

TEMA 3**EL PACIENTE Y EL ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL DEL PACIENTE.**

"En diez años de estudio he aprendido a palpar, a hacer incisiones y a dar puntos de sutura, a vendar y a extraer cuerpos extraños con una pinza, a meter el dedo o deslizar tubos en todos los orificios posibles, a inyectar y a poner un suero, a percutir, a hacer un "buen diagnóstico", a dar órdenes a las enfermeras y a redactar una historia correctamente, a hacer algunas recetas,... **pero en todos estos años, nunca me han enseñado a aliviar el sufrimiento o a evitar que aparezca. Jamás me han dicho que podía sentarme a la cabecera de un moribundo, sujetarle la mano y hablarle.**"

La enfermedad de Sachs. Martin Winckler. Ed. Akal. 1999.

OBJETIVOS DEL TEMA:**Objetivo principal del tema:**

Favorecer el cambio de perspectiva del futuro médico desde el punto de vista del médico al punto de vista del paciente

Objetivos específicos del tema:

Al finalizar el estudio de este tema el alumno debe ser capaz de:

- 1- darse cuenta de que detrás de todo paciente está la persona enferma
- 2- conocer las diferentes formas como las personas reaccionamos ante la enfermedad
- 3- entender cómo la vivencia de su enfermedad es única de cada paciente
- 4- comprender la importancia del contexto en el que vive la persona enferma: su familia y su medio social y cultural.
- 5- añadir elementos a su comprensión de la atención médica centrada en el paciente (junto a otros temas de la asignatura)

PARTES DEL TEMA:**1- El paciente****2- El entorno familiar, social y cultural del paciente****1. PRIMERA PARTE: EL PACIENTE ¹⁻⁷****Índice de contenidos:**

- 1.1. El paciente como persona
- 1.2. Medicina centrada en el paciente
- 1.3. Reacciones ante la enfermedad
- 1.4. Vivencia de la enfermedad

1.1. EL PACIENTE COMO PERSONA

Idea clave: *No es un "paciente". Es una persona como tú y como yo*

¿Es posible enseñar la empatía?

Muchos autores abogan por utilizar la lectura o las películas para transmitir actitudes e interés real por el paciente.

Para alcanzar los propósitos de este tema recomendamos al alumno las lecturas señaladas en el [Anexo "Lecturas recomendadas"](#) al final de este tema (como "Sentir interés por alguien" y "Relatos de pacientes en primera

persona”), así como las recomendaciones de libros y películas que figuran en “El lado humano de la Medicina” de la página web Fisterra.com.

¿Es tan difícil imaginar cómo se siente un paciente?

Tal vez bastaría con cambiar la bata blanca de médico por el camisón de paciente, una experiencia que ya propuso a sus residentes el Dr. McKee, cirujano cardiovascular protagonista de la película “El Doctor” de Randa Haynes (1991).

1.2. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

Idea clave: *El paciente no es un mero objeto de la atención clínica sino el sujeto que la justifica y da sentido*

La denominada “medicina centrada en el paciente” se basa en:

- Animar al paciente a expresar o verbalizar:
 - sus dudas y preguntas
 - sus preocupaciones y miedos
 - sus creencias y expectativas
 - sus sentimientos y emociones
 - el efecto de la enfermedad en su vida
- Comprender el significado que la dolencia tiene para el paciente
- Implicar al paciente en el plan de diagnóstico y de tratamiento
- Informar al paciente de todo lo relacionado con su proceso o enfermedad

- La medicina centrada en el paciente persigue comprender al paciente y llegar a conocer cómo vive su enfermedad a través del diálogo

- La habilidad crítica del médico en esta orientación de la asistencia es saber escuchar, mediante una “escucha activa” que sepa responder a los indicios (verbales y no verbales) del paciente

- El médico debería tener un estilo emocional “proactivo”, no sólo “reaccionar” ante la hostilidad o la desconfianza del paciente

Algunas frases utilizadas por el médico durante la entrevista nos señalarían un marcador emocional de una medicina centrada en el paciente. Por ejemplo:

- *¿A qué cree usted que se debe lo que le pasa?*
- *¿Cómo ha influido en su vida?*
- *¿Quiere usted hablarme más acerca de eso?*
- *¿Hay algo que le preocupa especialmente?*
- *¿Le preocupa que pueda ser algo serio?*
- *¿Alguna pregunta? ¿Algo más que querría comentarme o preguntarme?*

1.3. REACCIONES ANTE LA ENFERMEDAD

Todos los seres humanos solemos reaccionar de manera similar ante la enfermedad, aunque no todos reaccionamos con la misma intensidad o manifestando la misma emoción o sentimiento.

Las maneras más comunes de reaccionar ante la enfermedad serían:

- **Miedo:**
“Me va a doler”. “Me voy a morir”
 -El paciente siente miedos, tanto racionales como irracionales
 -Los miedos más habituales son el miedo a la muerte, al dolor, a la incapacidad, al rechazo de los demás, a lo desconocido, ..
- **Negación:**
“No será nada”. “No necesito tomar las pastillas”
 -Los pacientes pueden negarse a sí mismos la existencia de la enfermedad mediante procesos de minimización o trivialización,...lo que incluso puede

llevarles a no consultar al médico por síntomas o lesiones por las que nos parecería impensable no acudir a consulta (hemorragias graves, tumores visibles,..).

-Este comportamiento puede generar que el paciente sea tratado con dureza o reprendido por familiares o profesionales de la salud.

