

Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica

*Social representations of the doctor, patient and medical care*Alejandra Navarro Escalera¹, Luis Antonio Salvador Ortiz Espinoza¹, María del Carmen García Ortíz¹, Esther Mahuina Campos Castolo²

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: Las quejas derivadas de la percepción de una mala atención médica son una problemática que afecta en diferentes ámbitos de la sociedad, por ello nuestro objetivo es identificar algunas causas de la mala percepción del médico, paciente y la atención médica desde las representaciones sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio mixto, transversal descriptivo, se aplicó un cuestionario de asociación de palabras a una población de 28 estudiantes de la Facultad de Medicina UNAM y 33 pacientes, cualitativamente se analizó en campos semánticos por rangos de importancia, cuantitativamente se analizó una muestra de 93 alumnos de la misma facultad, mediante la teoría de contraste de hipótesis, valores de chi-cuadrado y porcentajes con SPSS-22.

RESULTADOS: Cuantitativamente se encontró que tener un familiar médico influye en la percepción que se tiene hacia los médicos y la atención médica con un nivel de significancia de 0.5 y con el valor de Chi cuadrada mayor a 22.36; así mismo el género influye en dicha percepción, con un nivel de significancia de 0.05 y con el valor de la Chi cuadrada mayor al 18.31. Cualitativamente se encontraron diferencias en las representaciones sociales de los médicos y pacientes tanto en sus expectativas como en sus experiencias.

CONCLUSIÓN: Una de las principales causas que generan problemas en el proceso de salud enfermedad y en la relación médico paciente son los componentes físicos, psicológicos y sociales a los que están sujetos tanto el paciente como el médico y que no son tomados en cuenta, generando expectativas irreales hacia los profesionales de la medicina y hacia la atención médica.

PALABRAS CLAVE: Representación social, médico, paciente, atención médica, expectativas, experiencias.

INTRODUCTION: Complaints arising from the perception of poor medical care is a problem that affects different areas of society, so our goal is to identify some causes of poor perception of the doctor, patient and medical care from social representations.

MATERIAL AND METHODS: mixed, transversal descriptive study, a questionnaire word association to a population of 28 students of the Faculty of Medicine UNAM and 33 patients applied qualitatively analyzed in semantic fields ranges importance, quantitatively a sample was used 93 students of the same faculty, analyzing it with the theory of hypothesis testing, chi-square values and percentages with SPSS-22.

RESULTS: Quantitatively found that having a medical family influences the perception that physicians and health care with a significance level of 0.5 and the value of greater than 22.36 square Chi, Also the gender influences in that perception, with a level of significance of 0.05 and with the value of the Chi square superior to 18.31. Qualitative differences in social representations of doctors and patients met both your expectations and your experiences.

CONCLUSION: One of the main causes that create problems in the health-disease process and the doctor-patient relationship are physical, psychological and social components that are subject to both the patient and the doctor and are not taken into account, generating towards them unrealistic expectations over physicians and medical care.

KEYWORD: Social representation, doctor, patient, medical care, expectations and experiences.

¹ Programa de Servicio Social en Investigación (SSICONAMED). Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

² Jefatura del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Correspondencia: Esther Mahuina Campos Castolo. Jefatura del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Basamento del Edificio A de la Facultad de Medicina, Circuito Escolar, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, Ciudad de México, C.P. 04510, México. Correo electrónico: infobiomedix@gmail.com .

Introducción

La teoría de las representaciones sociales fue originalmente formulada por el francés Serge Moscovici en 1961, y encuentra sus principales influencias en la teoría de las representaciones colectivas de Emile Durkheim, las cuales son un mecanismo explicativo que se refieren a una clase general de ideas o creencias como puede ser el caso de la ciencia, mito o religión entre otras¹. Sin embargo Moscovici le da un giro completamente distinto al indicar que el ser humano es eminentemente social y está modelado, en particular, por el lenguaje de la sociedad a la cual pertenece y de este modo, por el universo cognoscitivo y simbólico que le precede, en otras palabras el concepto de representación social es una tentativa innovadora para articular las relaciones entre el individuo y la sociedad².

Moscovici estudió la forma en la cual las personas construyen y son construidos por la realidad social y a partir de sus elaboraciones propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como otras formas de construcción social de la realidad³.

Pero qué es una representación social, pues bien en palabras de Moscovici citado por Perea en el 2003¹:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. ...es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. ...son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo”.

En otras palabras, podemos describir a las representaciones sociales como el conjunto de conocimientos que adquirimos a partir de nuestro entorno social y que son cruciales para poder comprender y desenvolvemos en el entorno en el que nos desarrollamos día a día.

Precisamente en este apartado encontramos la

principal función de las representaciones sociales, que nos permiten conocer la manera en que nosotros aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, la información que en él circulan y a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. Y son este cúmulo de conocimientos los que nos permiten participar en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.

