



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

LA COMUNICACIÓN EN LOS MÉDICOS GENERALES INTEGRALES UN DILEMA FORMATIVO Y SOCIO-CULTURAL

COMMUNICATION IN COMPREHENSIVE GENERAL PHYSICIANS A TRAINING AND SOCIO-CULTURAL DILEMMA

Autores: Yudixa Sarmiento Rodicio,¹ María Eugenia García Céspedes,² Maribel Sánchez López,³ Alejandro Antuan Díaz Díaz.⁴

¹Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Medicina General Integral. Profesora Instructora. ECTI Hospital General Juan Bruno Zayas Alfonso. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: yudixa@infomed.sld.cu

²Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora e Investigadora titular. ECTI Hospital General Juan Bruno Zayas Alfonso. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: eugenia.garcia@infomed.sld.cu

³Doctora en Medicina. Especialista en Epidemiología. Doctora en Ciencias de la Educación médica. Profesora e Investigadora Titular. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: mslopez@infomed.sld.cu

⁴Doctor en Medicina. Especialista de I y II grado en Medicina General Integral. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor titular. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: alexdd@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la comunicación tiene un rol fundamental en los médicos generales integrales. Las contradicciones formativas y socioculturales, con énfasis en la relación médico-paciente que se establece en los escenarios de atención médica dan solución a los problemas de salud de la comunidad. **Objetivo:** argumentar el proceso de comunicación de los médicos generales integrales desde las contradicciones formativas y socioculturales que influyen en su desempeño profesional. **Desarrollo:** se argumenta la formación del médico general integral, la influencia sociocultural y la comunicación en la relación médico-paciente. En el análisis se detalla lo relacionado a los requerimientos científicos, humanistas e ideológicos que exige la profesión médica. **Conclusiones:** se argumentó la formación de los médicos generales integrales. Lo cual, no se corresponde con la realidad que se observa en la actualidad en la Atención Primaria respecto a la relación médico-paciente al estar influenciada por factores sociales, históricos y culturales.

Palabras clave: comunicación, dilema formativo o socio-cultural, médico general integral

ABSTRACT

Introduction: communication plays a fundamental role in comprehensive general practitioners. The formative and sociocultural contradictions, with an emphasis on the doctor-patient relationship that is established in the medical care settings, provide solutions to the health problems of the community. **Objective:** to argue the communication process of comprehensive general practitioners from the formative and sociocultural contradictions that influence their professional performance. **Development:** the formation of the comprehensive general practitioner, the sociocultural influence and communication in the doctor-patient relationship is argued. The analysis details what



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

is related to the scientific, humanistic and ideological requirements demanded by the medical profession. *Conclusions:* the training of comprehensive general practitioners was argued. Which does not correspond to the reality that is currently observed in Primary Care regarding the doctor-patient relationship as it is influenced by social, historical and cultural factors.

Keywords: *communication, educational or socio-cultural dilemma, comprehensive general practitioner.*

INTRODUCCIÓN

La Medicina General Integral (MGI), es una especialidad clínica con un enfoque bio-psico-social. En Cuba, se desarrolla el Programa del médico y enfermera de la familia, donde surge como respuesta a la Atención Primaria de Salud (APS). Lo que ha propiciado el desarrollo de un potencial científico para el abordaje integral de la salud de la población.

La MGI como disciplina, determina en los profesionales el dominio de conocimientos y habilidades. Estos médicos se encuentran en ventajosa posición con respecto a otras especialidades, para el enfrentamiento y solución, de problemas sociales de los pacientes a su cargo.¹

El liderazgo que desempeña el médico, dentro de la comunidad hace que se pueda alcanzar una participación comunitaria y social más efectiva, en la solución de los problemas de salud en correspondencia con la medicina social.²⁻⁴

La comunicación que los médicos sean capaces de establecer, basado en la relación médico-paciente-familia, tiene un rol fundamental para la obtención de los elementos necesarios en la caracterización de su comunidad y la solución de los problemas de salud.