- **Ansiedad-Angustia:**
“¿Qué me va a pasar?”. “¿Qué será de mí y de mis hijos?”
 -Existe muy a menudo una ansiedad de anticipación: *“Seguro que es algo malo”*
 -Pueden producirse también conductas de evitación, como en las fobias, para evitar las situaciones generadoras de ansiedad
- **Depresión o Tristeza:**
“Me paso el día llorando”
“No me voy a curar nunca”. “Esto mío no tiene arreglo”
- **Ira – Hostilidad:**
“La culpa de todo es de ese médico incompetente”
 -Este tipo de reacciones es más frecuente en personas emocionalmente inmaduras o con dificultades para tolerar la amenaza de la enfermedad.
 -Estos pacientes se pueden mostrar antipáticos, distantes o descalificadores
- **Pensamiento irracional o supersticioso:**
“Con estas hierbas me curaré”
“Si me tomo las pastillas del colesterol no me dará nunca un infarto”
- **Culpa-Remordimiento:**
“La culpa la tengo yo por no haberme cuidado”
“Es un castigo de Dios”
 - Es más común en enfermedades mentales, SIDA, ETS
 - Aunque antes era más frecuente considerar la enfermedad como un castigo divino por sentimientos de culpa ante nuestra conducta moral, hoy en día lo habitual es culparnos, o que nos culpen, por no llevar una “vida sana”: fumar, beber, comer demasiado, ser sedentarios,...
- **Envidia a los sanos:**
“¿Por qué me ha tocado a mí”
- **Desvalimiento:**
“¿Quién cuidará de mí?”
 - Aunque esta reacción es natural, este sentimiento conlleva un riesgo de llevarle a un proceso psicológico de regresión, o de dependencia, o de falta de reacción
- **Refugio:**
“Esa obligación no puedo hacerla porque estoy enfermo”
 -La enfermedad serviría al paciente de excusa, una especie de “permiso” psicológico para poder evadirse de obligaciones que le desbordan, o que no puede afrontar por agotamiento físico o psicológico. Le permitiría poder parar o descansar para recuperar energías.
 -Puede darse más en personas autoexigentes o que asumen todas las tareas y responsabilidades de otros
- **Inferioridad:**
“¿Cómo voy a salir así a la calle?”
“¿Quién me dará trabajo?”. “¿Cómo encontraré pareja?”
 - La enfermedad vivida como debilidad
- **Vergüenza-Pudor:**
 - No suele expresarse con palabras: el paciente puede sonrojarse, tratar de taparse, evitar desnudarse por completo,...
 - En ocasiones el paciente puede solicitar ser explorado por un médico del mismo sexo

1.3.1. REACCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD TERMINAL:

Una situación especial se observa en los pacientes que afrontan una enfermedad de muy mal pronóstico o están en fase terminal.

La enfermera suiza Elizabeth **Kübler-Ross** propuso en 1969 que los pacientes en situación terminal solían pasar por una serie de fases, predominado en cada una de ellas un sentimiento sobre los demás. Aunque lo habitual sería pasar secuencialmente por cada una de las fases, era posible saltar de una fase a otra posterior o retroceder a una fase anterior. Lo más habitual era pasar por cinco etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) mostradas en la **Figura 1**.

También se han observado estas reacciones ante el diagnóstico de enfermedades de gran impacto emocional sobre las personas (cáncer avanzado, graves malformaciones,...) o en situaciones de pérdida grave (duelo ante la muerte de un familiar, divorcio,...).

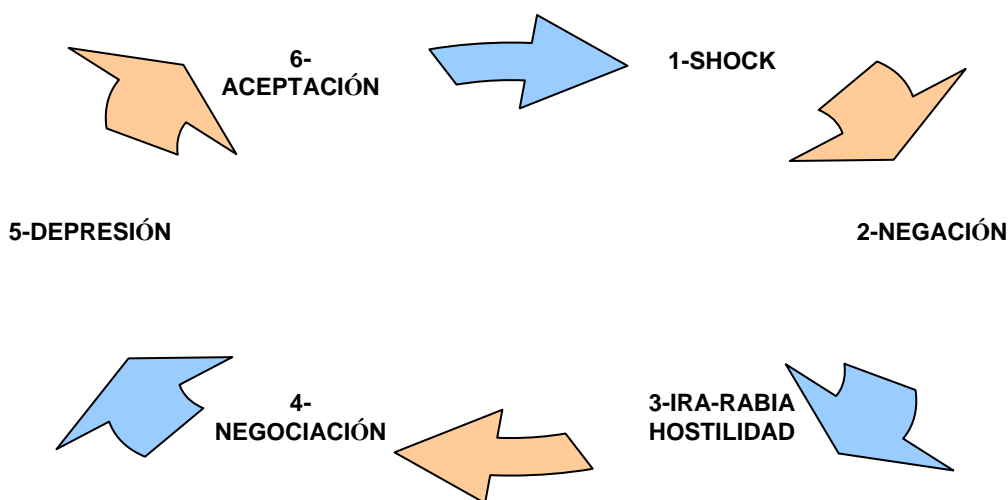


Figura 1. Reacciones ante una enfermedad terminal.

1.3.2. POSIBLES “BENEFICIOS” DE ESTAR, SENTIRSE O DECLARARSE ENFERMO:

Aunque pueda parecer sorprendente, no podemos negar que pueden existir algunas “ventajas” por estar, sentirse o fingir estar enfermo, como pueden ser:

- Obtener la atención y el cuidado de los demás, especialmente de los familiares más cercanos
- Obtener el permiso de los demás o tener una disculpa para no atender las responsabilidades del cuidado de familiares, laborales o sociales, lo que puede llevarles a buscar la complicidad del médico para la emisión de informes o certificados
- Baja laboral, indemnización por secuelas de accidentes o negligencias, pensiones de invalidez,...

En cualquier caso, un médico debe evitar siempre pensar de entrada que “todos los pacientes mienten” como acostumbra a decir el Dr. Gregory House.

1.3.3. LA ENFERMEDAD COMO UNA OPORTUNIDAD DE CRECIMIENTO PERSONAL:

Existen también formas “positivas” de reaccionar frente la oportunidad, mucho más frecuentes de lo que pensamos. Por ejemplo:

- La adaptación, como ocurre en aquellos pacientes que conviven con una grave minusvalía
- La superación personal, en aquellos pacientes que van más allá de la simple adaptación: pacientes con amputaciones o paraplejia que realizan actividades deportivas, aventuras,...

1.4. VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

Idea clave: “No hay enfermedades, sino enfermos”

Como comentamos antes, no todos los pacientes viven de igual modo su enfermedad.