Para Jodelet, citada por Torres, Maheada y Aranda en el 2004⁴ la principal función de las representaciones sociales es constituir una modalidad de pensamiento práctico orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno material y social. Con ello, se destaca el carácter de producción de las representaciones ya que son construcciones de los sujetos sobre un objeto, pero nunca reproducciones de ese objeto. Debemos hacer mucho hincapié en esta parte de su funcionalidad ya que las representaciones sociales son ideas e imágenes subjetivas que se crean a partir de objetos socialmente compartidos y no una representación fiel, concreta y objetiva, lo que se podría describir como el conocimiento del sentido común.

Pero la representación no es puramente un acto reproductivo, en palabras de Moscovici «Representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarse, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto.» De la actividad intelectual representativa se derivan cinco características fundamentales de la representación: invariablemente representa un objeto; posee carácter de imagen y la propiedad de intercambiar percepción, pensamiento y concepto; tiene una naturaleza simbólica y significativa; posee propiedades constructivas y está dotada de un carácter autónomo e innovador².

Y es por ello que no podemos hablar de una sola representación social ya que siempre existirán modos distintos de pensar los objetos sociales, divergencias o controversias en las formas de interpretarlos entre distintos grupos sociales.

En este sentido, es importante tener en cuenta que no todo objeto social es un objeto de representación social. Moscovici citado por Rodríguez en el 2009⁵ indica que para considerar a un objeto como el de una representación social debían cumplirse, por lo menos, tres condiciones:

- a) La dispersión de las informaciones, la existencia de distintas formas de ver un objeto social.
- b) La compulsión a la inferencia, en el sentido de una presión por desarrollar comportamientos y discursos frente a objetos que se conocen poco.
- c) La focalización selectiva de grupos e individuos, en la medida en que su ubicación determinará el interés o desinterés por ciertos aspectos del objeto.

Con base en todo lo planteado hasta ahora no podemos cometer el error de confundir las representaciones sociales con conceptos que comparten similitudes como es el caso de creencias, percepción, actitudes o estereotipos. Ya que las creencias son uno de los campos que conforman las representaciones sociales, las percepciones se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamientos de información mientras que las representaciones sociales en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión del mundo y la actuación social de los seres humanos, los estereotipos son categorías de atributos específicos a un grupo que se caracterizan por su rigidez mientras que las representaciones sociales son más dinámicas pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas y finalmente la actitud se orienta a la respuesta que las personas son susceptibles de dar mientras que las representaciones sociales actúan simultáneamente sobre el estímulo y sobre la respuesta³.

Las representaciones sociales deben pasar por un proceso de dos etapas denominadas objetivación y anclaje. La objetivación tiene que ver con la capacidad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra, le da sentido de realidad a conceptos no comunes para el sujeto⁶; mientras que el anclaje implica una integración de la novedad, en su fase cognitiva, producto de cambios perceptuales que surgen del contacto con nuevas realidades⁷. Esto quiere decir que en una primera fase le damos sentido a un objeto desconocido para nosotros para después integrarlo a nuestro bagaje de conocimiento ya existente.

Es por todo lo anterior que el estudio de las representaciones sociales sobre los profesionales de la salud, permite estudiar la identidad de dicha profesión y con ello destacar el tipo de relación que existe con el paciente. Ya que debido a las representaciones sociales que manejan tanto el paciente como

el profesional de la salud se crean expectativas irreales en cuanto a la capacidad y obligación tanto del médico como del paciente, situación que genera una enorme cantidad de problemáticas en la relación entre dos actores.

Y es precisamente la incapacidad para ver la relación como una estructura dinámica, en la cual no se puede culpar o señalar a un solo actor, la que impide que los médicos y los pacientes perciban la interacción como un proceso de construcción activa en un contexto determinado en el cual todos los factores de los que se desprenden las representaciones sociales (ambiente, estrategias, problemas, expectativas, recursos, etc.) afectan y transforman su relación⁸.

La presente investigación busca ilustrar cuáles son las representaciones sociales que se tienen en torno al médico, al paciente y en cuanto al servicio médico; esto con la firme intención de poder entender en qué manera nuestro conocimiento "común" acerca de estos tres conceptos puede limitar el tipo de interacción que se suscita en la relación médico paciente y que por consecuencia pudiera afectar la calidad del servicio médico que se ofrezca.

Los alcances de esta investigación son exploratorios, pues no se cuenta con mucha información e investigaciones sobre el tema, sin embargo puede representar un avance importante en la detección de causas de las percepciones negativas del médico y la atención médica con la posibilidad de implementar estrategias que ayuden a mejorar esta percepción e influir significativamente en la relación médico-paciente y la calidad de la atención médica.

Metodología

El diseño del estudio es mixto, transversal y descriptivo, la muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; para el análisis cualitativo se incluyeron 28 estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la UNAM y 33 pacientes para el análisis cualitativo, el análisis cuantitativo incluyó 93 alumnos de la facultad de medicina de la UNAM, donde 43 son hombres y 50 son mujeres, con las mismas características de la primera muestra.

