cantidad de información que está dispuesto a compartir con el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso fácil a información científica y no científica en internet respecto a su enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El grado de autonomía e involucramiento que está dispuesto a otorgar al paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migración. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tipo de encuadre médico que realiza con el paciente.

<ul style="list-style-type: none">▪ Elementos fuertes de la personalidad.	<ul style="list-style-type: none">▪ Permitir actos de erotización en la consulta por parte de ambos.
---	--

- 1. Alto nivel educativo del paciente:** El paciente con alto nivel educativo representa un reto al momento de la consulta, por lo general acude con cierta noción de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Es un paciente que puede entrar en conflicto con el médico al intentar controlar o competir durante la consulta, también es posible que omita seguir las indicaciones del médico. Con este tipo de pacientes resulta útil el preguntarles que expectativas y dudas tienen respecto al diagnóstico y tratamiento (efectos secundarios y tiempo del tratamiento), así es probable que el paciente puede dejar de racionalizar sus emociones y acepte la vulnerabilidad que siente ante la incertidumbre sobre su estado de salud. Por otra parte, el médico debe procurar ser empático y no reaccionar con enojo o aversión ante la actitud del paciente, ya que la principal barrera que surge es que el médico se enoje ante la devaluación y que el paciente no regrese por considerar que el médico no lo ha entendido.
- 2. Expectativas del paciente y el médico:** La noción actual que tiene el paciente respecto a la medicina occidental es que: (1) Puede explicar y tratar todas las patologías con seguridad sin mínimo riesgo de complicaciones, y la distorsión de que la muerte puede ser evitada. (2) El médico es visto como una herramienta más que como un ser humano, esto lleva a grandes desilusiones por parte de los pacientes que tienen la desgracia de recibir un diagnóstico que tiene pocas o nulas expectativas de tener una resolución favorable, o de enfrentar la realidad de que el médico no posee todos los conocimientos ni las habilidades necesarias para cumplir con las expectativas del paciente, por otro lado, el médico se colude en la misma fantasía al presentarse al paciente como una figura omnipotente, satisfaciendo la versión idealizada que eventualmente se devaluará en algún punto del tratamiento. Otro grupo de pacientes abandonan la consulta al percibir

el mismo trato artificial del ejemplo anterior, el médico trata al paciente como una extensión de su persona o un problema a resolver, esto se pone de manifiesto cuando el médico se frustra al ver que el paciente no se comporta o evoluciona de la forma “esperada”, atribuyéndolo completamente al paciente o al creer que todas las variables se encuentran dentro de su control, de cualquier forma, esta dinámica de relación hace que varios pacientes opten por la medicina oriental, la cual ha despertado interés en gran número de pacientes por tomar en cuenta las necesidades humanas y espirituales de los pacientes, quienes buscan un acercamiento más íntimo con el médico, especialmente en enfermedades terminales.

3. **Acceso a información en internet:** El fácil acceso a información médica que tienen los pacientes al consultar en internet es otra barrera que distorsiona las expectativas que se crean en la consulta, por lo general hay 2 tipos de dificultades asociadas a la información, (1) Información con pobre sustento científico y (2) Malinterpretar la información obtenida, incluso de literatura médica aprobada. Cuando el paciente acude a consulta puede de forma espontánea comentar al médico que ha leído sobre sus síntomas, por otro lado, puede resultar útil preguntar al paciente que conoce respecto a la enfermedad, esta forma de comunicación ayuda a entender el grado de comprensión que el paciente tiene sobre su enfermedad, que expectativas y miedos pueden tener, así el médico puede integrar la información y procesarla acorde a la realidad de la atención médica que se puede brindar.
4. **Migración:** Las principales barreras a las que se encuentra sometida la diada, son: (1) Lenguaje. (2) Usos y costumbres. (3) Incapacidad de formar una relación médico paciente estable. Las recomendaciones con este tipo de pacientes es utilizar la menor cantidad de tecnicismos médicos y transmitir la información de forma clara y concisa, evitar el realizar prejuicios respecto a las diferencias culturales con el paciente, el médico muestra una postura neutra, y eso aplica

para la mayoría de las consultas en general, especialmente en aquellas donde la visión personal del paciente y la del médico tengan diferencias (p.ej. aborto, religión, orientación sexual, política, transfusiones sanguíneas, etc.). Al ser pacientes vulnerables, es posible que solo puedan ser valorados por el mismo médico en una ocasión, por lo que la consulta debe realizarse con la mayor precisión posible, dejando tratamientos claros y recomendaciones, así como datos de alarma y sitios a donde acudir en caso de emergencia.

5. **Elementos fuertes de la personalidad:** Es frecuente que en la etapa inicial se desvelen ciertas fantasías o conductas abiertamente explícitas por parte del paciente en donde se adopta de forma consciente o inconsciente un rol fuera del terapéutico, los más frecuentes son: (1) Deseo de ser querido o respetado por el médico. (2) La aparición de conductas dependientes, o desafiantes respecto a la figura del médico. (3) Conductas abiertamente agresivas, estas pueden ir desde omitir el pago de honorarios, faltar a citas previamente agendadas, (amenazas, manipulación, seducción o autolesivas)

Es por tanto importante para el médico ser consciente de los aspectos del proceso de la entrevista médica, puesto que el clínico hábil es capaz de poder identificar y profundizar en los aspectos esenciales del motivo de consulta a la vez que los asocia con los antecedentes heredofamiliares del paciente, sus antecedentes personales patológicos, la exploración y anamnesis física, a la vez que puede sintetizar la información y omitir indagar en aspectos no relevantes para el padecimiento actual, el entrevistador experto puede recabar la información esencial a la vez que va formando la relación con el paciente, que se fortalece cuando el médico es capaz de identificar el clima afectivo de la entrevista, la empatía con el paciente implica que se le comprende, elemento vital para un vínculo terapéutico, de aquí deriva que muchos de los elementos del encuadre tengan un trasfondo psicoanalítico, puesto que como su creador S. Freud expuso, en la interacción en terapia con los pacientes aparecen los fenómenos de transferencia y



contratransferencia, además de desplazamientos de afectos, pensamientos y conductas de figuras del pasado del paciente, proyectadas al analista, como por ejemplo: (1) Rivalidad. (2) Dependencia (3) Desconfianza. (4) Ambivalencia. (5) Oposicionismo. (6) Amor. (7) Erotismo.

APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS AL ENCUADRE MÉDICO

En 1896 Sigmund Freud (1853-1939), médico neurólogo, fundaba la escuela del psicoanálisis (método clínico por el cual se trata la psicopatología mediante dialogo entre paciente y analista), influenciado por su trabajo con Charcot en la Salpêtrière donde se atendía a pacientes con enfermedades nerviosas, es importante mencionar que Freud realizó importantes aportaciones en el campo de la neurología, escribió múltiples ensayos sobre afasias, diplejía, y las propiedades de la cocaína como anestésico local; el trasfondo neurobiológico de la formación de Freud es relevante para el trayecto que tomaría su investigación, puesto que enfocó sus esfuerzos en el origen psicológico de las afecciones nerviosas al ver poco progreso con los tratamientos biológicos de la época, inicialmente se trató a los pacientes mediante sugestión hipnótica, lo que llevó al descubrimiento de la importancia que tenía la vivencia emocional del paciente histérico en la aparición de su sintomatología. La misma naturaleza del psicoanálisis es propensa a evocar en el paciente el desplazamiento y proyección de afectos infantiles reprimidos en el analista, quien en consecuencia debe interpretar y devolver al paciente; las reglas que aplican al psicoanálisis se encuentran en un marco muy estricto, puesto que por un lado se reactivan y actúan afectos muy intensos del pasado en el aquí y el ahora, esto es posible gracias las dinámicas intrínsecas del análisis, sin embargo, la seguridad y efectividad del método responden a un “estricto encuadre psicoanalítico”: (1) Relativo anonimato del analista. (2) Neutralidad. (3) Ausencia de contacto físico. (4) Confidencialidad. (5) Pago de una tarifa. (6) Acuerdo respecto a la frecuencia y duración de las sesiones.

La neutralidad y el anonimato favorecen la aparición de la transferencia al analista (paciente distorsiona inconscientemente lo que el analista representa para él); los otros rubros son parte de la jerga sistémica derivada de prestar un servicio, aunque en análisis todos los elementos de la interacción como la ausencia a las sesiones, o el omitir el pago de honorarios, son analizados en profundidad, puesto que muchas de las veces revelan que el encuadre se ha perdido, resultando en un riesgo para los participantes. Una metáfora frecuentemente utilizada en el encuadre psicoanalítico es la del gran cañón de Arizona, un espacio donde se puede aventurar y admirar el paisaje de forma segura, siempre y cuando se respete el barandal protector que pone un límite entre la superficie y el abismo, así pues, el encuadre terapéutico permite explorar y ser espontáneo, sin prejuicios, siempre y cuando se respeten sus límites.

Autores como Leo Stone (1984), han comparado las diferencias en el abordaje de los pacientes en psicoanálisis con el de la medicina tradicional, una de las diferencias que resalta es la ausencia de contacto físico entre los participantes, Stone describe este proceso como “deprivación en la intimidad”, puesto que la finalidad del psicoanálisis es que el paciente tenga un objeto constante, que pueda encontrar el balance entre la gratificación y frustración para permitirle al paciente una experiencia emocional correctiva, buscando resaltar su autonomía. Robert Langs (1977) definió el encuadre psicoanalítico como un contenedor humano multifacético y una institución viva que establece los límites de la relación psicoanalítica, crea las reglas de la interacción, establece la naturaleza de las realidades y fantasías que ocurren dentro y ofrece una sujeción eficaz y medios de seguridad para los participantes, define las cualidades terapéuticas del campo, contribuye a la naturaleza de la red comunicativa dentro de sus confines, y genera ciertas ansiedades seleccionadas en los participantes.