Diferentes aspectos psicosociales matizan o modulan cómo cada paciente experimenta su enfermedad. Estos factores son:

1. La personalidad del paciente.
2. Sus experiencias vitales.
3. Apoyo familiar.
4. Entorno socio-cultural.

También se ha dicho que “*Sufren las personas, no los cuerpos*”

En cualquier caso, prácticamente todos los pacientes experimentan los mismos sentimientos y presentan las mismas reacciones ante las situaciones en las que se ven involucrados como consecuencia de su enfermedad.

Por ello, se trata de no olvidar los siguientes **puntos clave**:

1. El paciente es una persona: “*Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti*”
2. El daño en los órganos produce sufrimiento, pero también lo produce el miedo, la angustia, la soledad,... la impotencia que experimenta el enfermo, Por eso tan importante es curar y prevenir las enfermedades, como ayudar a paliar el sufrimiento o a morir en paz.

SEGUNDA PARTE: EL ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL DEL PACIENTE

- 2- La familia del paciente. Su importancia en el proceso salud-enfermedad
- 3- El entorno social y cultural del paciente. Su importancia en el proceso de salud-enfermedad

2-LA FAMILIA DEL PACIENTE. SU IMPORTANCIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ⁸⁻¹¹

Contenidos:

- 2.1. Relaciones entre familia y salud
- 2.2. La familia: concepto y definiciones
- 2.3. Tipos de familias
- 2.4. Funciones de la familia
- 2.5. El ciclo vital familiar
- 2.6. Las crisis familiares
- 2.7. Los acontecimientos vitales estresantes

2.1. RELACIONES ENTRE FAMILIA Y SALUD

Si parece lógico el comprender lo que significa ser un paciente, el conocer lo que experimenta y siente un paciente, la importancia del trato humano y de la comunicación con el paciente, puede no ser tan evidente la necesidad de conocer la familia del paciente.

Sin embargo, la sospecha de un problema genético, el control de una enfermedad crónica o terminal, el abordaje de los problemas de salud provocados por una crisis familiar... no podrán manejarse satisfactoriamente sin una evaluación y un conocimiento familiar.

Pertenecer a una familia o a otra nos influye a múltiples niveles, porque los miembros de una misma familia **compartimos**:

- 1- **Genotipo**: herencia genética familiar
- 2- **Factores medio-ambientales**: son compartidos por toda la familia e influyen en el nivel de salud y enfermedad, tanto a nivel familiar como individual
- 3- **Desarrollo individual de los hijos**: es la familia la que aporta a sus miembros la alimentación, educación, cultura, valores,... que luego intervendrán tan significativamente en su salud.
- 4- **Enfermedades infecciosas**: riesgo de diseminación intrafamiliar entre los convivientes
- 5- **Apoyo familiar**: es fundamental para sobrellevar cualquier enfermedad, especialmente las enfermedades crónicas o invalidantes
- 6- **Crisis familiares y factores psico-sociales**: afectan a la morbi-mortalidad individual, como los problemas y conflictos familiares, el divorcio, la viudedad,... (serán tratados más adelante).

2.2. LA FAMILIA. CONCEPTO y DEFINICIONES

Existen numerosas definiciones de familia.

Así, el Diccionario de uso del español de **María Moliner** considera que existen estas cuatro acepciones: 1ª- Pareja humana y sus hijos. 2ª- Personas unidas por parentesco "de sangre o político". 3ª- Conjunto de personas unidas por ideas o intereses comunes.

Ramson y Van der Voort, (1973) considera que la familia es un "grupo de sujetos íntimamente relacionados que comparten una historia y un futuro".

También puede definirse como aquel "grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional o legal".

En el último cuarto del siglo XX se han producido numerosos avances tecnológicos relacionados con la fertilidad (inseminación artificial, fertilización in vitro) y cambios sociales en los derechos civiles y en los usos y costumbres social o legalmente aceptados, o tolerados (matrimonio homosexual, adopción por personas solteras o parejas homosexuales, maternidad subrogada-madres de alquiler, migraciones) lo que ha propiciado la aparición de nuevas formas de familia que plantean intensos debates sociales y morales sobre si constituyen o no auténticas familias.

Por ello, más que fijarnos en la estructura de la familia convendría, tal vez, el centrarnos en si cumplen o no las funciones que tradicionalmente se asignan a la familia.

2.3. TIPOS DE FAMILIA:

Tal como comentábamos antes, la familia ha ido variando desde la familia extensa tradicional...hacia otros tipos de agrupaciones familiares.

Aunque la más habitual en nuestra sociedad es la denominada familia nuclear (formada exclusivamente por padres e hijos) podemos distinguir los siguientes tipos de familia:

- Familia extensa**, en la que conviven más de 2 generaciones
- Familia nuclear** formada por la pareja de padres y sus hijos
- Familia binuclear**, la formada tras un divorcio, en la que conviven hijos procedentes de las dos familias nucleares originales
- Familia monoparental**, la formada por uno de los padres y uno o más hijos
- Personas sin familia**, la formada por una única persona que vive sola
- También existen unidades de convivencia que podemos denominar **equivalentes familiares** que son los formados por personas que comparten vivienda de manera no transitoria, como las comunidades religiosas, residencias de ancianos, amigos que viven juntos,...

En ocasiones nos interesa conocer qué relaciones existen entre las personas que comparten un mismo domicilio u **hogar**. En función del tipo de unidad de convivencia podemos clasificar los hogares en:

Hogares familiares:

- Hogares **unifamiliares**: Vive una familia
 - sin otras personas ajenas a la familia
 - o con otras personas, emparentadas (abuelos) o no (empleada hogar)
- Hogares **bi o multifamiliar**: Viven dos o más familias
 - emparentadas
 - sin parentesco (inmigrantes)

Hogares no familiares:

- Hogares **unipersonales**: Personas que viven solas
- Hogares **multipersonales**: Personas no emparentadas que viven en comunidad (religiosas, ancianos)

Nuestra sociedad está en cambio y cada vez serán más habituales grupos familiares distintos de la familia nuclear tradicional.