Como instrumento se utilizó un cuestionario de asociación de palabras diseñado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el cual fue modificado para fines de esta investigación y adaptado para ser aplicado mediante la herramienta digital *Typeform*, además del formato en físico.

Para responder a las preguntas de investigación desde el apartado cualitativo se realizó un análisis de campos semánticos por rangos de importancia,

mientras que para el apartado cuantitativo se utilizó estadística inferencial no paramétrica, con la teoría de contraste de hipótesis, la obtención de los valores de chi-cuadrado y porcentajes, empleando el paquete estadístico SPSS -22.

Resultados

Cuantitativos. Respecto a la representación de un buen médico se encontró que el tener un familiar médico sí influye en la percepción que se tiene hacia estos profesionales de la salud y la atención médica, con un nivel de significancia de 0.5 y con el valor de Chi cuadrada mayor a 22.36; donde los participantes que sí tienen un familiar médico perciben como características principales de éste ser una persona responsable en un 19%, amable con 16%, inteligente con un 15%, capaz con un 10% y ético con un 7.7%; a diferencia de los participantes que no tiene un familiar médico, para los cuales es más representativo de un buen médico el que sea una persona amable con un 19.6% siendo esta categoría más importante que el que sea responsable con un porcentaje de 18%, seguido por la característica de inteligente con 18% y finalmente que sea una persona con ética con un 10%. Figura 1.

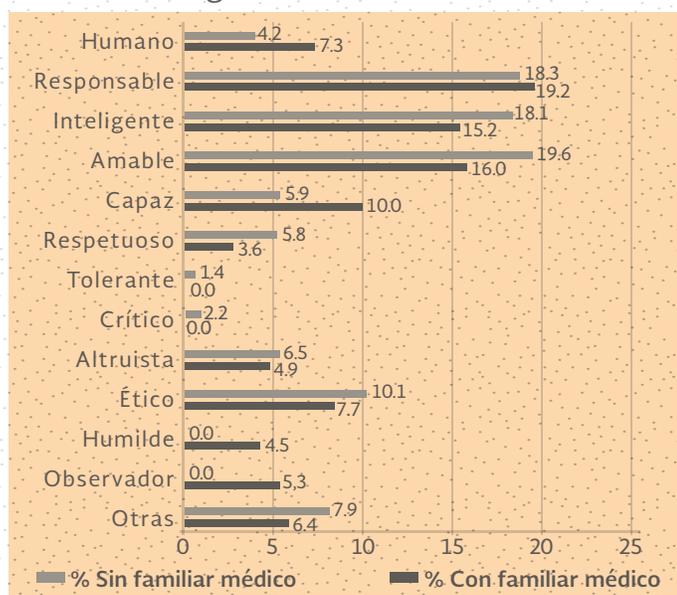


Figura 1. Representación social del buen médico.

En referencia a la representación de una buena atención médica se encontró que los participantes que tienen un familiar médico describen como principal factor el que sea una atención de calidad en un 13%, después la representan como amable con 11.7%, segura en un 9.6%, comunicativa con 8.8% y respetuosa

con 7.5%, entre otras. Por otra parte los participantes que no tiene un familiar médico describieron como factor principal el que sea una atención empática con el 15.8%, personalizada con un 12.8%, oportuna con 10%, respetuosa con 9.6%, responsable con 9% y de calidad con 8%, entre otras.

Así mismo se encontró que ser mujer o ser hombre sí influye en la percepción que se tiene de los médicos y la atención médica, con un nivel de significancia de 0.05 y con el valor de la Chi cuadrada mayor al 18.31.

Para las mujeres es más representativo de un buen médico el que sea amable con 20.5%, responsable en un 19.8%, inteligente en un 18.8%, ético en un 10% y respetuoso con un 6%. A diferencia de los hombres los cuales expresaron que las características más representativas de un buen médico son ser responsable con un 20%, inteligente y amable ambos con un 16%, capaz 10% y ético 8.9%. Figura 2.

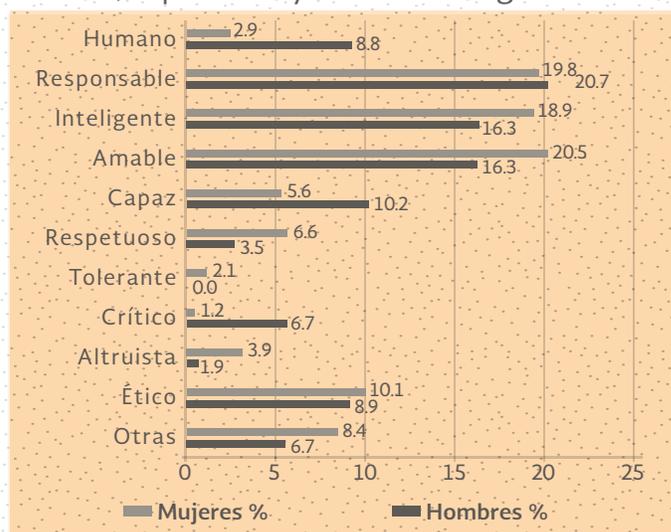


Figura 2. Representación social del buen médico por sexo.