La satisfacción del paciente, como resultado de la actividad asistencial, es decisiva para asegurar la comunicación con los profesionales.⁵ Los seres humanos se comunican de alguna manera, pero la relación médico-paciente va más allá de lo cotidiano. Demanda entablar conversación clara, que permita establecer un pacto de confianza.

Otros estudios⁶⁻⁹ expresan aspectos relacionados con el profesional de la salud, al plantear que el médico debe ser un modelo de comunicador eficiente, pues tiene la tarea de contribuir a la prevención de enfermedades y a la promoción de vidas saludables. Se hace necesario que el médico posea habilidades en el uso del lenguaje, tales como: fluidez, vocabulario, dicción y la capacidad de transmitir la idea esencial, además de poseer altruismo, integridad emocional, confianza y tolerancia, lo que favorece la comunicación.

Celedón¹⁰ y Rodríguez¹¹ plantean que la relación médico paciente, está determinada por causas externas y por la insuficiente formación de los profesionales de la salud, en cómo comunicarse con el paciente. El paciente cada día más asume la autonomía y exige no sólo información del médico, sino participar en la toma de decisiones y en el tratamiento recomendado.

En países latinoamericanos los médicos reconocen desde su concepción, que en ocasiones existe mala relación médico-paciente influida por factores personales, señalan algunos elementos como: la situación emocional y afectiva, autoestima, la confianza en la propia preparación profesional, las creencias y concepciones, la personalidad, historia y el grado de malestar o de bienestar en el ámbito laboral.^{12,13}

Los problemas de la comunicación que surgen en la relación médico-paciente-familia, atentan contra la calidad de la atención médica y con ello desfavorecen la satisfacción de los que buscan soluciones al problema de salud. Los médicos que laboran en la APS, en su mayoría correspondientes a la MGI reconocen este hecho.



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

La MGI tiene el privilegio de tener el primer contacto con el paciente, y por ende de este último con el SNS. En relación a lo anterior, resulta importante señalar que ese contacto es necesario que se establezca con todos los requisitos indispensables que exige la profesión médica.

Los autores del presente artículo proponen como objetivo, argumentar el proceso de comunicación de los médicos generales integrales desde las contradicciones formativas y socioculturales que influyen en su desempeño profesional.

DESARROLLO

La comunicación de los médicos generales integrales, debe poseer las características adecuadas que contribuyan a la fundamentación de criterios positivos por parte de los pacientes, luego se pueden resolver alrededor del 75 % de los problemas de salud del paciente, la familia y la comunidad.

Los primeros planteamientos que surgieron, concebían a la comunicación en salud como un proceso de transmisión unidireccional de información y conocimientos con fines educativos y persuasivos. En las últimas décadas, esa concepción evolucionó en un sentido estratégico y relacional, centrado en los procesos de interacción y construcción social, los cuales están basados en el reconocimiento de las particularidades sociales y culturales de los diferentes actores implicados en los procesos de salud.¹³

El médico general integral tiene un rol relevante en este dilema social, pues representa el actor principal durante la relación médico-paciente-familia, y es quien lleva la responsabilidad de conducir el proceso de comunicación en el sentido de la solución de los problemas de salud en las comunidades.

Mejía y Romero¹⁴ afirman que los retos a los que se enfrenta la medicina actual son innumerables. El avance en el conocimiento biológico del ser humano y sus enfermedades, así como el desarrollo de nuevas tecnologías afectan el quehacer médico en la atención profesional al paciente. Se propicia un ejercicio de la medicina en ocasiones alejado de la ética, una práctica médica con pérdida de valores, que tiene como consecuencia la percepción de una mala calidad en el cuidado de la salud y la atención al paciente.