El encuadre psicoanalítico crea una atmósfera de seguridad, los intensos afectos se pueden movilizar sin temor a chocar ante la crítica humillante del analista. Al

paciente se le da "espacio" de retroceder y permitir deseos y sentimientos inconscientes inaceptables para emerger. Es precisamente porque las reglas del juego son diferentes de todas las demás interacciones sociales, e incluso médicas que el paciente puede experimentarse libremente en una "nueva luz". Podríamos decir que las diferencias entre un encuadre en salud pública, el médico y el psicoanalítico, es en el grado de profundidad de la interacción entre los participantes, a mayor profundidad, más claras deben ser las reglas de la interacción.

Encuadre médico	Encuadre psicoanalítico
Se permite el contacto físico, en contexto de exploración física	Ausencia de contacto físico
Confidencialidad	Confidencialidad
No hay reglas respecto a gratificar/frustrar al paciente.	Abstinencia de gratificaciones
Ambiente libre de prejuicios	Ambiente libre de prejuicios
Remuneración económica por el servicio	Remuneración económica por el servicio
Acuerdo sobre lugar y frecuencia de las consultas	Acuerdo sobre lugar y frecuencia de las consultas
El médico decide que tan público o privado es su perfil	Relativo anonimato del analista
Se clarifican las discrepancias entre participantes, pero es inusual que se explore la interacción.	La interacción de la terapia se analiza continuamente en el aquí y el ahora, al igual de las discrepancias entre los participantes



JUSTIFICACIÓN

La institucionalización de las consultas ha generado la percepción en los pacientes de que la consulta se ha convertido en un trámite administrativo carente de calidez humana, por su parte, el médico se enfrenta al reto de tratar a un gran número de pacientes, que tienen cada vez más herramientas, dudas y cuestionamientos respecto a su malestar, y los tratamientos que se les ofrecen. La interacción en la consulta, el crear una alianza y proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado se vuelve un desafío en contra del reloj. Por lo tanto, se pretende el poder consolidar los aspectos más esenciales en la consulta utilizando un encuadre médico adecuado.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo el hacer una revisión de los orígenes del encuadre médico, su aplicación en medicina, especialmente en la consulta médica. En donde se pretende que, en el lapso de 45 minutos, se pueda valorar a un paciente en los siguientes dominios, que son el esqueleto de la consulta:

Estructura de la consulta médica:

1. Presentación
2. Exploración del motivo de consulta.
3. Antecedentes médicos y exploración de apartados y sistemas.
4. Exploración física por sistemas.
5. Discusión sobre Integración diagnóstica, opciones de tratamiento y acuerdos para el seguimiento.

Sin embargo, la finalidad del trabajo es profundizar en los elementos más sutiles que fortalecen la relación entre paciente y médico a la vez que se establecen e identifican las pautas de la interacción, con la finalidad de dar al paciente una información clara, constante y congruente, basada en respeto, reciprocidad y en principios éticos, esto incluye:

1. Asignación de roles (La búsqueda de la simetría en la relación)
2. La transferencia y contratransferencia como causa de aparición de resistencias.
3. La búsqueda de autonomía en pacientes con características especiales.
4. Aspectos culturales, religiosos y sociales del paciente.
5. El paciente grave.
6. El erotismo en la consulta (Violación de los límites sexuales y no sexuales).
7. La comunicación en la consulta (discurso médico y discurso relacional).

DESARROLLO DEL TEMA

4.1 LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA COMO MODELO DE ENCUADRE, CONSTRUCCIÓN DE UNA ALIANZA Y ESTRUCTURA DE LA CONSULTA INICIAL.

Según la evaluación de aptitudes clínicas de la American Board of Psychiatry and Neurology, un residente de psiquiatría debería poder evaluar en un lapso de 30 minutos, los principales síntomas psiquiátricos, los rasgos de personalidad predominantes, mientras se crea un vínculo terapéutico. Se eligió este tipo de valoración ya que puede ser adaptada al médico general que busca realizar un encuadre médico, formar una alianza terapéutica, a la vez que entrevista al paciente y realiza una anamnesis por apartados y sistemas. El esquema de evaluación diagnóstica en psiquiatría propuesto por el DSM-V es el siguiente:

Minuto1

Se presenta el médico al paciente. Se le pregunta si desea hablar. Se fijan expectativas sobre el tiempo que durara la entrevista y lo que se pretende lograr con ella. Posteriormente se puede preguntar: ¿Qué lo hace acudir a tratamiento psiquiátrico?

Minuto 2-4

Escucha activa. El discurso ininterrumpido del paciente aporta información crucial respecto a su estado mental, orienta la anamnesis y cimenta el vínculo terapéutico. Interrumpir al paciente es un error puesto que la información aportada en el discurso puede orientar al médico a encontrar los síntomas de anclaje, en contraste con realizar una entrevista tipo “check list”. En el caso del paciente que no habla de

forma espontánea es necesario interrogar con el familiar los antecedentes del padecimiento actual.

Minutos 5-12

Se revisan antecedentes de la enfermedad actual:

- a) ¿Por qué empeoró ahora?, ¿Qué cambios hubo en la vida del paciente?, ¿Hay desencadenantes?
- b) ¿Cuándo comenzó el padecimiento actual?
- c) ¿Cuándo fue la última vez que el paciente estuvo bajo control?
- d) ¿Cómo afecto la patología a su rendimiento psicosocial?
- e) ¿El paciente está en riesgo de autolesionar o lastimar a alguien más?

Minutos 13-17

Revisión sistemática:

En este apartado es frecuente que el médico general se encuentra bastante familiarizado ya que la revisión sistemática incluye el interrogatorio por aparatos y sistemas: (1) Estado general, (2) Cabeza, (3) Ojo, nariz y boca. (4) Cuello, (5) Aparato Cardiovascular, (6) Respiratorio, (7) Digestivo, (8) Genitourinario, (9) Neurológico, (10) Dermatológico, (11) Endocrino, etc. En psiquiatría se designan 4 minutos para la exploración de: (1) Estado de ánimo. (2) Psicosis. (3) Ansiedad. (4) Obsesiones y compulsiones. (5) Trauma. (6) disociación. (7) Preocupaciones somáticas. (8) Ingesta y alimentación. (9) Sueño. (10) Sustancias y adicciones. (11) Personalidad y (12) Trastornos de Excreción.

Minutos 18-23:

Antecedentes médicos: Aquí se incluyen la exploración sobre: (1) Alergias. (2) Antecedentes familiares, (3) Antecedentes del desarrollo. (4) Antecedentes sociales, en este apartado el médico ocasionalmente pregunta sobre el tipo de vivienda y alimentación, así como actividades recreativas, en psiquiatría se considera de vital importancia el designar el tiempo de este rubro a: (1) La calidad



y el tipo de relaciones interpersonal. (2) Su desempeño en el ámbito social. (3) Sexualidad. (4) Antecedentes de violencia y criminales. (5) Su desempeño en el ámbito laboral. (5) La integración de la identidad, culpa, control de impulsos, defensas ante la ansiedad, y capacidad de resiliencia.

Minutos 24-28

En psiquiatría estos minutos están reservados para la exploración del examen mental: (1) Aspecto. (2) Conducta. (3) Discurso. (4) Ánimo. (5) Afecto. (6) Proceso del pensamiento. (7) Contenido del pensamiento. (8) Cognición y recursos intelectuales. (9) Introspección y juicio. Por otro parte la exploración física toma lugar aquí en la evaluación del paciente general, lo que incluye la exploración física de los apartados interrogados en la revisión sistemática.

Minutos 29-30

Se designa este tiempo para cualquier pregunta relacionada con el seguimiento, se discute el diagnóstico y el tratamiento.

1.1 La alianza terapéutica.

El núcleo de todos los tratamientos psiquiátricos es la alianza terapéutica. La alianza terapéutica refiere al vínculo que surge entre paciente y médico con relación al compromiso mutuo de salvaguardar el bienestar del último. La alianza se consolida cuando se establecen los objetivos terapéuticos y el paciente se compromete con ellos, en conjunto con el médico, quien fortalece el vínculo al hacer 2 cosas: (1) Proporciona un nombre al sufrimiento del paciente. (2) La satisfacción del médico con su trabajo y su afinidad e identificación con una determinada teoría o método, lo que le genera la suficiente confianza y dominio en ella (summers, Barbers, 2011).

Estos elementos son esenciales al momento de hacer un diagnóstico preciso, sin embargo, el hacer un diagnóstico no excluye el consolidar una relación terapéutica, la cual es más importante para el pronóstico a corto y largo plazo del paciente (Alarcon, Frank, 2011).

Las consultas psiquiátricas por lo general tienden a tener un seguimiento periódico, ya que el establecimiento de un diagnóstico definitivo, así como la efectividad de los fármacos y las intervenciones muchas de las veces no pueden ser cuantificados en los primeros días, e incluso semanas, de ahí la importancia de una alianza estrecha que permita al paciente tener “algo de donde sostenerse” mientras se consigue estabilizarlo fortaleciendo sus propios recursos, o ayudándole a desarrollar nuevos y más adaptativos, en otros casos, el estado mental del paciente puede estar comprometido al grado de ser disfuncional en varios ámbitos de su vida, o no ser capaz de ajustarse a las normas sociales, por alteraciones en su juicio.