En cuanto a las representaciones de la buena atención médica se encontró que para las mujeres lo más representativo es la empatía con un 15%, después que sea una atención personalizada con un 13.7%, oportuna con 10.4%, de calidad con 9.4%, eficaz con un 8%, respetuosa con 7.6%, entre otras. Para los hombres al igual que para las mujeres lo más representativo de una buena atención médica es la empatía con un 18.4%, después que sea de calidad con 12%, personalizada con 10.7%, oportuna con 9.8%, respetuosa con 9.7%, eficaz con 8.4%, responsable con 7%, entre otras.

Resultados cualitativos. En cuanto a la representación social de cómo se ve a sí mismo el paciente se

lograron deducir tres categorías generales: la actitud del paciente, el trato que tiene con el médico y la condición o el estado que tiene el paciente durante el proceso de salud-enfermedad.

La categoría de *condición*, obtuvo un 47% de las citaciones que hicieron, en ella se encontraron palabras clave que describen al paciente como una persona preocupada, desesperada, desanimada y vulnerable. La categoría de *actitud*, obtuvo un 38% de citación, en ella encontramos que para algunos un paciente es una persona colaboradora pero en la que predominan la irresponsabilidad y mal humor. Finalmente la categoría de trato con su médico, con un pequeño porcentaje del 11% nos habla de un trato amable en todo momento hacia el médico.

Con respecto a la representación idealizada que tiene el paciente de cómo sería un buen paciente, se identificaron tres categorías: *actitud* con un 55% de citación, con palabras como colaborador, tomar una actitud positiva, responsable y honesta ante su situación; el *trato* que debe tener un buen paciente con el médico obtuvo 32% de citación, donde podemos observar que los pacientes han de ser amables con su médico pero también se les une un trato respetuoso hacia el mismo y finalmente la categoría de *condición* con una citación de 10%, donde las personas describen al paciente como una persona consciente y paciente.

Por lo que se refiere a la representación social de cómo los pacientes ven a sus médicos logramos deducir tres categorías generales: trato que reciben, actitud y desempeño profesional.

La primera categoría destaca que lo más importante para los pacientes respecto a los médicos es el *trato que reciben* de ellos, desde esta perspectiva se encontraron 3 vertientes sobre dicho trato: amables, indiferentes y despotas. Como segunda categoría podemos encontrar el *desempeño profesional*, en el cual los pacientes los conciben como competentes, eficientes y profesionales y muy pocos los consideran incompetentes. En tercer y última categoría encontramos la *actitud* que tienen los médicos en cuanto al desarrollo de su profesión, catalogándolos como analíticos y en una misma proporción como comprometidos a la vez que irresponsables además de considerarlos limpios.

Respecto al componente idealizado de la representación social de cómo debe de ser un buen médico, en la categoría de trato que reciben se encontraron palabras como amabilidad, empática y respetuosa. En la categoría de desempeño profesional se tiene la visión de un médico como alguien competente,

eficiente y profesional. La última categoría es la actitud representando al médico como alguien ético, responsable y comprometido. Figura 3.

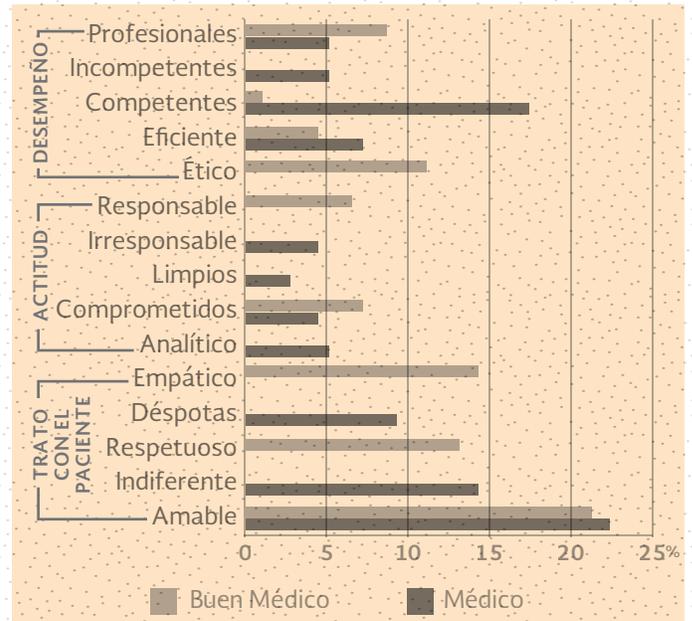


Figura 3. Representación social de los pacientes sobre los médicos.

En cuanto a las representaciones sociales que los pacientes tienen sobre la atención médica también se encontraron tres categorías distintas: calidad respecto a la atención recibida, logística del tipo de atención que reciben y la actitud con la que se presta el servicio.