La formación de los MGI posee sentido humanista, científico y con visión integral de los problemas de salud a los que se enfrenta, capaz de ofrecer atención preventiva, sistemática y continua a lo largo del tiempo, de manera que la práctica médica profesional se convierte en quehacer cotidiano y en expresión de cualidades humanas ante la relación con los pacientes.¹⁵⁻¹⁹

Los programas de formación de la especialidad MGI, se implementaron por primera vez en el año 1985, modificado en cinco ocasiones, en los años 1990, 2000, 2004, la última versión del 2018, la cual se encuentra vigente en la actualidad.^{20, 21}

La primera versión del programa de formación, duraba tres años, el plan temático solo incluía la denominación del tema, la forma de organización de la enseñanza y un listado de procedimientos, en el contenido se incluía casi solo la atención al individuo y carecía de integralidad.

Este programa centraba el proceso formativo del especialista basado en la atención de la salud como de la enfermedad, con énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, se apoya en el enfrentamiento de los problemas higiénico-epidemiológicos del sector mediante la dispensarización para la realización luego del Análisis de Situación de Salud de la comunidad.

Se apreciaba como debilidad, el no establecer los procedimientos que servirían a los profesores para desarrollar estas cualidades en los médicos en formación como especialistas, así como, el no abordaje de los problemas de salud con integración de los ámbitos individuales, familiares y sociales.



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

En la segunda versión del programa de formación del especialista en MGI, adopta un sistema modular. Como hilo conductor del programa se establece el enfoque integral y multidisciplinario. Fue modificado el modelo del egresado determinándose dos perfiles: político-ideológico y profesional.

En el perfil profesional se introdujo la relación de obligaciones funcionales. Otra de las modificaciones estuvo en la declaración de los principios científico-pedagógicos como reguladores del proceso docente-educativo, además se especificaron las funciones de los componentes personales, incluyéndose la responsabilidad de los profesores en la formación de este especialista.

En la tercera versión, se elimina el sistema de habilidades. Reorganizándose el contenido, integra todos los módulos relacionados entre sí en el área correspondiente. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad.

La cuarta versión del programa de formación, como respuesta a necesidades establecidas por el sistema de salud. En el mismo se reduce el tiempo de formación a dos años, lo que prescinde del año de familiarización. Manteniéndose la misma estructura modular y los mismos principios de la estrategia docente; pero en su diseño no se declaran las habilidades y conocimientos, si se mantienen los valores identificados.

La última versión hasta la fecha. El programa de formación dura 3 años, contempla un perfil político- ideológico, profesional y ocupacional. Con la incorporación de cursos con aprendizaje en la labor asistencial.

El médico alcanza competencias profesionales con un enfoque social para la atención al individuo, la familia y la comunidad, además el dominio del método clínico y el método epidemiológico. Algunas investigaciones que avalan la especialidad como disciplina principal,²² resaltan la importancia de garantizar la integración del conocimiento.

Desde el punto de vista antropológico, el ser humano ha vivido siempre en comunidad. Dentro de los grupos sociales se relaciona, hace común lo propio, expone las experiencias vividas, traslada pensamientos, ideas y sentimientos. La comunicación es consustancial a la especie humana y es una cualidad que ha favorecido la supervivencia y perpetuación en la mayor parte de los ecosistemas del planeta.²³

El comportamiento humano y la comunicación están influenciados por el medio histórico-social y cultural en que se desarrolla el conjunto de relaciones interpersonales. La conducta social humana está afín con aspectos del temperamento y de las experiencias vividas, por lo que se puede ver la comunicación como un fenómeno socio-cultural.

A pesar de poseer conocimientos sólidos, en algunos casos los médicos generales integrales no lo comunican de forma adecuada a las personas que acuden a ellos, para la solución de problemas de salud. Las teorías de la comunicación, ayudan a explicar el proceso y su relación con lo socio-cultural.