Todos los enfermos, ya sean psiquiátricos o no, ante su padecimiento sufren cierto grado de desmoralización, el trabajo del médico es ofrecer un marco conceptual que ayude al paciente a entender el origen de su malestar, así como las expectativas y opciones de tratamiento. En el caso de la enfermedad mental, muchos pacientes consultan a los profesionales, después de varios años de fracasos reiterados en encontrar satisfacción o significado en los sentimientos y acontecimientos de su vida cotidiana, esta desmoralización proviene de suposiciones bastante rígidas acerca de si mismos y del mundo, estas suposiciones desadaptativas son el blanco de intervenciones dirigidas a dar una nueva óptica a la narrativa de vida del paciente, buscando: (1) Transformar significados patogénicos en otros que reaviven la esperanza del paciente. (2) Aumentar el dominio, más no el control de las situaciones. (3) Mejorar la autoestima del paciente. (4) Reintegrar al paciente dentro de su grupo social (Frank y Frank, 1991).

La alianza terapéutica se establece desde el momento en que se selecciona el lugar apropiado para entrevistar al paciente. Las sillas deben colocarse en una posición que permita a establecer o evitar el contacto visual entre los participantes. Sentarse al nivel del paciente también genera una mayor sensación de disposición para iniciar y mantener un dialogo. Otros elementos que ayudan a fortalecer la alianza incluyen el mostrar empatía y calidez hacia el paciente mediante una escucha activa, sin embargo, las intervenciones que más afianzan la alianza terapéutica son las que involucran la experiencia culturas y las implicaciones que tiene la enfermedad en la vida del paciente. El psiquiatra y antropólogo Arthur Kleintnman observó que varios médicos infieren el significado de la enfermedad para sus pacientes, y así pierden una visión antropológica y genuina de su malestar.

4.2 CONSTRUCCION DE LA ALIANZA MEDIANTE LA ASIGNACIÓN DE ROLES ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Uno de los aspectos principales del encuadre es la comunicación, gran parte del tiempo designado a la consulta es un intercambio de comunicación verbal y no verbal entre paciente y médico. La dinámica de la consulta parte de la noción de que: (1) El paciente es experto con relación a la historia de su padecimiento y el impacto de la enfermedad en su vida. (2) Se infiere que el médico es experto en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. De la interacción en ambas partes surge un acuerdo basado en mutualidad y reciprocidad. Sin embargo, es un proceso complejo, por el gran número de factores sociales, culturales y emocionales que intervienen.

4.2.1 Asimetría en la relación paciente-médico

Lo primero que resalta en la asimetría presente en la consulta tiene que ver con elementos de dominación al momento de la comunicación, por lo general el médico

toma el rol protagónico y directivo, esto se pone de manifiesto al momento de saturar al paciente de preguntas, en contraste con estudios realizados en consultas médicas en China, que sugieren que la prevalencia de explicaciones y de charla casual entre los participantes implica que la consulta se está centrando en el paciente.

4.2.2 La asimetría como fenómeno asociado rol paternalista del médico en México.

En un estudio realizado en México por especialistas de salud mental (Lazcano-Ponce et al. BMC Med Ethics (2020)), se encontró que el modelo predominante de relación paciente-médico fue paternalista, especialmente en los estados del sur de la república. Mientras que los factores asociados a promover mayor autonomía y distribución de información a los pacientes fueron tener una especialidad médica y el género femenino del médico, las doctoras se muestran con más apertura a compartir información clínica y discutir estrategias terapéuticas con pacientes y familiares. Otro de los hallazgos fue que los pacientes se sienten más cómodo adoptando un rol pasivo, dejando la toma de decisiones al médico, a la vez que varios profesionales de la salud reportaron una predilección por reservar u ocultar información sobre la condición clínica del paciente, además ejercer conductas sobreprotectoras y autoritarias.

4.3 LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA COMO CAUSANTE DE APARICIÓN DE RESISTENCIAS EN LA RELACIÓN PACIENTE- MÉDICO.

La transferencia se refiere a la aparición de conductas, emociones o patrones relacionales del pasado de forma inconsciente al médico. Pueden ser reacciones positivas o negativas y, por lo general se ponen de manifiesto en las primeras

interacciones entre ambos, las mas frecuentes y representativas pueden ser las de (1) Omnipotencia, el paciente puede exclamar: ¡Usted es el mejor, ya lo veo, tan inteligente y capaz, usted va a curarme!, aquí ya el paciente envuelve al médico en una fantasía que de no ser abordada y aclarada puede derivar en una posterior frustración y devaluación. (2) Transferencia positiva realista: el paciente manifiesta comentarios, o conductas positivas hacia el médico que favorecen la fluencia de la consulta y la cooperación para el tratamiento. (3) Transferencia negativa, al igual que en el encuadre de salud pública, varios pacientes con rasgos de personalidad narcisistas, paranoides, o limítrofes, pueden desde los primeros minutos de la consulta adoptar posturas distantes, explícitamente seductoras, devaluatorias, o con desbordamiento afectivo cargado de dependencia hacia el médico, la contratransferencia en este caso se refiere en la reacción emocional del médico en respuesta a la transferencia del paciente.

Winnicott, (pediatra, psiquiatra y psicoanalista ingles), definió que los detalles como los horarios, el numero de sesiones y el pago, son los elementos constantes del encuadre, esto quiere decir que dentro de las múltiples variables que suceden dentro de la interacción médica, las constantes son las que mantiene el sentido de realidad, puesto que rara se modifican, en comparación a lo que sucede con la interacción entre paciente y médico, al ser algo dinámico, constantemente debe analizarse, cuestionarse y reencuadrarse en luz de los nuevos modelos de relación con el paciente.

Ejemplo 1

Contexto: Paciente masculino de 33 años ingresa al consultorio, empieza a revisar los diplomas, pasa su dedo por el cristal para verificar la limpieza, se sienta sin esperar a que el médico lo invite, y se cruza de brazos.

D: ¡Hola!, Soy el Dr. X,

P: (Interrumpe) Estuve revisando sus diplomas, pero aun así usted se ve muy joven, ¿en verdad cree estar capacitado para tratarme? No me siento muy convencido de usted la verdad - **(Transferencia negativa)**

D: ¡Quien se cree usted que es para cuestionar mi preparación!, si no le parece suficiente mi atención puede retirarse de mi consultorio – **(Contratransferencia)**

Esta respuesta de contratransferencia responde a la devaluación inicial del paciente hacia las aptitudes del médico, el actuar del médico en base a las emociones negativas del paciente resulta en que abandone la consulta y se pierda al paciente. Otra forma de abordar a este tipo de pacientes es explorar las motivaciones detrás de su comportamiento.

D: Espero que mi edad no sea una barrera para poder ayudarle a aliviar el malestar por el que acude, entiendo que se siente usted desconfiado, ¿qué es lo que sucede?

P: Si, la verdad es que si, estoy muy tenso con mi problema, tengo un problema “ahí abajo, me salieron unos granitos”, supongo que esperaba a un médico mayor, no me gusta sentirme juzgado por doctores de mi edad.

D: Me imagino que debe sentirse muy preocupado por lo que las demás personas puedan pensar de usted, le quiero aclarar que toda la información que usted comparta conmigo es confidencial y no saldrá de este consultorio.

P: Le agradezco mucho doctor, disculpe mi actitud, tenía miedo.

Ejemplo 2

Contexto: Paciente femenino de 28 años, acude a la cita programada para su exploración semanal de un quiste mamario de reciente aparición, en esta consulta se planea revisar los estudios de imagen. La paciente habla para cambiar la hora de la cita, la consulta pasada el médico accedió a esta petición.

P: Buenas tardes doctor, me comunica para avisarle que no puedo asistir a la hora que acordamos, pero puedo más tarde, nos vemos a las X horas.

D: Hola, me temo que no es posible la hora acordada para la atención esta reservada para usted y no hay otros espacios disponibles - **(Encuadre médico)**

P: No puede estar hablando en serio, soy yo, su paciente X, usted es el doctor más bueno y amable que conozco, la consulta pasada se pudo cambiar y ahora me dice que no, como puede ser tan incomprensible con mis necesidades. - **(Transferencia).**

D: Entiendo su frustración, pero la cita no puede ser reprogramada, en caso de no poder asistir debo pedir que se comuniquen con mi asistente para reagendar la cita, lamento informarle que la próxima ocasión que falte a una cita agendada se cobrará la consulta independientemente de que asista o no. - **(Reencuadre y establecimiento de límites).**

P: Espere, creo que no es tan importante mi otro compromiso, quede de verme con una amiga que no veía hace tiempo, no estoy acostumbrada a que me los hombres me digan que no **(Transferencia)**, a propósito, ya sabe que es lo que salió en el estudio, ¿no es algo malo, o sí? **(Resistencia).**

En este ejemplo se pueden diseccionar varios elementos del encuadre y el establecimiento de límites en la consulta. En primera instancia la paciente intenta trasgredir el encuadre en base a sentimientos de transferencia hacia el médico, esta es una oportunidad importante para el médico para aclarar que no permitirá que la paciente traspase los acuerdos de horarios y fechas de la consulta, este elemento es muy importante ya que algunos pacientes pueden interpretar la permisividad del médico como una forma de “trato especial o preferencial”, esto queda evidenciado por parte de la paciente al asumir que “todos los hombres ceden a sus demandas (incluido el médico), por último, el motivo real de la ausencia a consulta se puede deber a una resistencia a recibir la información respecto al estudio de gabinete, por lo que de forma inconsciente la paciente puede estar evadiendo un sentimiento de angustia.