La categoría de *logística* comprende palabras como insuficiente, tardada, cara, burocrática y barata. La categoría de *calidad* engloba palabras como mala en mayor medida, con un pequeño contraste que la señalaba como buena, negligente y regular; finalmente la categoría de *actitud* con la que se prestaba la atención médica fué representada como personal e injusta.

En el componente idealizado de la representación social que tiene el paciente de la buena atención médica la categoría de calidad fué representada como una atención integral, con calidad, eficiente y eficaz; en segundo lugar respecta a la logística con palabras como suficiente, accesible y oportuna. Finalmente la actitud con la que se brinda el servicio debía de ser amable, ética y responsable.

Respecto a las representaciones sociales que el médico tiene sobre sí mismo se destacan tres categorías principales, la primera es la relación con el paciente, la segunda habla de su condición referente a características y competencias y finalmente está la actitud con la que se desempeñan.

Lo más representativo para los médicos respecto a sí mismos es la *relación* que establecen con el paciente, desde esta categoría hay 4 vertientes: cálidos, confiables, groseros y como que ofrecen ayudan. En la categoría relativa a la *condición* en la que se presentan, sólo se encontraron palabras positivas como: verse como un médico capaz, humano, inteligente y respetable. En la categoría de *actitud* las palabras fueron responsable y comprometido.

En el componente idealizado de la representación social del médico, es decir lo que ellos esperan de un buen médico, describe el mismo orden de importancia. En la primera categoría se describieron palabras como alguien cálido, confiable y que ayuda; en la segunda categoría se encontraron palabras positivas como capaz, inteligente, humano y respetable; en la tercer y última categoría las palabras halladas fueron ser alguien comprometido y responsable.

En cuanto a la representación social que tiene el médico sobre el paciente, se dedujeron tres categorías generales: condición en la que se presenta el paciente, actitud y relación con el médico.

En la categoría de *condición*, se pueden encontrar palabras como una persona que necesita ayuda, que está enferma, que es humana, estando angustiada y vulnerable. En la categoría de *actitud* fueron descritos como poco colaboradores y en menor proporción como colaboradores. La categoría de la *relación* con el médico sólo presentó la palabra de comunicación.

En cuanto al componente idealizado de la representación social que el médico espera de un buen paciente, se dedujeron dos categorías generales: la *relación* con el médico y la *actitud* que presentan en la interacción.

En la categoría de *relación con el médico*, se encuentran palabras como amable, comprensivo, honesto, respetuoso y que confíe. La *actitud* como categoría, presenta las palabras de responsable, cooperativa y paciente. Cabe destacar que a diferencia del componente real, en este apartado se eliminó la categoría de condición del paciente. Figura 4.

En cuanto a la representación social que tiene el médico sobre la atención médica, se dedujeron tres categorías generales: calidad, logística y actitud en el servicio.

En la categoría de calidad se encuentran dos palabras deplorable, con el mayor porcentaje entre todas las características definidas para la atención médica y regular, con un porcentaje muy bajo. La categoría de logística la describen por el tiempo insuficiente, desorganizada, costosa y necesaria. La categoría de

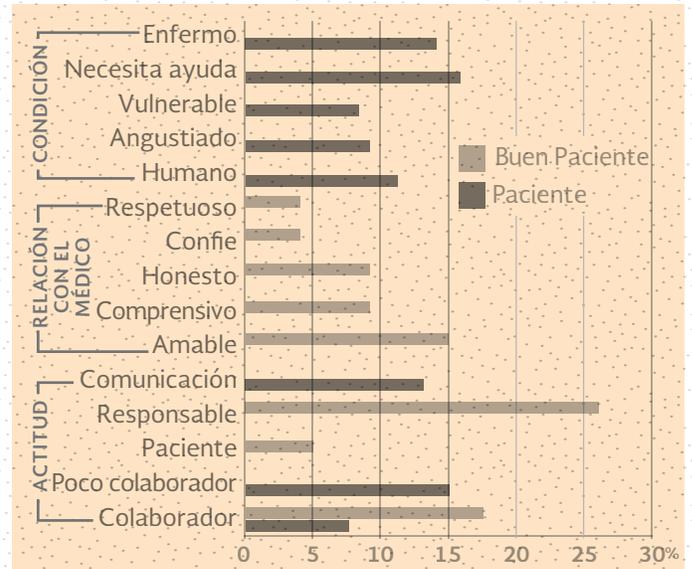


Figura 4. Representación social de los médicos sobre los pacientes. actitud en el servicio solamente con aspectos negativos como ser irresponsable e injusta.

En cuanto al componente idealizado de la representación social que el médico espera de una buena atención médica, se dedujeron tres categorías generales: la calidad, logística y la actitud de servicio.

La categoría más representativa de la buena atención médica fue la *calidad*, con un 55% de las citaciones, donde se encontraron palabras como ser de calidad e integral. La segunda categoría con 22% de citación es la relacionada con la *logística*; con las palabras de atención accesible, a tiempo, oportuna y organizada. Como tercer y última categoría con un 21% de citación, se encuentra la actitud de servicio, con palabras como justa, humana e incluyente. Figura 5.