A título de ejemplo, estos son algunos de los tipos de familia, equivalentes familiares y unidades de convivencia que atiende uno de nosotros en un barrio de nivel socioeconómico medio de la ciudad de Madrid en 2011:

- Parejas heterosexuales casadas, con o sin hijos, biológicos o adoptados
- Parejas heterosexuales no casadas, con o sin hijos
- Familias Monoparentales: una madre -o un padre- que vive con sus hijos, biológicos o adoptados

- Familias extensas con uno o más miembros de varias generaciones: p.e.: la abuela con 2 hijos separados y un nieto
- Parejas homosexuales, con o sin hijos biológicos (FIV en mujer lesbiana)
- Dos o más hermanos o hermanas, solteros o viudos, viviendo juntos
- Parejas de ancianas, sin relación de parentesco, viviendo juntas
- Ancianos sin familiares cercanos que viven solos junto a sus cuidadores (algunos durante más de 10 años son las únicas personas con las que cuentan o les ayudan)
- Comunidades de religiosas
- Residencias de ancianos
- Inmigrantes o Estudiantes que comparten piso

2.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA:

2.4.1. Funciones básicas de la familia:

Las 6 funciones básicas de la familia son:

- 1- Afecto
- 2- Apoyo
- 3- Comunicación
- 4- Reglas y normas
- 5- Adaptabilidad
- 6- Autonomía

1- Proporciona afecto:

-da estabilidad emocional y apoyo en los momentos de crisis

2- Presta apoyo:

-proporciona apoyo afectivo, físico, económico,..

3- Permite comunicación:

-verbal y no verbal: transmite afecto, apoyo, normas, creencias, lengua

4- Fija reglas y normas:

-establecen la autoridad, reparten los papeles, facilitan las relaciones y mantienen la armonía y el orden.

5- Se adapta ante los cambios:

-relaciones dinámicas en un contexto de cambios (familiares y sociales), previsibles (CVF) o imprevistos (crisis familiares y AVE).

6- Permite la autonomía personal:

-independencia paulatina para permitir el crecimiento, la maduración y la incorporación a la sociedad

2.4.2. Áreas funcionales de la familia:

Las 3 áreas funcionales de la familia son:

1- Las Funciones psico-biológicas:

- Reproducción
- Desarrollo y crecimiento hijos
- Adquisición del sentido de identidad familiar

2. Las Funciones sociales, culturales y educativas

- Transmite valores y creencias
- Transmite conocimientos y habilidades

3. Las Funciones económicas

- Producción de bienes y servicios
- Consumo

2.5 EL CICLO VITAL FAMILIAR (CVF):

Todas las familias atraviesan en general por las mismas etapas a lo largo de los años, desde su constitución hasta su disolución o desaparición. Cada una de estas etapas suele acompañarse de situaciones y conflictos comunes el nacimiento del primer hijo, la muerte del primer cónyuge,..).

Al conjunto de dichas fases o etapas se denomina el **Ciclo Vital Familiar (CVF)**. Dado que cada etapa puede relacionarse con la aparición de problemas psicosociales típicos de cada una de ellas, es de utilidad conocerlas.

Se han propuesto diferentes clasificaciones. Mostramos dos de las más conocidas: la propuesta por **Duvall (1977)** y la de la **OMS** (ver TABLA 1).

FASE	Duvall (1977)	OMS	DESCRIPCIÓN
I	Pareja "SIN hijos"	Formación	Hasta el nacimiento del 1er hijo
II	Con hijos pequeños	Extensión	Del nacimiento a los 30 meses
II	Con hijos preescolares"	Id	Con hijos desde 2 y medio-3 años y los 6 años
IV	Con hijos escolares"	Id	Con algún hijo entre 6 y 13 años
V	Con hijos adolescentes	Extensión completa	Con algún hijo entre 13 a 20 años
VI	"Plataforma de colocación"	Contracción	Desde que se va el 1er hijo a la salida del último
VII	Familia madura "Nido vacío"	Contracción completada	Desde "nido vacío" hasta la jubilación
VIII	Familia anciana	Disolución	De la jubilación a la muerte de ambos

Tabla 1. Fases del Ciclo Vital Familiar (C.V.F.)
Propuestas de Duvall y de la OMS.

2.6. CRISIS FAMILIARES

Así como prácticamente todas las familias atraviesan las mismas fases del CVF, sólo algunas experimentan determinadas circunstancias extraordinarias que tienen un alto impacto emocional y social sobre la unidad familiar.

Son las denominadas **Crisis familiares**

Podemos distinguir varios tipos de crisis en función de que afecten al número de miembros que componen la familia o de que supongan un grave problema sobre el ánimo familiar.

1- Crisis por **desmembración** de la familia:

- Muerte de un hijo, cónyuge, padre
- Hospitalización
- Separación

2- Crisis por **incremento** de la familia:

- Embarazo no deseado
- Adopción
- Llegada de abuelos ancianos
- Llegada de hijos emancipados (p.e. tras separación)
- Retorno de cónyuges separados

3- Crisis por **desmoralización** de la familia:

- Infidelidad
- Alcoholismo o drogas de un miembro
- Delincuencia o acontecimientos deshonorosos
- Falta de sostén, económico o de otro tipo (desahucio,..)

4- Crisis de desmoralización con desmembración o con incremento:

- Fugas del hogar
- Abandono /separación / Divorcio
- Encarcelamiento
- Suicidio / Homicidio
- Retraso mental / Ingreso en psiquiátrico
- Hijo ilegítimo

2.7. FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LA FAMILIA: LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (A.V.E.)

Determinadas experiencias vitales, más o menos habituales a lo largo de la vida de cualquier individuo, se han revelado como capaces de generar el suficiente nivel de estrés o de afectar a la dinámica familiar como para provocar sintomatología psicológica, psicosomática o síntomas físicos de enfermedades (nuevas o reactivaciones). Son los llamados **Acontecimientos Vitales Estresantes (A.V.E.)**

Se ha propuesto una herramienta sencilla para tratar de evaluar o medir el nivel de estrés psicosocial que puede estar experimentando un paciente concreto.