Ejemplo 3

Contexto: Paciente masculino de 25 años acude para valoración a causa de broncoespasmos, dificultad respiratoria ocasional y tos, en la primera consulta admitió el consumo de cannabis, tabaco y ocasionalmente cristal, dentro de los acuerdos del encuadre se estableció que no podía acudir directamente a consulta en estado de intoxicación y que debía adherirse al plan de abstinencia.

P: No he mejorado nada doctor, sigo igual, no creo que esto esté funcionando, creo que nada puede ayudarme, no tengo solución, debe ser frustrante tener un paciente así. - **(Transferencia)**

D: Hola, me parece que intenta decirme que se siente frustrado y desmotivado de no ver un avance a pesar de sus esfuerzos.

P: No he tomado el medicamento todos los días si a eso se refiere, pero de todas formas no sirve, le he de confesar que antes de entrar a consultorio fumé cannabis. - **(Transgresión del encuadre)**

D: Dentro de los acuerdos que realizamos, acordamos que no podías acceder al consultorio bajo la intoxicación por sustancias y que el plan era la abstinencia, deberé dar por finalizada la sesión, como se acordó previamente. - **(Marcaje de límites)**

P: Usted habla igual que mi padre, no le importa mi condición, ni me quiere ayudar, solo se limita a regañarme y castigarme, si no me va a ayudar, deme el justificante médico y ya. - **(Transferencia y posible ganancia secundaria de la resistencia)**

D: Es la segunda ocasión que me pides un justificante, y no has sido constante con el tratamiento, me pregunto si la motivación será no acudir al trabajo. - **(Interpretación).**

En este ejemplo se trata de un paciente con consumo de sustancias, en donde los límites del encuadre deben ser más estrictos puesto que en ocasiones, la pobre

motivación al cambio puede obedecer a ganancias secundarias encubiertas como resistencias. En este caso el médico da por finalizada la consulta, en pacientes que cruzan constantemente los límites es necesario delimitar las consecuencias negativas claras de su conducta, como se vio en los pacientes con tabaquismo en el encuadre de salud pública, el fomentar este tipo de conductas solo colude al médico con el paciente y fortalece sus rasgos de dependencia. Estos casos también son representativos de como el tomar posturas flexibles con pacientes que tienen elementos fuertes de personalidad, como es el caso de este paciente que recurre a la identificación proyectiva como forma de manipular emocionalmente al médico.

LA BUSQUEDA DE AUTONOMIA EN PACIENTES ESPECIALES (PACIENTE NEUROPSIQUIÁTRICO Y PACIENTE PEDIATRICO).

La autonomía depende no sólo de prerequisites sociales sino también biológicos, entonces la ética médica necesita un concepto de autonomía más elaborado que considere todos estos requisitos. (Müller, S., 2017). Actualmente el respeto a la autonomía es el más importante de los valores de la bioética, ha cobrado tanta relevancia que incluye temas noveles como el derecho a la muerte, y el derecho a rehusarse a aceptar tratamientos que puedan salvar la vida. La premisa de respetar la voluntad del paciente se ve comprometida cuando su estado mental esta alterado, los principios de autonomía y beneficencia colisionan, el conflicto ético radica en como poder respetar la autonomía del paciente acorde a su situación actual.

El grupo de trabajo de ética de la Asociación Alemana de Psiquiatría, Psicoterapia y Psicopatología (DGPPN) declaró que los trastornos psiquiátricos podrían influir en los diferentes componentes de la autodeterminación de diferentes formas. El grupo de trabajo de la DGPPN escribió que todas las decisiones humanas no están determinadas únicamente por consideraciones racionales, pero en gran medida por factores emocionales, situacionales e interpersonales.

Las fronteras entre un cerebro sano, desordenado y una voluntad libre y no libre son difusas. Sin embargo, las fronteras nítidas no son necesarias. Si la voluntad momentánea de un paciente está obviamente determinada por un trastorno cerebral o por la manipulación del cerebro para que no sea libre, entonces el principio de respeto a la autonomía no implica respetar esta voluntad, sino restaurar el libre albedrío. sí es posible, o respetando el libre albedrío anteriormente declarado (Müller, S., 2017).

4.4.1 Autonomía en el paciente pediátrico.

En el caso del paciente pediátrico nos enfrentamos al dilema relacionado a la incapacidad de autonomía, a causa de inmadurez, ignorancia o ser vulnerables a coerción como lo establecen autores como Beauchamp y Childress (T.L. Beauchamp & J.F. Childress. 2009. Especialmente con los niños la decisión de tomar medidas en conjunto con sus padres es esencial. La finalidad de la apertura entre médicos y familiares sirve para llegar a un acuerdo en las opciones de tratamiento, por un lado, el médico se basa en guías de diagnóstico y tratamiento para ofrecer la mejor atención posible, de igual forma los padres pueden externar puntos de vistas diferentes respecto a las opciones propuestas.

El modelo de decisiones compartidas entre los médicos y los padres de pacientes pediátricos ha revelado que la percepción de los padres respecto al médico es que no se les brinda información clara y suficiente para contemplar otras opciones de tratamiento, además de suponer su única función es aportar toda la información concerniente al paciente. En otros casos, el padre o protector legal del paciente, puede sentirse culpable o responsable de la enfermedad del paciente, en estas ocasiones, se puede optar por elegir procedimientos menos riesgosos y efectivos, que pueden derivar en daños para la salud del paciente, en estas situaciones en donde el paciente no tiene capacidad de elección, una buena comunicación e información clara puede ser la diferencia entre una intervención exitosa y una fallida.

ASPECTOS CULTURALES, RELIGIOSOS Y SOCIALES DEL PACIENTE.

Los cambios de paradigma en relación a las creencias, valores y necesidades sociales en relación a la medicina, han cobrado una importancia significativa en los últimos años, muchos pacientes han intercambiado la medicina occidental (utilizada en USA, Canadá, Europa, Australia), por alternativas en la medicina oriental tradicional (Indo-americana, China, Ayurveda, homeopática, etc), este fenómeno podría explicarse como una respuesta al temor a los efectos adversos de los medicamentos (OMS, 2002); a la burocratización y despersonalización de la atención; al creciente interés en lo natural y lo ecológico (Gort, 1989). Identificamos 2 causas principales para explicar este fenómeno: (1) El acceso a la información que proporcionan las redes sociales provee diversidad y alternativas a los tratamientos occidentales. (2) El abordaje sistemático de la medicina occidental, carece de ese componente humano, que integra las creencias y valores de los pacientes, ignora el impacto que genera la enfermedad en la salud mental, y se centra en una medicina orientada a metas y pronósticos.

Las creencias culturales y religiosas sobre uno mismo en relación con la sociedad en general pueden influir en la experiencia de angustia psicológica. Tales creencias también afectarán el comportamiento de búsqueda de ayuda y la forma en que se percibe el asesoramiento médico. La religión ocupa un papel central en la vida de muchos americanos (Guarnaccia, Parra, Deschamps, Milstein y Argiles, 1992; Hill, 1995; Hunt, Arar y Akana, 2002; Zaldivar y Smolowitz, 1994). El ochenta por ciento de los estadounidenses de origen mexicano en los Estados Unidos son católicos (Kane & Williams, 2002). El catolicismo es un atributo que define a las culturas hispanas, incluidas las de origen mexicano. Cuando los Mexicanos se enfrentan a problemas de salud como el parto, la enfermedad y la muerte, la religión a menudo se vuelve cada vez más importante (Franzini et al., 2002; Hunt et al., 2002; Juarez & Ferrel, 1998).



El sistema de creencias mexicano resulta de una mezcla de elementos indígenas, locales, prehispánicos y europeos. Las manifestaciones de este sistema de creencias incluyen: limpias, uso de hierbas, quemar incienso, peregrinaciones, ofrecer oraciones y hacer promesas para adorar a santos específicos a cambio de milagros de salud. La religión puede tener una influencia negativa o positiva en los resultados de salud, dependiendo del significado que el individuo le dé a la creencia religiosa, pero en general, varios estudios concluyen que la religión es una estrategia muy importante de afrontamiento para pacientes y cuidadores, es una fuente de soporte emocional en tiempos de estrés, y una forma de dar significado a la enfermedad, (Mailick and Holden's, 1994).

En el paciente mexicano, la religión tiene su mayor impacto al momento que se aproxima la muerte, en la cultura mexicana el médico llega a tener una influencia tan importante, que muchos pacientes y sus familiares llegan a considerarlo parte de su familia (Siefken, 1993), para muchos pacientes este grado de alianza proviene de la capacidad del médico para dar importancia y respeto a las creencias del paciente y como estas influirán en el tratamiento.

EL PACIENTE GRAVE

El cáncer sigue siendo la enfermedad prototipo por excelencia de una patología altamente temida por pacientes y médicos a nivel mundial, la simple verbalización de la palabra evoca una gran variedad de emociones, y es una enfermedad que se disemina en todos los ámbitos de la vida del paciente, especialmente con la familia, quienes frecuentemente entran en crisis por la incertidumbre y las brechas que se forman en la comunicación con el paciente. A nivel psicológico el cáncer viene a remover nuestras defensas principales como humanos ante la distorsión de ser "seres inmortales": la omnipotencia e invulnerabilidad. El paciente con cáncer tiene

que lidiar con 2 situaciones: (1) El dilema existencial frente a la muerte, como lo describen supervivientes de encarcelamientos en los campos de concentración durante la segunda guerra mundial, *“las personas que sobrevivían lo hacían porque tenían un propósito para vivir”* (Frankl, 1963). (2) El dilema frente a las actitudes y comportamientos que muestran los familiares, amigos y los profesionales de la salud involucrados en el manejo del paciente.