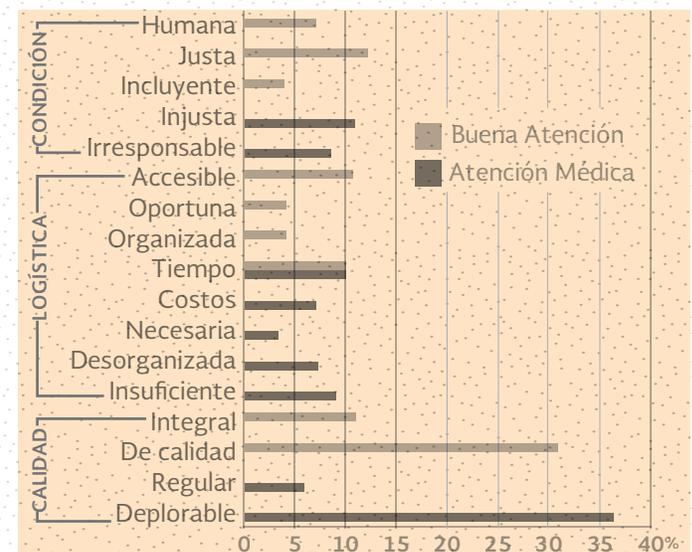


Figura 5. Representación social de los médicos sobre la atención médica.

Discusión de resultados cuantitativos. De acuerdo a la información recabada se encontraron diferencias entre las representaciones de los médicos y la atención médica, ya sea con o sin familiar médico y siendo hombres o mujeres.

Inicialmente para los *médicos que sí tienen un familiar médico* tiene mayor relevancia que los médicos sean responsables, dejando en segundo término a las características de interacción como la amabilidad y de cualidades como la inteligencia y capacidad, mientras que para los médicos que no tienen un familiar médico es más representativo que sean amables, dejando en segundo término las cualidades como responsabilidad e inteligencia y por último en ambos grupos quedó la ética y otras cualidades como ser humano, altruista y respetuoso.

Referente a la atención médica se puede observar que los médicos que sí cuentan con un familiar médico manifiestan como factor más representativo la calidad de la atención, seguida del trato que se desea obtener y finalizan con cualidades relacionadas con la ética, humanismo y la responsabilidad, sin embargo las dos últimas categorías están bien equilibradas. A diferencia de ellos, los médicos que no cuentan con un familiar médico muestran como palabras más representativas aquellas que hacen alusión al trato que se desea obtener en la atención médica, seguidas de la calidad a la atención y características relacionadas con ello como oportuna y eficaz, finalizando con la ética y humanismo donde esta última categoría está muy por debajo de todas.

También es importante señalar que palabras relacionadas con la seguridad y protección a la salud como una atención médica segura, comunicativa y ética, son mencionadas por los médicos con familiares médicos y no son tomadas en cuenta por el grupo de médicos sin familiares médicos. En este sentido se puede decir que los médicos que tiene familiares médicos tomen en cuenta las experiencias que su familiar le haya compartido y sepan la importancia que tiene la atención médica segura, comunicativa y ética y/o las consecuencias que se derivan cuando estas no se presentan en la práctica médica.

En cuanto a las diferencias en las representaciones sociales entre hombres y mujeres, se puede señalar que las mujeres aunque no dejan de lado las características intelectuales y competencias (responsable, inteligente, capaz) del buen médico, para ellas también juega un papel importante el trato que se dan en la interacción con el médico y por el factor humano, (amable, ético, respetuoso, altruista, humano, tolerante). Por otra parte los hombres aunque también

toman en cuenta el trato que se dan en la interacción con el médico, le dan mayor importancia a las características intelectuales y competencias con las que es deseable que cuente (responsable, capaz, crítico).

Respecto a las representaciones que hombres y mujeres tienen sobre la atención médica se puede mencionar que en ambas partes coinciden que lo más representativo de una buena atención médica es que sea empática, sin embargo los hombres le dan mucho más peso a esta característica que a cualquier otra, mientras que las mujeres la proponen más equilibrada junto con que sea personalizada. Otra de las diferencias es que los hombres plantean que la calidad de la atención es más representativa que el que sea una atención personalizada y oportuna mientras que las mujeres lo ven a la inversa siendo más representativo para ellas que la atención sea personalizada y oportuna, antes de que sea de calidad.

De manera general se observa que tanto las mujeres como los hombres ven más representativo de una buena atención médica características de interacción con el médico seguido de características que se relacionan con la calidad de la atención médica y finalmente con características que tienen que ver con la ética, sin embargo para los hombres las características de calidad tienen mayores porcentajes mientras que los de ética son muy bajos y para las mujeres los porcentajes tanto de calidad como de ética están más balanceados.