La llamada **Escala de reajuste social** ([disponible en los RECURSOS EN LA RED al final de este tema](#)) otorga una puntuación a diversos acontecimientos más o menos extraordinarios que influyen decisivamente en las personas y que habitualmente tienen, o pueden tener, repercusiones sobre su bienestar y sobre su nivel de salud.

Se clasifican cuarenta y tres posibles acontecimientos vitales estresantes (A.V.E.) en orden decreciente según el impacto que suelen tener sobre la salud del individuo, siendo el la muerte del cónyuge (100 puntos), el divorcio (73 puntos) y la separación matrimonial (65 puntos) los tres primeros y las vacaciones (13 puntos), las Navidades (12 puntos) y las Transgresiones leves de la ley (12 puntos) los tres últimos.

Se considera que es muy probable que exista un problema psicosocial o una alteración de la dinámica familiar cuando se suman más de 150 puntos en el último año.

3. EL ENTORNO SOCIAL Y CULTURAL DEL PACIENTE. SU IMPORTANCIA EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD ¹²⁻¹⁴

Índice de contenidos:

- 3.1. La cultura: conceptos
- 3.2. ¿Cómo puede influir la cultura en la salud?
- 3.3. ¿Cómo influye la cultura del paciente en la relación médico-paciente y en la asistencia sanitaria?
- 3.4. El entorno cultural
- 3.5. Características de las culturas
- 3.6. Comunicación intercultural
- 3.7. Relaciones entre culturas

3.1. LA CULTURA: CONCEPTOS Y DEFINICIONES

De igual manera que con la familia, existen multitud de definiciones para la cultura.

La cultura es *“el marco de referencia, el contexto, donde nuestra conducta tiene significado”*.

La cultura *“impregna toda nuestra conducta, todos nuestros actos y relaciones, tanto la conducta física como la mental, la manifiesta y la oculta”*.

Proponemos las siguientes **definiciones**:

- La cultura es *“un conjunto de patrones de conducta, de creencias y valores, aprendidos y compartidos por un grupo social particular, que proporcionan a los individuos del grupo una identidad y un marco de referencia donde poder interpretar la experiencia”*.
- La cultura es entonces el *“conjunto de conducta compartidas por un grupo social, que son aprendidas y transmitidas en el proceso de socialización”*
- También puede decirse que la cultura es el *“conjunto de adaptaciones que sostienen una sociedad concreta, en un contexto ambiental concreto, aquí y ahora”*

3.2. ¿CÓMO PUEDE INFLUIR LA CULTURA EN LA SALUD?

La cultura de una población o de un paciente tiene una influencia marcada sobre los procesos de salud-enfermedad y sobre el nivel de salud del individuo y de las poblaciones.

La cultura influye en la salud de las siguientes maneras:

- 1- Por la forma como el paciente entiende lo que es la salud y enfermedad, lo que significa estar sano o estar enfermo. El **concepto de salud y enfermedad** puede ser distinto en cada cultura.
- 2- Las diferentes culturas atribuyen diferentes **causas o factores** para la aparición de las enfermedades.
- 3- Las diferentes culturas tienen diferentes maneras de vivir las enfermedades (**vivencia de la enfermedad**)
- 4- cada cultura tiene diferentes estrategias y recursos para enfrentarse y tratar las enfermedades (**tratamiento**)

3.3. ¿CÓMO INFLUYE LA CULTURA DEL PACIENTE EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y EN LA ASISTENCIA SANITARIA?

La cultura de un paciente interacciona con la del profesional que le atiende. Con excepción de los españoles de etnia gitana, hasta hace pocos años (mediados de la década de los 80 del siglo XX) la práctica totalidad de los pacientes que acudían a las consultas y hospitales españoles eran de la misma cultura que los profesionales que los atendían.

En los últimos 30 años España ha vivido uno de los procesos migratorios más acelerados del mundo, con la incorporación a nuestras ciudades y pueblos de casi 5 millones de personas procedentes de casi todos los continentes, etnias, religiones y culturas: europeos del este, africanos (magrebíes o subsaharianos), americanos (de Sudamérica, el Caribe o Centroamérica), asiáticos (de China o del subcontinente indio).

Algunos comparten nuestro idioma (sud y centroamericanos, dominicanos) pero con otros la comunicación es muy difícil (chinos). Algunos comparten la religión católica mayoritaria en España (sudamericanos, polacos), pero muchos son musulmanes, animistas o evangélicos. Algunos tienen estudios de grado medio o, incluso, universitarios (Cono sur de América, países del Este de Europa), aunque la mayoría son de niveles socioeconómicos y educativos bajos o muy bajos. Nos enfrentamos con lesiones cutáneas en pieles negras que no sabemos interpretar, con enfermedades tropicales o exóticas que no hemos atendido nunca y conocemos mal. Con idiomas y maneras de entender el mundo y las relaciones personales totalmente distintas a las nuestras.

Como sociedad, y como profesionales de la Medicina, no tenemos la formación ni los recursos para enfrentarnos adecuadamente a los retos que plantea la atención médica integral de estos pacientes.

Por ello, como mínimo deberíamos ser conscientes de los obstáculos que existen para poder tratarlos en igualdad de condiciones que a los pacientes de la cultura española tradicional.

Por este motivo proponemos considerar los siguientes seis puntos:

- 3.3.1. Los prejuicios del profesional médico
- 3.3.2. Las normas culturales y religiosas del paciente
- 3.3.3. Los problemas de comprensión del idioma del paciente
- 3.3.4. Las diferencias culturales en el significado que da el paciente a las enfermedades
- 3.3.5. Las diferencias culturales a la hora de enfrentarse al conocimiento del diagnóstico, del pronóstico y de las opciones de tratamiento
- 3.3.6. La repercusión de los cambios sociales bruscos en las sociedades occidentales desarrolladas en el siglo XXI: el shock cultural

3.3.1. Los prejuicios del médico:

Cualquier persona acostumbra a no admitir, o a rechazar rotundamente, que ella tenga cualquier tipo de prejuicio. Los prejuicios es algo de los demás y es socialmente censurado con severidad el admitir o manifestar algún tipo de prejuicio sexual, racial, religioso o cultural.