Uno de los cuestionamientos principales al que nos enfrentamos los profesionales de la salud cuando estamos frente a una enfermedad con pronóstico altamente desfavorable es la de, *“¿Deberíamos decirle al paciente su diagnóstico?”*. En una encuesta realizada a médicos oncólogos americanos en 1977, 97% de los encuestados respondieron que es mejor explicar el diagnóstico, así como las expectativas relacionadas con el pronóstico y tratamiento en vez de guardar silencio, (Israel,1977), estos resultados contrastaron completamente con un estudio realizado en 1961, en donde 90% de los médicos indicaron que preferían reservarse el diagnóstico para el paciente, (Novak, 1979). Actualmente el consenso mundial de ética médica dictamina que el paciente tiene derecho a ser informado sobre su enfermedad y las implicaciones del tratamiento, así como su expectativa de vida.

La cuestión parece ser inherente a la forma en la que se encuadra al paciente y no al hecho de si se le informa sobre su padecimiento o no. Los aspectos para considerar en el encuadre son: *¿Querría el paciente conocer su diagnóstico?* *¿Cuánta información es capaz de comprender y tolerar mi paciente?*, y *¿Cuál es la forma más sensible y empática de comunicarme con él?* Los elementos del encuadre médico y relacional que ayudan a comprender al paciente se encuentran en la tabla siguiente.

Encuadre médico	Encuadre relacional
Delimitar red de apoyo	Transparencia

Delimitar la forma en que el paciente afronta la enfermedad	Profesionalismo
Capacidad de comprensión	Empatía

4.1.1 El secreto profesional, cuando se debe compartir la información con la familia.

El silencio es perjudicial para la relación paciente-médico, por lo general destruye toda esperanza de alianza y reconciliación, sin embargo, cuando se trata de miembros de la familia, el silencio llega a vivirse como una traición que aumenta a medida que se distorsiona la información, se hieren los sentimientos de los involucrados y llega a un grado extremo de malestar emocional cuando el paciente después de percibir que se le oculta información, descubre la verdad. En la mayoría de las ocasiones el paciente y la familia están al tanto de la gravedad de la situación, sin embargo, todos asumen que “el otro no lo sabe”, y ambas partes tienen miedo de romper el pacto de silencio, ya que esto pondría de manifiesto los pensamientos y sentimientos reales del paciente y su familia, el resultado es continuar perpetuando los sentimientos destructivos en los participantes y el evitar encontrar una solución real al problema. Los médicos en ocasiones estamos directamente coludidos con este tipo de comportamientos y los reforzamos al hacer comentario que suprimen la aparición de los sentimientos genuinos del paciente: “En momentos así es cuando hay que sacar la casta”, “No es momento de llorar, van a pensar que eres débil”, o peor aún “No es momento llorar, los vas a afectar”, “Pensemos de forma positiva”. Otro malentendido frecuente, es el de asumir que cualquiera de las partes “es emocionalmente débil para tolerar hablar de una manera honesta y directa de sus sentimientos con relación al futuro y la enfermedad, e inclusive en los cambios que hay en sus dinámicas de relación. El poder hablar con los pacientes de forma abierta y confrontar junto con su familia estos problemas genera sentimientos de (1) Autonomía, (2) Control, (3) Esperanza, (4) Unidad.

Otro fenómeno que frecuentemente aparece en los médicos y familiares de pacientes graves es el asumir que “Uno sabe que es lo mejor para el paciente”, la familia “cree” conocer las necesidades del paciente, y suspende la comunicación, en consecuencia, se crea una atmosfera opresiva y sobreprotectora que da al paciente la sensación de ser física y psicológicamente “invalido”. Los médicos también perpetúan este tipo de comportamientos al abordar al paciente desde posturas como “Yo sé que es lo mejor para ti”, en lugar de “Yo trabajaré contigo para descubrir cómo es que puedo ser de mayor utilidad en este momento”. El excluir gradualmente al paciente de su situación únicamente promueve desesperanza, y dependencia, la dependencia en este contexto se refiere a privar al paciente de su capacidad de decisión y afrontamiento según sus recursos, inclusive ante un pronóstico desfavorable. En cualquier circunstancia adversa el poder discutirla hasta sus últimas consecuencias proporciona un alivio inmenso al paciente el poder centrarse en una solución tangible, a diferencia de falsas expectativas como “todo va a salir bien”, esto incluye conducta suicida y riesgos potenciales para la vida del paciente o terceros, en esa instancia, el médico debe comunicar al paciente que la información será compartida con sus familiares o autoridades correspondientes.

EL EROTISMO EN LA CONSULTA MÉDICA.

La correspondencia entre Freud y Jung, entre Freud y Ferenczi, y entre Freud y Jones (allegados y colegas del círculo psicoanalítico) ha proporcionado conocimientos extraordinarios sobre la dinámica de las transgresiones de fronteras en el psicoanálisis. Los analistas leen estas transcripciones no solo por su valor histórico o porque proporcionan chismes excitantes; los estudiamos para intentar comprender los aspectos fundamentales vulnerabilidades de la situación psicoanalítica. Parafraseando a George Santayana, Aquellos que no estudian la



historia de las violaciones de los límites pueden ser condenados a recrearlos con sus propios pacientes.

Al principio de su trabajo con pacientes histéricos, Freud aprendió que los pacientes a menudo suelen enamorarse del analista y esperar sentimientos recíprocos: En no pocos casos, especialmente con mujeres y donde se trata de dilucidar tren de pensamiento erótico, la cooperación del paciente se convierte en un sacrificio personal, que debe ser compensado por algún sustituto del amor. El problema tomado por el médico y su amabilidad tienen que ser suficientes para tal sustituto. (Breuer y Freud 1955, p. 301) Como destacó Lawrence Friedman (1997), la situación psicoanalítica implica un elemento de seducción. El analista "persuade" al paciente para que espere amor, mientras que el analista tiende a proporcionar un sustituto mal definido del amor. Friedman reconoció el hecho de que la naturaleza exacta de ese sustituto sigue siendo difícil de definir.

4.7.1 El erotismo en la consulta médica, trasgresión y violación de los límites sexuales y no sexuales.

La relación paciente-médico y el encuadre en la consulta del que se ha venido hablando, incluye temas respecto a la humanidad, comprensión, transparencia y empatía por los pacientes, poco se menciona respecto a otro tipo de sentimientos que pueden aparecer tanto en el médico como en el paciente, la consulta y la relación en sus participantes tiene ciertos elementos de seducción, a fin de cuentas, se busca evocar respuestas favorables y acuerdos entre los participantes, en ocasiones este tipo de cuidados y atención en los pacientes puede despertar sentimientos de amor hacia el médico tratante, esto es especialmente cierto para pacientes con carencias afectivas importantes, o pacientes víctimas de abuso y negligencia, y mientras que el paciente puede ser erróneamente conducido a pensar que recibirá amor por parte del médico, lo que recibe es un sustituto de amor difícil de definir, podría asemejarse a la ternura. Sin embargo, el cuestionamiento aquí es

para la figura del médico, ¿qué reacciones aparecen en su persona al verse envuelto en tales sentimientos por parte del paciente?

El médico consciente de los fenómenos que aparece en la interacción con este tipo de pacientes, por lo habitual tienden a adherirse al encuadre y permanecer objetivos. Las formas en las que se transgrede el encuadre médico pueden aparecer como una necesidad de cumplir todas las expectativas del paciente, en espera de recibir amor o admiración de su parte, el deseo de mantener la autoestima profesional a costa de la salud e integridad del paciente, y, por último, el confundir las propias necesidades personales del médico por las del paciente

4.7.2 Violación de los límites no sexuales

Mientras que la transgresión y violación de los límites sexuales por parte del médico llegan a ser las eventualidades más trágicas y comentadas del oficio, pocas veces se les da la importancia a las conductas no sexuales que transgreden a los pacientes. Una transgresión sexual muchas veces es el resultado final de la erosión de los límites no sexuales que poco a poco se van “resbalando” en consulta. Se entiende que muchas de estas transgresiones ocurren al momento de que el médico “actúa” en base a los sentimientos que el paciente evoca en él, y no con relación al encuadre médico que se realizó, este tipo de transgresiones empiezan a ser más evidentes al momento que el médico pierde objetividad en su juicio.

4.7.3 Violación de los límites sexuales

El involucramiento erótico con el paciente ya sea en la práctica médica, en la psicoterapia o psicoanálisis, supone una grave transgresión ética al paciente. Mientras que en la consulta médica esto puede derivar en una pérdida de objetividad y neutralidad, en el campo de la psiquiatría, la psicoterapia y en el psicoanálisis,



supone una traición a la naturaleza de la relación terapéutica, así como un sabotaje a la finalidad del tratamiento.

Todavía es frecuente que se tomen por ciertas nociones como que: 1) las relaciones sexuales con pacientes son fenómenos comunes en la práctica médica. 2) La hipersexualidad y seducción y don Juan ismo es una característica de alto valor social y de salud mental. 3) Que la relación sexual con pacientes en tratamientos psicoterapéuticos puede ser beneficiosa. Todas estas creencias erróneamente fundamentadas por un clima social machista, especialmente en países latinoamericanos, pueden lastimar grave e irremediablemente a los pacientes. Es importante tener en cuenta que todo paciente se encuentra en una posición de desventaja y vulnerabilidad respecto al médico, o al psicoterapeuta, la puerta de entrada es la confianza que deposita y asume en la figura idealizada del que le devolverá su salud, la simple idealización de las figuras de autoridad implica sometimiento, y en el caso de realizar un acto sexual supone explotación y abuso.