Discusión de resultados cualitativos. A partir de la información encontrada podemos decir que en primer lugar los pacientes se ven a sí mismo desde la perspectiva de su propia enfermedad y todos los efectos negativos que generan en ellos, mientras que la idealización del cómo debería de ser un buen paciente se representa más por la actitud con la que participan en el proceso de salud enfermedad.

En segundo lugar en la visión realista del paciente se considera que es la actitud lo que lo representa sin embargo difícilmente es un actitud de cooperación sino más bien una actitud que va de la mano con la enfermedad por la que está atravesando y lo hace comportarse de una manera negativa como reflejo de lo que está viviendo, mientras que para la visión idealizada es el trato con el médico lo segundo que debe imperar y este trato debe de caracterizarse por ser positivo.

Finalmente para la visión real del paciente lo último que importa es el trato con el médico, este trato se caracteriza por ser positivo, en contraste la visión

ideal del paciente se caracteriza por su condición, que lejos de girar en torno a su enfermedad lo hace verse como una persona madura y centrada.

En cuanto a las representaciones sociales que los médicos tienen sobre los pacientes, la principal diferencia entre lo que se experimenta con ellos y lo que se desea que posean para ser un buen paciente es que desaparezca la condición de enfermos con su angustia, vulnerabilidad, enfermedad, humanidad y necesidad de ayuda.

Esto resulta muy relevante pues concuerda en gran medida con lo que los pacientes ven y esperan de sí mismos y se puede observar que se expresa poca empatía hacia el paciente por el hecho de idealizar a un buen paciente sin su condición característica de enfermedad y lo que se deriva de ello, además de no tomar consideraciones para tratarlo con esas características ni de parte del médico ni del paciente mismo.

Otra diferencia importante es sobre la relación con el médico pues en la realidad sólo se expresa que hay comunicación como la característica menos representativa, mientras que en el ideal de un buen paciente las características de relación son lo más representativo y se describen diversas habilidades deseadas. Lo mismo pasa con la categoría de actitud donde en la realidad solo se vivencia si colaboran o no, mientras que lo que se desea de un buen paciente oscila en varias categorías.

Toda esta información representa un valioso hallazgo de cómo enfrenta la enfermedad un paciente y de cómo se considera que debería de afrontarla, ya que la realidad siempre se dictará en torno a la enfermedad que padezca el paciente y a todos los efectos negativos que genere en el mismo tanto físicos como psicológicos, que en lugar de ayudar a su recuperación entorpecerán este proceso; mientras que la visión idealizada nos muestra un panorama en el que el paciente no se considera como la persona enferma sino como ajena a sí misma y que se representa por un paciente que hace cuánto puede para recuperar su salud.

Aquí encontramos un aspecto clave ya que se crean expectativas irreales del cómo debe de ser un paciente al eliminar su factor más determinante, la propia enfermedad por la que está atravesando y odos aquellos rasgos negativos que están afectando su vida desde sus dimensiones física, psicológica y social, lo que nos habla de una gran distancia entre las expectativas que se generan y no pueden cumplirse sobre los pacientes y lo que en realidad se presenta en su proceso de salud-enfermedad.

Encontrando aquí otra gran problemática que genera disfunciones en la relación médico paciente y en el proceso salud enfermedad.

En cuanto a la representación social que los pacientes tienen de un médico tanto en la experiencia propia como en la idealización que se crea en torno a ellos, ésta se guía en primer lugar por el tipo de relación que se genere con ellos que sorpresivamente en ambos casos siempre será amable pero que sin embargo en la realidad también será de indiferencia y déspota cuando el ideal busca exactamente lo contrario al verla como algo empático y respetuoso.

En segundo lugar el desempeño será crucial tanto en la realidad como en el ideal y que en la realidad solo una pequeña proporción de los encuestados los catalogó como incompetentes ya que la gran mayoría los considera personas preparadas y en el ideal se elimina completamente esta visión negativa que solo algunos compartían.

Finalmente la actitud de los médicos es lo que los debe representar y mientras que en la realidad solo algunos los consideran irresponsables la gran mayoría los ve de una manera positiva y al igual que en el anterior punto la visión ideal elimina este concepto negativo.

En el mismo sentido, en general la realidad que plantean los médicos de sí mismos habla de una representación muy positiva pues a excepción de una palabra negativa que se presenta en la realidad, que es la de ser groseros con un porcentaje muy bajo; todas las demás categorías hablan de un buen desempeño desde el trato que se entabla con los pacientes, sus capacidades, competencias y la actitud con la que brindan la atención. La principal diferencia entre lo que se espera y lo que se experimenta como médico es en referencia al trato con el paciente, pues es más representativo como una característica ideal, mientras que la condición y la actitud disminuyen notablemente. Esto nos habla de la brecha que aún existe en la relación médico paciente donde es muy representativo de un buen médico el tener un buen trato, cuando en la realidad se siguen presentando algunos aspectos negativos en la comunicación.