Sin embargo, los prejuicios son consustanciales al ser humano, tanto de nuestra cultura como las personas de otras culturas.

A veces es más fácil acercarse al fenómeno de nuestros propios prejuicios a través de los prejuicios de los demás.

Muchos prejuicios se manifiestan como “estereotipos” o “tópicos”

Por ejemplo, si nos preguntamos sobre ¿cómo nos ven los extranjeros a los españoles? –o les preguntamos directamente a los turistas que nos visitan- probablemente dirán (o pensaremos que ellos piensan) que los españoles comemos paella y bebemos sangría, nos gustan los toros y el flamenco, dormimos la siesta a mediodía, somos del Madrid o del Barcelona, tenemos muchas playas con sol, nos pasamos las noches de movida en las terrazas de los bares y hacemos botellón.

También podemos plantear un ejercicio sencillo: piense durante 5 segundos en un musulmán.

Si pudiésemos plasmar en papel las imágenes mentales de toda una clase de futuros médicos, predominarían las imágenes de personas con turbante y largas barbas, probablemente intolerantes religiosos. Serían

menos los que pensarían en inmigrantes musulmanes en España, bastantes menos los que los verían acompañados de sus familias, muchos menos los que vieran como jeques árabes propietarios de clubs de fútbol españoles y muy pocos los que pensarían que hay compañeros de clase musulmanes.

Por lo tanto no se trata tanto de negar que tenemos prejuicios sino de admitir que los tenemos, conocerlos, racionalizarlos y evitar que afecten a nuestra forma de tratar a nuestros pacientes y a nuestras decisiones.

3.3.2. Las normas culturales y religiosas del paciente:

Tal vez una de las diferencias culturales que desgraciadamente ha cobrado más protagonismo en el siglo XXI son las diferencias religiosas. Asistimos a tensiones entre religiones que, en Europa, creíamos superadas tras las Guerras de Religión de los siglos XVI y XVII.

Hasta hace pocos años, en España sólo se abordaba este conflicto de bioética basado en una moral religiosa en relación a la negación de los Testigos de Jehová a recibir transfusiones de sangre. Después de experimentar muchos años de abierto rechazo el progresivo reconocimiento del respeto a la autonomía del paciente, y su plasmación legal en la Ley de Autonomía del paciente (2002), ha permitido abordar estas situaciones –muchas veces dramáticas- con menor carga de intolerancia.

Por otro lado, el respeto al rechazo a recibir sangre de los Testigos de Jehová ha permitido ensayar técnicas terapéuticas alternativas para utilizar en anemias severas por hemorragias graves (ver TABLA 2).

Terapias aceptadas por los Testigos de Jehová	Técnicas aceptadas por los Testigos Jehová
Soluciones cristaloides Soluciones coloides sintéticas Dextranos Almidones Aprotinina Acido aminocaproico Desmopresina Hierro Eritropoyetina* Albúmina humana* Perfluorocarbonos	Hipotensión arterial controlada Hipotermia inducida Monitorización de gases arteriales Biometría hemática y química sanguínea Circulación extracorpórea* Sistemas de reutilización de sangre perdida* Hemodilución*.
* Potencialmente inaceptables por algunos TJ y, por lo tanto, es necesario discutirlo con el paciente.	

Tabla 2. Terapias y técnicas aceptadas por los Testigos de Jehová. Tomado de Higgins¹³

Sin embargo, un número cada vez mayor de nuestros pacientes no va a profesar las creencias y la moral católica que ha sido mayoritaria en España. La mayoría de españoles y españolas no comparten la moral católica sobre anticoncepción y muchos españoles no comparten la moral católica sobre el aborto, lo que ha permitido que sea despenalizado en determinados supuestos, respetando la objeción de conciencia de los profesionales.

Un número creciente de inmigrantes de religión musulmana plantearán alguna dificultad para seguir tratamientos médicos durante el periodo de

Ramadán. Los médicos deberían conocer que en Ramadán no tienen por qué ayunar los menores de edad, las mujeres embarazadas, que están amamantando o durante la menstruación, los ancianos débiles y los enfermos mentales.

3.3.3. Problemas por la comprensión del idioma:

Es relativamente frecuente oír a médicos quejarse con frases como: *“Vienen al médico y ni siquiera saben un poco de español para decir lo que les pasa”*.

Las dificultades para, simplemente, entender a los pacientes son cada vez más frecuentes. Sin embargo ni es un problema nuevo ni exclusivo de España. En California, por ejemplo, casi el 40% de los californianos hablan como idioma materno una lengua que no es el inglés y más del 70% de los centros sanitarios opinan que: los pacientes tienen dificultades para explicar los síntomas que padecen y que las barreras lingüísticas dificultan la comprensión de los consejos de tratamiento y pueden suponer un riesgo para los pacientes.

Como manera institucional de abordar este problema California ha sido el primer estado de los EE.UU. que ha aprobado una ley para que los Seguros Médicos proporcionen traductores e intérpretes a los pacientes que no dominan el inglés.

3.3.4. Diferencias en el significado atribuido a la enfermedad en diferentes culturas:

Para entender que una misma enfermedad puede no tener el mismo significado en diferentes culturas.

En nuestra cultura, tener diabetes es sinónimo de tener que privarse de dulces y llevar una dieta estricta, tener que pincharse para controlar la glucemia y para administrarse insulina, y poder tener complicaciones a largo plazo, como la amputación de un pie..

Referiremos un caso vivido por el Dr. F. Quesada, médico de familia de Granada, cuando atendió a un paciente camerunés al que acababa de diagnosticar de diabetes mellitus.

Al informarle que los análisis de sangre mostraban un nivel de glucemia tan elevado que permitía considerarlo como diabético, el paciente comenzó a gritar, golpear la mesa y, levantándose de la silla, se golpeó la cabeza contra la pared.

Cuando finalmente consiguió calmar al paciente y trató de averiguar los motivos de su comportamiento supo que el padre del paciente había sido diabético y que para él, ser diabético era sinónimo de.... ser impotente, algo muy importante para cualquier varón, pero especialmente en su cultura.