La posición del enfermo siempre conlleva cierta infantilización, aquí nos referimos al rol de enfermo como un niño desprotegido en contraste con el del médico quien tiene un rol de protector y sanador (López, 1997). En el caso de la psiquiatría y psicoterapeuta, la dependencia emocional del paciente es aún mayor que en la consulta médica habitual, la naturaleza de las sesiones es un ambiente propenso para momentos de gran intimidad e intensidad emocional, se favorece la regresión a momentos de la infancia y se exteriorizan carencias emocionales. Una transgresión sexual implica un daño permanente e irreparable en los pacientes, mientras que en el médico corrompe su integridad puesto que este tipo de transgresiones por lo general tienden a repetirse y aumentar en frecuencia.

CONSTRUCCIÓN DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA, ESTRUCTURAS SECUENCIALES Y FUNCIONES DEL HABLA.

El discurso médico se crea a partir de varios momentos e interacciones entre médico y paciente, estas “fases” siguen una secuencia lógica y rutinaria. Por lo general empiezan con las funciones del discurso médico, el cual puede iniciar como un cuestionamiento o un comando al paciente, que en respuesta da una señal de cooperación. El discurso se mueve en relación de “asimetría o asimetría”, la simetría en el discurso es más evidente al momento de cuál de las dos partes “domina” el discurso, tradicionalmente el médico tiene el rol más dominante, sin embargo, la tendencia actual es a que el paciente sea el centro de la consulta. La construcción de la consulta se divide en 6 partes: (1) Establecer la relación paciente-médico. (2) Explorar el motivo de consulta. (3) Realizar la exploración pertinente. (4) Evaluar el estado general del paciente. (5) Exploración física. Historia clínica, uso de laboratorio y gabinete exploración física (5) Establecer un plan de tratamiento. (6) Terminar la consulta. (Mishler, 1984; Neighbor, 1987; Ohtaki et al., 2003).

Al igual que en otras disciplinas, la construcción de la comunicación médica tiene una estructura, una secuencia y una finalidad, podemos distinguir 3 partes de este proceso, iniciación, extensión y respuesta. La parte de la extensión tiene otras 3 subdivisiones en cuanto a las posibles respuestas del interlocutor: desarrollo, registro y duplica. Desarrollo se refiere a una expansión de la comunicación en respuesta a lo externado por el otro interlocutor. Registro se refiere a la repetición de las palabras del interlocutor, o la exclamación de marcadores como “¿de verdad?”, estos promueven a que el interlocutor continúe hablando. Duplica se refiere a la aclaración o confrontación de lo externado por el interlocutor (Eggins & Slade, 1997).

El modelo de inicio respuesta y seguimiento propuesto por Pun, Matthiessen, Williams, and Slade (2017), permite analizar la secuencia de intercambios y detectar las instancias en donde se llega a un acuerdo y en los que aparecen desacuerdos, la relevancia clínica en el contexto del encuadre médico, es detectar y reencuadrar las barreras en la comunicación dependiendo de su origen. Es importante destacar

el énfasis que hacen otras disciplinas con relación al encuadre, como la psicología y el psicoanálisis, mientras que la medicina se centra en aspectos técnicos de la comunicación, el psicoanálisis, por ejemplo, profundiza en la interacción en el “aquí y ahora” con el paciente, mediante otro tipo de secuencia: Prueba de realidad, identidad del Yo, e interpretación de defensas. La identidad del Yo consiste en un concepto integrado de sí mismo, de la persona, a través del tiempo y situaciones diferentes, así como de las personas importantes en su vida. Juicio de realidad consiste en la capacidad de mantener empatía con los criterios sociales comunes de la realidad, mientras que se mantiene un sentido de individualidad, y se es capaz de discernir el origen de los conflictos, intrapsíquico o externos, la incapacidad de establecer una comunicación efectiva fuera de los aspectos técnicos de la comunicación puede ser indicio de perturbaciones psiquiátricas o psicológicas graves.

Ejemplo del modelo Inicio-Respuesta-Seguimiento, y sus posibles resultados.

Contexto: Entra a consulta un paciente con síntomas de resfriado común en tiempo de pandemia por COVID-19, se realiza exploración física y se prosigue al interrogatorio.

Iniciación	Extensión	Respuesta
<p>Declaración: (Doctor), La fiebre y la tos pueden ser signos de una infección respiratoria, es importante hacer una prueba de COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo: (Paciente) Entonces, es importante que me mantenga aislado y este revisando datos de alarma. ▪ Registro: (Paciente) La fiebre y tos pueden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento: Me parece bien. ▪ Contradicción: Me parece extraño.

	<p>ser por una infección respiratoria, sugiere que haga una prueba para COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duplica: (Paciente) ¿Prueba de COVID-19?, creo que está exagerando. 	
<p>Oferta: (Doctor), Le voy a proporcionar un tratamiento sintomático, para la fiebre y tos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación: Ok. ▪ Rechazo: Estoy en desacuerdo.
<p>Pregunta: (Doctor), ¿Hay dificultad respiratoria?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respuesta: Muy poco, solo por las noches. ▪ Negación de responsabilidad: No sé, no recuerdo, ¿es eso importante?
<p>Comando: (Doctor), Si la saturación de oxígeno es menor de 89%, debe</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento: Entiendo.

acudir a urgencias de forma inmediata.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechazo: ¡De ninguna forma, soy una persona ocupada, tengo actividades programadas!
Saludo/Despedida		Hola/adiós

4.8.1 Co-construcción de la comunicación en la consulta: Discurso médico y discurso relacional.

En la consulta médica hay 2 tipos de comunicación o discurso, la primera es el discurso médico o charla institucional y el segundo es el discurso relacional.

1. **Discurso médico:** tiene la finalidad de establecer los roles y las dinámicas de la interacción en el contexto la consulta, es un discurso cordial pero formal, tiende a ser objetivo y orientado a metas, cuando se realiza de forma adecuada el paciente es capaz de mantener expectativas reales respecto al médico y su tratamiento, entiende el grado de involucramiento y responsabilidad que se espera de él y por último se crea una sensación de seguridad, profesionalismo y respeto entre ambos ,en caso contrario, el discurso médico puede tornarse automatizado, impersonal, y condescendiente, evocando sentimientos de enojo y rechazo por parte del paciente, esta es una de las principales causas de deserción y demanda en las consultas médicas, ya que no se genera un vínculo entre la diada.

2. **Discurso relacional:**

Este discurso está en mayor medida dictaminado por las reacciones emocionales del paciente y las que invariablemente evoca en el médico como consecuencia, el discurso relacional es esencial al momento de solidificar la alianza terapéutica, si el paciente se percibe juzgado o incomprendido, no se involucrara de manera activa en el proceso. Cuando el médico es hábil y

oportuno al momento de intercambiar entre el discurso médico y el relacional, el paciente puede advertir que el interés en su padecimiento es genuino y que el médico es capaz de empatizar con él, esta forma de vinculación da como resultado respuestas de gratitud en el paciente que se manifiestan de forma inmediata en la forma de cooperación, reciprocidad y negociación; cuando el discurso relacional no se establece de forma adecuada puede dar paso a un desbordamiento emocional, confusión, rechazo, sobre involucramiento o incluso erotismo, es por esto que se tanto discurso médico como relacional deben ser intercambiados acorde a las eventualidades que surjan en la consulta, y especialmente el médico debe ser consciente de estos fenómenos para saber cuándo debe hacer una intervención correctiva que encause nuevamente la dirección de la consulta a su finalidad principal que es la recuperación del paciente.

4.8.2 Elementos de la consulta médica: Apertura y cierre de las consultas en medicina.

Fase de apertura de la consulta médica: (1) La enfermera o el médico convocan al paciente al consultorio. (2) El doctor o el paciente inicia el intercambio de saludos, (usualmente el médico lo inicia). (3) Se invita al paciente a tomar asiento, esto dispone los medios para iniciar la comunicación. (4) Indicadores de familiaridad, el intercambio iniciado por el médico con frases como: ¡Hola!, – ¿Cómo esta? Estos son los elementos del discurso médico y relacional que encuadran la primera interacción con el paciente, se establece la naturaleza de la colaboración a la vez que se abren las vías para la comunicación empática mediante el saludo y el interés en su salud. Como afirmaron Coupland y colegas: “Incluso nuestros encuentros transaccionales más instrumentales implican mucho más que la transmisión y recepción de información (por ejemplo, diagnósticos o información prescriptiva)” (Robinson, 1998). Esto hace referencia a la comunicación no verbal como los gestos, el semblante, la postura y la orientación del cuerpo respecto a los participantes. Una

preocupación incipiente en varios hospitales es la tendencia sistemática actual de limitar la primera interacción a un “Hola” y posteriormente corroborar la identificación del paciente. La fase de apertura médica y el cierre son el primer eslabón en una cadena de eventos que van encuadrando la relación entre participantes, esto cobra mayor relevancia cuando el paciente asistirá nuevamente a consulta con el mismo médico, en otras palabras, estamos trabajando en los cimientos de la relación.

Saludo inicial: El tan estereotipado ¡Hola!, – ¿Cómo esta? – Bien – dígame, ¿Qué le pasa?, es casi ritualístico al momento de iniciar la consulta, el enfermo se presenta, externa su malestar y asume el rol de paciente, de igual forma el médico da introducción a su persona, su formación y se muestra receptivo a la información que le brinda el paciente para evaluar si sus conocimientos y recursos son aptos para ayudarlo. Esta apertura y primeras interacciones forman los primeros elementos del encuadre: (1) Se establecen roles e identidades en participantes. (2) Se identifican y distribuyen las asimetrías entre los participantes, se establece al médico como la figura con conocimientos y capacitación para atender al paciente, por otro lado, el paciente es la figura que proporcionará la información relevante a su historia de enfermedad, sus valores y expectativas del tratamiento. Ambas partes reconocen la importancia de los recursos que ambos aportan para llegar a un fin en común por medio de reciprocidad.