Al tener en cuenta la relación que existe entre la comunicación y lo socio-cultural, la teoría de la comunicación humana de Watzlawick,²⁴ plantea dos elementos importantes:

1. Comunicarse es comportarse. Comportarse es responder a estímulos tanto procedentes de nuestro interior como del exterior.
2. La comunicación es base de lo psicosocial (relacional). Dado que se produce entre un emisor y un receptor, lo que tiene que ver con la transmisión de información (referencial) e instrucciones (conativo), pero también sentimientos y emociones.

Otro de los exponentes que abordó el comportamiento humano desde el punto de vista psicológico, fue Vygotsky. Toma como punto de partida las funciones psicológicas de los individuos. La actividad sociocultural se le



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

considera mediata en los aspectos como los signos y las herramientas, pues estos tienen influencia directa con la psiquis, el conocimiento y su adhesión en los procesos sociales.²⁵

En relación a lo anterior, es necesario insistir en la importancia de lo social y lo cultural sobre el comportamiento humano. Es aquí donde la teoría enfatiza en la semiótica y la génesis social de la conciencia, se da el desarrollo del hombre y su explicación conductual con la práctica y la asimilación de los conocimientos culturales.

En medicina la semiótica, aborda el estudio de los signos y síntomas de las enfermedades desde el punto de vista del diagnóstico y el pronóstico. Aplica no solo una mirada biológica y psicológica de la situación concreta, sino además social y ética, considerada de vital relevancia en la comunicación basada en la relación médico-paciente para que pueda ser establecido un diagnóstico correcto.

En la realidad biológica del ser humano, en el contexto salud-enfermedad está implícito el carácter social y esto mismo sucede con el proceso comunicativo, este está influenciado por fenómenos socioculturales y del comportamiento humano.

Por otra parte, Lewin²⁶ veía la comunicación humana y los cambios desde un punto de vista diferente a las teorías del conductismo surgido en aquella época. Los conductistas entendían que el comportamiento humano y por ende la comunicación era el resultado del modo en que el entorno influía sobre los individuos.

Lewin²⁶ entendía que las personas no son agentes pasivos que reaccionan ante estímulos, sino que actúan según el modo en que perciben que ellos mismos interactúan con el entorno. La teoría del campo era su manera de plasmar la idea de que las personas no se ven aisladas de su entorno sino que hay que ver el modo en que se afectan entre sí en tiempo real.

Los médicos generales integrales no están exentos de presentar problemas comunicativos en el sentido de la relación médico-paciente, y están influenciados por la sociedad imperante. En la actualidad se hace un uso indiscriminado de los exámenes complementarios, con la aparición de la tecnología de avanzada en algunas ocasiones, pasa a un segundo plano el sentido humanista y empático de esta relación.

Las nuevas tecnologías al influir sobre los pacientes mediante la aportación de información de salud, modifica también la comunicación del médico si se ve, como un sistema interactivo y dinámico. La cultura y los cambios sociales influyen en el sentido de la comunicación en la relación médico-paciente, lo que debiera comportarse favorable.²⁷

Un estudio realizado en México,²⁸ resalta la importancia de la nueva tecnología en la comunicación que se establece durante la relación médico-paciente; aunque menciona que la información recibida puede apreciarse por parte de los pacientes de forma distorsionada en ocasiones.

El médico de acuerdo a los principios de la ética médica debe utilizar las habilidades comunicativas para guiar la entrevista médica sin restarle participación y autonomía al paciente en función de la solución del problema de salud que aqueja.

La comunicación en la relación médico-paciente está influenciada por el contexto sociocultural asociado a la "posmodernidad". El ejercicio de la profesión médica se enfrenta actualmente con dos dificultades importantes: la movilidad del contexto y la comunicación adecuada con el paciente. Los dilemas existentes en la comunicación basada en la relación médico-paciente no debieran representar un problema actual.²⁹

La comunicación no solo es el acto de hablar, de realizar la entrevista médica, va más allá del lenguaje, el médico se comunica con el paciente desde el comportamiento, la organización del ambiente de trabajo y lo que proyecta hacia los que van en busca de atención médica. Lo anterior, se relaciona de forma directa con el método clínico,



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

que para que sea efectuado de forma adecuada tiene en cuenta también los elementos del ambiente y del propio médico.