3.3.5. Diferencias culturales a la hora de enfrentarse con el conocimiento de un diagnóstico de enfermedad, de su pronóstico o de las opciones de tratamiento:

Los pacientes que pertenecen a la cultura occidental moderna de tipo anglosajón prefieren

- el total conocimiento sobre diagnóstico, pronóstico, opciones de tratamiento.
- la información en términos de certeza/probabilidades.
- los resultados que se pueden esperar con el tratamiento.
- el respeto a su autonomía personal en la toma de decisiones.

Sin embargo, los pacientes que pertenecen a culturas mediterráneas más tradicionales y a países latinoamericanos o asiáticos prefieren:

- que la toma de decisiones se realice dentro de la familia, no de manera individual
- muchas personas de estas sociedades valoran como deseable o positivo el que el paciente pueda no conocer el diagnóstico de su enfermedad si ésta es de mal pronóstico o si está en una situación avanzada terminal

3.3.6. Cambios sociales bruscos. El shock cultural:

Podemos hablar de shock cultural el que se produce cuando una sociedad se ve sometida a rápidos cambios sociales o se pone en contacto con culturas muy distintas en un corto periodo de tiempo.

Esta situación produce una falta de comprensión de los valores y conductas ajenas y afloran una serie de emociones negativas, que pueden oscilar desde una simple incomodidad, preocupación o ansiedad a la desconfianza o el rechazo abierto llegando en ocasiones hasta la hostilidad manifiesta o la persecución de los diferentes.

La sociedad española, más que el resto de sociedades europeas occidentales, ha vivido intensos y rápidos cambios sociales a lo largo de los últimos 40 años.

Unos provienen de la propia historia y circunstancias de España, como han sido la aparición de las libertades individuales que obligan a todos a la aceptación de las ideas y de las conductas discrepantes de los demás.

También se han producido en España intentos reales de separación entre el Estado y la Iglesia por lo que se ha procedido a la aceptación legal de conductas que antes eran condenadas por la religión y por el estado confesional.

Emigración. Como ya hemos comentado España ha pasado de ser país de emigrantes a país de inmigrantes

Sin embargo, otros cambios son compartidos con el resto de sociedades, industrializada o no, como ha ocurrido con la aparición de la llamada sociedad de la información-comunicación, con la implantación masiva de tecnologías como el teléfono móvil o Internet, así como la llamada globalización, en la que se produce un flujo casi instantáneo de mercancías, capitales, personas, poblaciones, ideas, ... por todo el mundo.

3.4. EL ENTORNO CULTURAL

- El ser humano es un ser cultural
- La cultura es una construcción del ser humano
- Cada persona ha nacido en una comunidad de vida en la que se ha socializado.
- La persona interioriza unas maneras de pensar, de sentir y de actuar
- Toda cultura es "**pluricultural**", es decir, se ha ido formando -y se sigue formando- a partir de los contactos entre distintas comunidades
- Actualmente se persigue la "**interculturalidad**". Se aspira a que exista una relación respetuosa entre culturas
- Toda cultura es, por definición, dinámica y cambiante. Se va formando en su interacción con las otras culturas
- La única forma de comprender correctamente otras culturas es interpretar sus manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales y no con los nuestros
- Debemos tratar de evitar el **etnocentrismo**, considerar la propia cultura como el patrón con el que comparar cualquiera otra, aunque es casi inevitable

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS CULTURAS

Tres de las características de las culturas son: **el dinamismo, la interdependencia y la pluralidad de culturas**

-Aunque una persona nace en una comunidad de vida, las sociedades modernas se caracterizan por un pluralismo cultural, que hace difícil establecer cuáles son las fronteras culturales o los criterios de diferenciación cultural

-Por lo tanto, no hay culturas “puras, homogéneas o no contaminadas”. Estas sólo existen desde una visión o postura fundamentalista

Elementos diferenciadores de culturas:

Algunos posibles elementos diferenciadores entre culturas son:

1-la lengua: cultura que habla “*español*” vs “*angloparlante*”

2-la religión: cultura “*crisiana*” vs “*musulmana*”

3-la raza o etnia: culturas cultura “*paya*” vs “*gitana*”

4-la nacionalidad: cultura “*española*” vs “*china*”

5-la edad: cultura “*joven*” vs “*tradicional de la gente mayor*”

-Es posible participar al mismo tiempo de varias de estas culturas: se puede ser *de raza blanca, de nacionalidad española, de lengua catalana, de religión judía y joven*

3.6. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

La tendencia imparable a vivir en una sociedad multicultural nos impone lograr una **comunicación intercultural eficaz**.

Para ello es necesario:

-Utilizar una lengua común

-Conocer la cultura del otro

-Reconocerse en la cultura propia

-Desprenderse de prejuicios

-Ser capaz de empatizar con las personas de otras culturas

-Saber “meta-comunicarse”

-Lograr una relación equilibrada.

En todo caso, no podemos obviar que existen **obstáculos para lograr una comunicación intercultural eficaz**. Entre esos obstáculos mencionaremos:

-La sobregeneralización: “*Todos los X son unos Y*”

-La ignorancia de la cultura del otro

-Sobredimensionar las diferencias

-Universalizar a partir de lo propio: “*Lo natural sería que todo el mundo se comportara como nosotros*”

3.7. RELACIONES ENTRE CULTURAS:

Atendiendo a si las culturas que entran en contacto o conviven buscan o mantiene una relación positiva entre ellas y a si conservan o no su propia identidad y sus costumbres, se pueden producir fenómenos de integración, asimilación, separación o marginación (ver TABLA 3).

INMIGRACIÓN		Las 2 culturas BUSCAN una RELACIÓN POSITIVA entre ellas	
Las 2 culturas CONSERVAN su IDENTIDAD CULTURAL y sus COSTUMBRES	SI	SI	NO
		INTEGRACIÓN <i>Judíos en EEUU</i>	SEPARACIÓN <i>Gitanos rumanos Guetos. Apartheid</i>
	NO	ASIMILACIÓN <i>Hijos de inmigrantes (2ª y 3ª generaciones)</i>	MARGINACIÓN <i>Inadaptados Aculturación de los aborígenes</i>

Tabla 3. Relaciones entre culturas. Tomada de Berry ¹⁴, 1997.