La calidad y el tono afectivo del saludo inicial también proporcionan información respecto a la personalidad del médico y el grado de formalidad y respeto que permitirá durante la consulta, como ya se mencionó el saludo inicial es prototípico, es formal, pero no al grado de convertirse directamente en discurso médico serio, esa parte se reserva para una segunda instancia en el cuerpo de la consulta. La primera barrera que aparece durante el saludo inicial, son posturas extremadamente defensivas por parte del médico, se pueden manifestar al momento de saltar directamente al discurso médico, o mostrarse demasiado formal al grado de parecer impersonal, el no permitir pequeños momentos de intercambio

relacional con el paciente durante el saludo inicial no es fatídico en la gran escala para la finalidad de la consulta, pero si para la alianza terapéutica, el paciente no buscará involucrarse de forma activa si no percibe cierto grado de vinculación con el médico, sin embargo, el segundo error más frecuente que aparece en los primeros 5 minutos de consulta, tiene implicaciones en el discurso médico, el relacional y en el flujo e intercambio de información, me refiero a interrumpir al paciente al momento que encuentra relatando el motivo de consulta, las interrupciones por lo general causan que el paciente se torne inhibido y parco, en algunas instancias una interrupción abrupta y con poco tacto puede lesionar gravemente la relación que se empieza a construir y por otro lado el paciente puede omitir compartir información crucial para el diagnóstico o tratamiento, por último, los errores y negligencias que llegan a surgir derivado de problemas en la comunicación, por lo general terminan en conflictos legales, el paciente es más propenso a tomar una postura comprensiva inclusive en el caso de un error médico, si la relación con este es buena, o cuando mínimo, si percibe que el médico mostró un interés e integridad al momento de la consulta.

Fase intermedia (Charla casual y discurso médico formal): La naturaleza del discurso médico va orientada al cumplimiento de metas y objetivos mediante practicas rutinarias, no obstante, el tener charla casual con los pacientes tiene la función de fortalecer la alianza terapéutica y servir como medio de transición al discurso más serio (Benwell y Creddie, 2016; Hudak y Maynard, 2011). Walsh (2007). Dentro del discurso médico formal se discuten una serie de elementos y acuerdos entre los participantes. Como ya se mencionó, el encuadre es un discurso meta comunicativo, desde el encuentro inicial se está transmitiendo información al paciente que le proporciona un significado a la experiencia y la interacción en el medio hospitalario o la consulta particular. La imagen proyectada del médico (Self) aunada a todos los intercambios de comunicación verbal y no verbal se rigen bajo este principio. El discurso médico formal por otro lado, verbaliza de forma clara y explicita los elementos del encuadre, en este apartado se discute información



elemental como: (1) Como agendar las citas, (2) frecuencia de las citas (consulta única, consultas de seguimiento), (3) honorarios, (4) confidencialidad, se refiere a los consentimientos informados y confidenciales que se requieren por ley (5) información médica pertinente como diagnóstico, estudios de gabinete, tratamiento, pronóstico, citas de urgencias, y (6) el grado de involucramiento al que se encomendaran los participantes. En la fase intermedia de la consulta también es importante brindar un espacio para que el paciente pueda expresar la historia de su enfermedad y el impacto que ha generado en su persona el simple acto de verbalizar su malestar físico y emocional permite descargar grandes cantidades de tensión y permite entender al médico las expectativas que tiene el paciente respecto al tratamiento. Es un espacio donde ambas partes pueden expresarse sus puntos de vista y realizar cuestionamientos, como ya se mencionó un buen indicio de que el encuadre se está realizando de la forma adecuada es mediante una sensación de mutualidad y capacidad de negociación, si alguna de las facciones no puede llegar a un acuerdo con los aspectos que no estén disponibles a una negociación, se puede diferir al paciente, o finalizar la consulta en términos cordiales. A pesar de que en ocasiones es difícil encasillar en una fase de la consulta los elementos específicos o correspondientes, especialmente por las eventualidades y reencuadres que puedan surgir (en ocasiones es necesario hacer aclaraciones al paciente y redirigirlo cuando la información no se está interpretando de la manera intencionada), para este punto de la consulta se deben de haber abordado los siguientes puntos: (1) Saludo, (2) Presentación e introducción de los participantes y sus roles, (3) Abordaje del malestar o la preocupación principal del paciente, (4) Se establecen los acuerdos, la naturaleza de la relación y el paciente da su consentimiento a todo lo anteriormente establecido.

Fase de cierre: La fase de cierre esta designada a (1) Prescripción de una receta en caso de ser necesario tratamiento farmacológico. Explicación de los tratamientos y educación médica. (2) Frecuencia de las consultas: consulta única, consultas de seguimiento, programación para un procedimiento o necesidad de procedimiento de

urgencia, por último, también se evalúa la necesidad de internamiento hospitalario vs manejo ambulatorio. (3) El momento de la despedida, los momentos previos a que el paciente salga de consultorio, frecuentemente acompañado por su médico, son oportunos para nuevamente hacer plática informal o incluso hacer algún comentario gracioso, esto disminuye la tensión del paciente, desplaza sutilmente al discurso médico, y da la señal de que el tiempo de consulta ha llegado a su fin, principalmente fortalece el vínculo entre los participantes.

Ejemplificación de elementos del encuadre médico.

Ejemplo 1

Contexto: El paciente ingresa al consultorio asistido por el personal de enfermería quien lo guía hasta la puerta de entrada.

D: ¡Hola!, Soy el Dr. X, tome asiento, ¿Es usted X?, ¿Cómo esta?, dígame, ¿En qué le puedo ayudar? – **(Introducción y saludo inicial)**

P: Bien, gracias doctor. Tengo un malestar abdominal.

D: ¿Le duele su abdomen? – **(Discurso médico)**

P: Si, me siento distendido la mayor parte del día, y me duele cuando me palpo.

D: Me imagino que debe ser molesto, la distensión visceral es muy dolorosa. – **(Discurso médico y relacional)**

P: Bastante doctor. Qué bueno que usted lo entiende.

D: [Asiente con la cabeza y sonrío], ¿Me permite hacer una exploración física de su abdomen? **(Discurso médico y relacional)**

P: Por su puesto doctor, adelante.

En el primer ejemplo, se ejemplifican los 2 tipos de discurso médico y relacional, en una interacción exitosa entre participantes: (1) Se guía al paciente al consultorio y se realiza el saludo inicial y presentación, con la subsecuente sensación de familiaridad a la que el paciente corresponde al momento de establecer su motivo

de consulta. (2) El médico valida la molestia del paciente y prosigue al interrogatorio. (3) el paciente tiene oportunidad de expresar su historia de enfermedad y el impacto en su vida diaria. (4) El médico nuevamente valida la experiencia del paciente y deja ver que tiene conocimiento en el área de conflicto, la paciente expresa sentimientos de gratitud al sentir la comprensión y acto seguido permite el médico realizar una exploración física, denotando involucramiento y mutualidad. Esta pequeña interacción muestra que ambas partes están sincronizadas en el encuadre, esto se manifiesta en la secuencia de interacciones exitosas que llegan a un fin.

Ejemplo 2:

Contexto: Paciente ingresa solo al consultorio del doctor y se queda parado en la puerta.

P: Disculpe, vengo a consulta, ¿Puedo pasar?

D: ¿Me puede permitir una identificación? **(Discurso médico)**

P: Aquí tiene. ¿Me puedo sentar?

D: Como usted guste. Sus documentos están en orden, ¿Qué se le ofrece?
(Discurso médico)

P: Me duele mucho el abdomen desde hace una semana, estoy muy decaído.

D: Necesito que se tome este estudio de ultrasonido a la brevedad y acuda nuevamente a consulta con el resultado, aquí está la orden. Por el momento es todo.

(Discurso médico)

P: ¿Esto es todo?

D: [Asiente con la cabeza con ceño fruncido]

El segundo ejemplo es un claro ejemplo de charla institucional, incluye elementos del discurso médico, pero ni siquiera estos son ejecutados de la manera correcta, se omite la introducción de los participantes y el motivo de consulta, no se explora en lo absoluto, el médico no permite ninguna apertura para el discurso

relacional, ambas partes terminan la consulta en términos ambiguos y no se forma una relación entre la diada. Este último ejemplo puede tener varias implicaciones no solo desde el punto de vista de calidad de la consulta, puede ser también motivo de mala práctica médica y demanda.

Ejemplo 3:

Contexto: El médico termina de explicar el plan de tratamiento al paciente, el paciente asiente con la cabeza, y el médico se dispone a escribir en la receta los medicamentos.

D: Aquí esta su receta [extiende el brazo y le da la receta en su mano al paciente], después de realizar su pago en la caja, agende por favor una nueva cita. –

(Discurso médico)

P: ¿Puedo verlo dentro de 3 semanas?

D: La cita será a mitad de mes, en 2 semanas. – **(Discurso médico)**

P: Oh, ya veo, está bien, gracias.