Reyes,³⁰ resalta la importancia del método clínico, y expresa un deterioro. Reconoce el resquebrajamiento de la relación médico-paciente, el menosprecio en el valor del componente clínico de la medicina, y la utilización cada vez más irracional de la tecnología, para llegar al diagnóstico. Los autores consideran que el compromiso con el paciente por parte del médico también ha sufrido deterioro, lo que desfavorece la relación médico-paciente y se pierde el verdadero sentido de la medicina en función de su objeto social, el paciente.

El análisis crítico de la relación médico-paciente actual aborda aspectos que intervienen en este tipo de relación. Expresa que atraviesa por una situación en la cual necesita reestructurar sus bases teóricas al asumir el carácter complejo, social y de salud que involucran a los dos componentes esenciales: el médico y el paciente.³¹

El incremento del nivel cultural de la sociedad, el grado de informatización asociado a las nuevas tecnologías de la información y medios de comunicación, las necesidades comunicativas del paciente y sus familiares, así como un trato más humano y sensible por parte del médico influyen en la comunicación que se establece entre el médico y el paciente en la actualidad.

El médico general integral debe ocuparse a través de la superación permanente y continuada de las habilidades comunicativas necesarias para guiar esta relación, y lograr la creación de un ambiente de confianza necesario para modelar encuentros posteriores.

La labor de promoción de salud y la prevención de las enfermedades es el mayor exponente de la comunicación de los MGI en las áreas, para la modificación de estilos de vida. El objetivo de una comunicación eficiente es actuar sobre los individuos mediante la persuasión consciente y el autocuidado para la mejoría de la salud.

CONCLUSIONES

La formación de los MGI, cumple con los requerimientos científicos, morales, humanistas y de ideología social que exige la profesión médica en sus programas y concuerda con los principios de la Educación Médica. Se argumentó el proceso de comunicación de los médicos generales integrales desde las contradicciones formativas y socioculturales que influyen en su desempeño profesional. Lo cual, no se corresponde con la realidad que se observa en la actualidad en la Atención Primaria respecto a la relación médico-paciente al estar influenciada por factores sociales, históricos y culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Propuesta de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en Medicina General Integral. *Rev Hab de Cien Méd* 2017[citado 2020 sept 23]; 16 (6): 973-984. Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000600013&lng.
2. Mejías Chao LM, Hernández Gómez M, González Morrell MM. Análisis de la situación de salud: herramienta científico-metodológica para el trabajo del médico de familia. *EDUMEC* 2019; 11(3): 275-281. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742019000300275&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Delgado Cruz A. Preparación de los tutores para la formación de la habilidad dispensarizar. *Rev Cien Méd Pinar del Río* 2018; 22(2): 45-52. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3402/pdf>
4. González Cárdenas LT, et al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Pan Sal Pub* 2018; 42: e31. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34902?locale-attribute=pt>