=====000=====

RECAPITULACIÓN. RESUMEN FINAL:

- El paciente es una persona como tú.
- Trata a todos los pacientes como te gustaría que te trataran a ti.
- Los pacientes tienen nombres, sentimientos, intimidad, proyectos...
- No hay enfermedades sino enfermos. Por eso, cada paciente vive de un modo distinto su enfermedad.
- Si no entiendes cómo reacciona tu paciente es que tu conocimiento del paciente y de su contexto es insuficiente todavía.
- Si quieres ser un buen médico, fórmate como persona.
- Lee libros, ve películas, viaja, conoce otras culturas, disfruta del arte, interésate por lo que pasa a tu alrededor, trata de averiguar por qué ocurren las cosas, aprende historia, economía, filosofía,... *“Un médico que sólo sabe medicina, ni medicina sabe”*
- Sé tolerante, amplía tus puntos de vista, sé paciente, sé respetuoso, sé cuidadoso con el dolor de los pacientes,...
- Y por último, recuerda que **aliviar el sufrimiento del paciente es el objetivo principal de la medicina**

BIBLIOGRAFÍA:**Fuentes bibliográficas y electrónicas:**

Para la redacción del contenido del texto de este tema se han utilizado las siguientes fuentes:

1. Ian R. Mc Whinney. Medicina de Familia. Doyma Libros SA; Barcelona 1995
2. Walker R. Desarrollo de la capacidad empática a través de las humanidades. Ars Médica Revista de estudios médicos humanísticos. Vol 2 nº 2 Disponible en http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica2/14_Walker.html, con acceso el 15 de enero de 2011.
3. Bosch JM, Cebriá J. La entrevista centrada en el consultante: a propósito de un caso. Revista FMC 1999; 6 (3): 179-182.
4. Trigub AE, Cantale CR. Medicina Centrada en el paciente. Diplomatura Universitaria en Medicina Familiar 2006. Disponible en www.intramed.net/.../Medicina_Centrada_en_el_Pacien.pdf, con acceso el 15 de enero de 2011.
5. Anierte N. Reacciones psicológicas ante la enfermedad. Disponible en http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_3.htm, con acceso el 15 de enero de 2011.
6. Poveda R. Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica. Disponible en http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_2.htm con acceso el 15 de enero de 2011.
7. Marina P. Aspectos socioculturales de la enfermedad. Disponible en www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/.../PM_SocioCultEnfermd.pdf, con acceso el 15 de enero 2011.
8. Luna O G. Atención a familias con paciente terminal. Disponible en www.medicinafamiliar.com.mx/sesiones2010/abril2010.ppt, con acceso el 15 de enero de 2011.
9. Serrano M, Campa F y Casado V. Atención y práctica familiar. En Serrano M, Casado V y Bonal P edits., Medicina de familia. Guía para estudiantes. Editorial Ariel, Barcelona 2005
10. De la Revilla L Manual de atención familiar (2 tomos). Editado por la Fundación para el estudio de atención a la familia, Fundesfam. Granada, 1999.
11. De la Revilla L, Fleitas L. El uso del genograma en la consulta del médico de familia. Libro del año en Medicina Familiar y Comunitaria 1995. ed. Saned SA. Madrid, 1995.
12. Rodrigo M. La comunicación intercultural. Disponible en www.portalcomunicacion.com/uploads/pdf/1_esp.pdf con acceso el 15 de enero de 2011.
13. Higgins LF. Testigos de Jehová y Hemotransfusión. Disponible en <http://www.anestesia.com.mx/art-17.html>, con acceso el 15 de enero de 2011.
14. Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. Applied Psychology: an International Review 1997; 46 (1): 5-68 disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x/abstract> con acceso el 20 de noviembre de 2011.

Recursos en la red:

En la web de El Médico interactivo pueden localizarse la escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (A.V.E.), diferentes tablas sobre las etapas del Ciclo Vital Familiar (C.V.F.) y otros instrumentos de Atención Familiar. Están disponibles en:

www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/pdf/1055.pdf

www.elmedicointeractivo.com/.../TAB%20Y%20FIGS%20911.pdf

www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientas5.htm

Lecturas recomendadas

Estas lecturas están disponibles en formato pdf en el Moodle de la asignatura:

Lecturas recomendadas

Estas lecturas están disponibles en formato pdf en el Moodle de la asignatura:

Lecturas “imprescindibles”:

- En primera persona: relatos de pacientes
- El don de tener interés por alguien
- ¿Por qué estaba Emilio tan alterado?
- Jovell A y Bayés R. Tratemos a los demás como nos gustaría ser tratados. Disponible en <http://www.universidadpacientes.org/comunicacion/novedades/276/>
- Recomendaciones de cine para futuros médicos

Lecturas “recomendadas”:

- Cassell E. La persona como sujeto de la medicina. Cuaderno de la Fundación Grifols i Lucas nº 19. Disponible en http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/7353/ctnt/dD10/_/_/3mie/19-La-persona-como-sujeto-de-la-medicina.html
- Le entrevista centrada en el consultante: a propósito de un caso. FMC Formación Continuada en Atención Primaria 1999; 6 (3): 179-185. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/fmc-formacion-medica-continuada-atencion-primaria-45/la-entrevista-centrada-las-inquietudes-consultante-proposito-6417-entrevista-clinica-1999>
- Borrell E. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc). 2002;119:175-9. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093-articulos-especiales-2002>
- De Lorenzo-Cáceres A. Las humanidades en la formación del médico. Tribuna Docente, 2002; 3: 3-12.

Otra bibliografía recomendada:

- Serrano M, Campa F y Casado V. Atención y práctica familiar. En Serrano M, Casado V y Bonal P edits., Medicina de familia. Guía para estudiantes. Editorial Ariel, Barcelona 2005
- Comisión de mejora de la calidad. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Al otro lado ... de la mesa. La perspectiva del cliente. Ediciones Doyma SA. Barcelona 2000