D: [El doctor extiende su mano para despedir al paciente, el paciente devuelve el saludo]. – **(Discurso relacional)**

P: Nos vemos en 2 semanas, [paciente sale del consultorio]

En el tercer ejemplo nos encontramos en la fase de cierre de la consulta, por lo general el momento de realizar la receta médica es una señal casi universal para los pacientes de que la consulta está muy próxima a finalizar, los elementos del encuadre a resaltar con los establecidos por el médico al clarificar (1) Frecuencia de la próxima cita. (2) Invitación realizar el pago. (3) Clarificar la fecha de la cita. (4) Dar el saludo final de despedida. Por su parte el paciente muestra su comprensión y aceptación de los términos establecidos por el médico con respuestas emocionales positivas evidenciadas en el “Oh, ya veo” (comprensión) y “gracias”



(aceptación), al salir del consultorio el paciente también da por terminada la interacción.

DISCUSIÓN

La interacción humana se encuentra regida por factores biológicos, sociales y psicológicos, a su vez la percepción que tenemos respecto a un gran número de temas puede ser influida por la forma en la que la información se nos proporciona. En el área médica nos hemos esforzado en buscar promover la salud mediante estrategias que apelan a los pacientes a desarrollar conductas de autopreservación mediante mensajes de autocuidado en algunas ocasiones son mensajes que resaltan los aspectos positivos de una conducta, en otros, se recurre al factor del miedo y la pérdida, en patologías más severas que requieren intervenciones más directivas. Estos modelos de interacción y comunicación son llevados a la consulta, en donde en la interacción aparecen varios elementos que pueden distorsionar la interacción entre paciente y médico y por ende complicar su salud, partiendo desde la premisa de que el foco principal es la relación entre ambos.

Se utilizó el modelo de entrevista psiquiátrica, y sus diversos elementos, incluyendo la presencia de fenómenos psicológicos para ejemplificar la necesidad de conocer las diversas implicaciones de la interacción desde los roles entre participantes, hasta el significado de la enfermedad para el paciente y el grado de involucramiento que se espera de él y su familia. La utilidad de este trabajo radica en la incorporación de los elementos biológicos, psicológicos y médicos de la comunicación y la interacción humana buscando que en un lapso concreto se puedan abordar los elementos esenciales de la consulta, incorporando los aspectos que hacen que se de una buena relación entre paciente y médico como la búsqueda de autonomía, el respeto por el trasfondo cultural y religioso del paciente, las ética y las transgresiones en la consulta, la búsqueda de simetría en la toma de decisiones, así como el respeto y cuidado en pacientes graves o terminales.

CONCLUSIONES

La consulta médica desde sus inicios se ha centrado en atender al enfermo con la mayor calidad y dignidad posibles, a lo largo de los años los modelos de atención han sufrido cambios, sin embargo, nunca la medicina se había encontrado en un momento tan crítico en el cual la relación entre paciente y médico se viera tan desgastada por los cambios que ha sufrido la consulta médica a causa de la revolución industrial y actualmente en la era digital donde la excesiva distribución de información y su fácil acceso, han proporcionado al paciente herramientas y una voz con la cual externar sus miedos, preferencias y expectativas respecto de la atención médica, por otra parte, la desinformación, la institucionalización de las consultas y el crecimiento de la población han generado incertidumbre e inconformidad con la atención médica que ante la amplia demanda laboral ha recurrido a recortar el tiempo y la calidad de la interacción. Es por eso por lo que el entender las funciones más primitivas de las motivaciones humanas desde su origen biológico, hasta la interacción con otros humanos, nos puede proporcionar las herramientas necesarias para poder seguir proporcionando un servicio de calidad, a la vez que se protege la integridad de ambos participantes, en un principio de reciprocidad y búsqueda de un fin en común.

La entrevista psiquiátrica es una herramienta bastante completa que aborda un gran número de aspectos semiológicos a la vez que indaga en la vida personal del paciente, incluyendo su vivencia intrapsíquica, fortaleciendo una relación que busca ayudar al paciente, empoderándolo desde sus propios recursos, por tanto el encuadre busca utilizar las formas más óptimas de comunicación, a la vez que proporciona al paciente y médico con las herramientas para lograr su objetivo, mediante una interacción basada en comunicación e intencionalidad clara, partiendo del respeto y la responsabilidad.



ÉTICA

Al ser una revisión narrativa de la literatura disponible, no supone ningún conflicto ético.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNDERSTANDING FRAMING THEORY Olasunkanmi AROWOLO1.
Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychology, evolution and epistemology. San Francisco, CA: Chandler
2. Five Different Types of Framing Effects in Medical Situation: A Preliminary Exploration. Jiaxi Peng,¹ Hongzheng Li,² Danmin Miao,^{1,*} Xi Feng,¹ and Wei Xiao^{1,*}
3. Effect of framing as gain versus loss on understanding and hypothetical treatment choices: survival and mortality curves.
Katrina Armstrong¹, J Sanford Schwartz, Genevieve Fitzgerald, Mary Putt, Peter A Ubel
4. Framing Messages to Deal With the COVID-19 Crisis: The Role of Loss/Gain Frames and Content. Carlos Gantiva^{1*}, William Jiménez-Leal^{1,2*} and Joan Urriago-Rayo^{1,2}
5. Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating Kylie Ball 1* , Robert W Jeffery 2 , Gavin Abbott 1 , Sarah A McNaughton1 , David Crawford.
6. Conspiratorial Thinking During COVID-19: The Roles of Paranoia, Delusion-Proneness, and Intolerance of Uncertainty
Emmett M. Larsen*, Kayla R. Donaldson, Megan Liew and Aprajita Mohanty.

7. Adolescents' perceptions of Canadian cigarette package warning labels: investigating the effects of message framing Catherine Goodall¹, Osei Appiah
8. Graphic warning labels on plain cigarette packs: will they make a difference to adolescents? McCool J, Webb L, Cameron LD, Hoek J. Soc Sci Med. 2012 Apr;74(8):1269-73. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.043. Epub 2012 Feb 17.
9. Framing Pictorial Cigarette Warning Labels to Motivate Young Smokers to Quit. Mays D, Turner MM, Zhao X, Evans WD, Luta G, Tercyak KP. Nicotine Tob Res. 2015 Jul;17(7):769-75.
10. "Not all my fault": genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders Michele M Easter¹
11. Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. Gallagher KM, Updegraff JA. Ann Behav Med. 2012 Feb;43(1):101-16.
12. Framing the psychoanalytic frame Imre Szecsödy aa Karlavägen 27, S-11431 , Stockholm ,Sweden.
13. STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-5, RESEARCH VERSION USER'S GUIDE First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL: User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version (SCID-5-RV). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015 Copyright © 2015 American Psychiatric Association
14. Communication patterns in the doctor–patient relationship: evaluating determinants associated with low paternalism in Mexico Eduardo Lazcano-Ponce^{1,2}, Angelica Angeles-Llerenas^{1,3*}, Rocío Rodríguez-Valentín¹, Luis Salvador-Carulla², Rosalinda Domínguez-Esponda³, Claudia Iveth Astudillo-García⁴, Eduardo Madrigal-de León⁵and Gregorio Katz⁶. Gantiva C, Jiménez-Leal W, Urriago-Rayó J. Front Psychol. 2021 Jan 28;12:568212.
15. The Psychiatric Interview in Clinical Practice (2nd edn) By Roger A. McKinnon, Robert Michels & Peter J. Buckley. American Psychiatric Publishing. 2006
16. Childress JF, Childress MD. What does the evolution from informed con-sent to shared decision making teach us about authority in health care? AMA J Ethics. 2020;22(5):E423–9.

17. RESPECT FOR AUTONOMY IN LIGHT OF NEUROPSYCHIATRY
SABINE MEÜLLER. Bioethics ISSN 0269-9702 (print); 1467-8519 (online)
Volume 31 Number 5 2017pp 360–36
18. Contrasting Parents' and Pediatricians' Perspectives on Shared Decision-Making in ADHD. Alexander G. Fiks, MD, MSCE, a,b,c Cayce C. Hughes, MPH, b,c Angela Gafen, BBHS, b,c James P. Guevara, MD, MPH, a,b,c and Frances K. Barg, PhD, MEd
19. . Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not to tell? J Med Ethics. 2005;31(8):447–51. Miyata H, Takahashi M, Saito T, Tachimori H, Kai I
20. T.L. Beauchamp & J.F. Childress. 2009. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press: 101 and 133f.
21. The guideline “consultation psychiatry” of the Netherlands Psychiatric Association Albert F.G. Leentjens,*,1, Annette D. Boeninkb, Herman N. Snoc,
22. The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans
Josefina Lujan and Howard B. Campbell Journal of Religion and Health
Vol. 45, No. 2 (Summer, 2006),
23. Cualquier acto eròtico con un paciente implica siempre una transgresión ética. Manuel Isaias Lòpez Gòmes. 1997.
24. Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis 2nd Edición de Glen O. Gabbard
25. Expanding Horizons in Health Communication, an Asian perspective.
Bernadette Wattson. Janice Krieger
26. Effective follow-up consultations: the importance of patient-centered communication and shared decision making Paul L.P. Brand1,*, Anne M. Stiggelbout2.
27. What Happens to the Holistic Care of Patients in Busy Oncology Settings
67E. Angela Chan
28. Health Communication in Patient-provider Contexts in Asia Examining Patient Preferences for Integrative Chinese-Western
29. Colorectal Cancer Care in Hong Kong Wendy Wong, Herbert H. F. Loong, Allyson K. Y. Lee, Ambrose H. N. Wong, C. H. Sum, Jessica Y. L. Ching, Justin C. Y. Wu, and Z. X. Lin
30. Framing Boundaries of Medical Interactions: Data from China
Understanding the Co-construction of Medical Consultations in Traditional Chinese Medicine: A Discourse Structural Analysis . Jesse W. C. Yip and Chenjie Zhang