Lo más destacado de este punto es la visión positiva tanto de los médicos como de los pacientes, que se comparte tanto en la representación ideal como real de los médicos en cuanto a su actitud y desempeño, pero que contrasta en cuanto al trato que brindan; quizás esta información pueda explicar el por qué se dan la gran mayoría de las controversias

y problemáticas entre médicos y pacientes ya que no se trata de una falta de conocimientos o pericia por parte del médico sino más bien el vacío que existe entre ambos lo que genera todas estas problemáticas.

Finalmente la representación social de cómo es y cómo debería ser la atención médica en nuestro país de acuerdo a los médicos y pacientes, girará principalmente en torno a la calidad con la que se presta el servicio médico en donde solo muy pocos consideran que la atención médica es buena y la gran mayoría la tacha como mala, situación que como cabe esperarse se revertirá en el ideal al buscar que sea como la palabra lo indica una atención de calidad. En segundo lugar la logística con la que se presta la atención médica en el país nos ha dejado muy marcada la visión de un servicio con muchas limitantes en cuanto a su alcance mientras que el ideal busca revertir esta realidad por la que la gran mayoría debe atravesar. Finalmente la actitud del servicio que se presta se caracteriza por ser fría, distante e irresponsable, mientras que el ideal considera que debe de ser exactamente lo contrario.

Este apartado se encuentra caracterizado por los contrastes tan remarcados que se tienen respecto de la realidad y del ideal de las representaciones sociales del tipo de atención médica, en donde la realidad de la atención médica a la que tiene acceso la mayoría de la población está plagada de fallos y limitaciones tan grandes que no dan lugar más que a una visión pobre y negativa que busca revertirse en el polo opuesto del ideal, lo que no deja mucho espacio para satisfacer adecuadamente las expectativas que se generan en torno al tipo de atención médica que se tiene en la actualidad y que por ende genera una gran cantidad de problemas importantes en el proceso de salud-enfermedad.

Conclusiones

Toda la información encontrada respecto a las representaciones sociales que se tienen de los pacientes indica que una de las principales causas que generan los diversos problemas en el proceso de salud enfermedad y en la relación médico paciente es el sesgo que se tiene frente a todos los componentes que intervienen, ya que difícilmente se comparte las dimensiones físicas, psicológicas y sociales a las que está sujeto no solo el paciente sino también el médico y que afectan enormemente tanto la relación médico paciente como el proceso de salud y enfermedad.

Por otra parte las representaciones sociales de los médicos los describe como personas preparadas y comprometidas, sin embargo sólo se evocan al aspecto científico y técnico de su profesión dejando un hueco en cuanto al correcto manejo de la relación que deben de tener con sus pacientes y que afecta en gran medida la visión que se tiene respecto a ellos, situación que puede mejorar si se abarcara el factor social y psicológico no solo del paciente sino también del médico.

Por último debemos entender que existen muchas limitaciones contextuales para brindar una adecuada atención médica y que son un reflejo de la realidad ineludible en la que vivimos, por lo que sería adecuado no generar expectativas irreales pero sí encontrar maneras de aminorar las carencias que se van presentando en el proceso de salud-enfermedad y que puedan afectar la relación médico-paciente.

Conocer esta información permite identificar los puntos de conflicto y la posibilidad de implementar estrategias que ayuden a equilibrar lo que se espera del médico o la atención médica con lo que se presenta en la práctica diaria, mejorando de esta manera la percepción de la atención médica, o el desempeño de los profesionales de la salud, por lo que se recomienda continuar con el estudio de las representaciones sociales tanto del médico como del paciente en diferentes estratos sociales.

Referencias

1. Perea M. A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Consejo Latinoamericano de ciencias sociales [Internet]; 2003 [acceso 2015-08-11]. Disponible en: http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
2. Villarroel, G. . Las representaciones sociales: Una nueva relación entre el individuo y la sociedad. FERMENTUM Revista Venezolana de Sociología y Antropología, [Internet] 2007 Mayo-Agosto,17(49). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20778/2/articulo9.pdf>
3. Araya, S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de ciencias sociales. 2002,--- pp
4. Torres, T., Maheda, M. & Aranda, C. Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. Revista de Educación y Desarrollo, [Internet] 2004; Abril-Junio 2(1). [acceso 2015-08-10]. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/2/002_Torres.pdf
5. Rodríguez, T. Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación. Nueva Época. [Internet] 2009 Enero-Junio 11(1). [acceso 2013-08-13]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n11/n11a2.pdf>



6. Mora, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital Revista de Pensamiento e Investigación Social. [Internet] 2002 2(1). [acceso 2015-08-17]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

7. Campo, M. & Labarca, C. La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. Opción [Internet] 2008 Septiembre-Diciembre 25

(60), [acceso 2015-08-17]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31012531004>

8. Herrera, N., Gutiérrez, M., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A. & Sánchez, L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes de Bogotá Colombia. Revista Salud Pública. [Internet] 2010 Junio 12(3), [acceso 2015-08-10]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300001