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

5. Gómez García JM, Marañón G. Aspectos comunicativos de la relación médico-paciente. *La relación médico-paciente. Claves para un encuentro humanizado*. 2019; 45. <https://www.torrossa.com/it/resources/an/4525643>
6. Indacochea Cáceda S. Reflexiones sobre la relación médico paciente. 2017. <http://168.121.49.87/handle/urp/1073>
7. Hernández Gamboa L. Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Rev Conamed* 2018; 6(3): 25-29. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>
8. López Bravo G, Jurado Ronquillo M, Tejera Concepción JF. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Rev Cuba Med Militar* 2019; 48(2) (Sup). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500014
9. Reyes AM, Hernández Miranda MB, Godínez Tamay ED. Identificación de habilidades comunicativas en la entrevista médica en una clínica de consulta externa en Toluca, Estado de México. *Atención Familiar* 2018; 25(2): 70-74. http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/63557
10. Celedón C. Relación médico paciente. *Rev otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 2016; 76(1): 51-54. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100007&script=sci_arttext&tlng=e
11. Rodríguez Blanco S, et al. Relación médico paciente y la eSalud. *Rev Cub de Investigaciones Biomédicas* 2013; 32(4): 411-420. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002013000400004
12. Baró Adolfo OA, Torres González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *MediCiego* 2014; 20(1). <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/128>
13. Rodríguez Roura SC, Cabrera Reyes LC, Calero Yera E. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Hum Med* 2018; 18(2): 384-404. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000200384&script=sci_arttext&tlng=en
14. Estrada Mejía A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Méd electrónica* 2017; 9(S1): 832-842. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85188>
15. Cruz-Gómez LF, et al. Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. *Entramado* 2017; 13(2): 230-247. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032017000200230&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Vela Valdés J, Salas Perea RS, Quintana Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L. et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Rev Panam Salud Púb*, [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 14]; 42:1-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e33/es>
17. Vela Valdés j. Formación de médicos para los servicios de salud en cuba 1959-2014 [tesis para optar por el grado de doctor en ciencias de la salud]. la habana; 2016. [citado 10 dic 2020]. disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/405>
18. Lemus Lago ER. El reto estratégico está en la formación. *Educación Médica Superior* 2012; 26(4): 485-487 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400001
19. Lemus Lago ER, Pérez Sánchez AM. Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba. *Revista Cubana de Educación Médica Superior* 2013; 27(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44743>
20. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Modelo de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en medicina general integral. *revista ciencias pedagógicas e innovación* 2017; 5(3). <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/208>
21. Díaz Díaz AA. Modelo de evaluación de los procesos formativos de los residentes en Medicina General Integral. *Educación Médica Superior* 2014; 28(1): 127-144. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Modelo+de+evaluaci%C3%B3n+de+los+procesos+formativos+de+los+residentes+en+Medicina+General+Integral&btnG=



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

22. Maynard BRE, de la Torres RMV, Haber AZ, Maynard BGI, Favier TMA. La Medicina General Integral como disciplina principal integradora. *RIC* 2016; 95 (1) <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73671>
23. Bernal Rodríguez SG, Pereira Alba OL, Rodríguez Jiménez GE. Comunicación humana interpersonal una mirada sistémica. 2018.
24. Cuenca Molina CG. *Paúl Watzlawick: teoría de la comunicación humana, una reflexión crítica sobre algunos de sus postulados*. 2017; BS thesis. Quito: UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10772>
25. Sesento García L. Reflexiones sobre la pedagogía de Vigotsky. *M. Colegio Primitivo y Nacional de San Nicolás de Hidalgo, Ed.) CCCSS Contribuciones a las Ciencias Sociales* 2017. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/vigotsky.html>
26. Delahanty G. Atmósfera social y cambio. *Contribuciones de Kurt Lewin a la Psicología Social*. 2017. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Atm%3%B3sfera+social+y+cambio.+Contribuciones+de+Kurt+Lewin+a+la+Psicolog%C3%ADa+Social&btnG=
27. Revuelta G. *Las Transformaciones en la comunicación pública sobre salud y biomedicina en España durante el periodo 2000-2018*. Diss. Universitat Pompeu Fabra, 2019. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=256879>
28. Rodríguez Weber FL, Ramírez Arias JL. Comunicación en la práctica diaria del médico. *Acta médica Grupo Ángeles* 2017; 15(4): 320-321. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=256879>
29. Halac E. Comunicación en medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* 2016; 73(3): 212-218. <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/med/article/viewFile/12578/15233>
30. Reyes Sanamé FA, et al. Valor del método clínico como herramienta diagnóstica. *Revista Cubana de Medicina* 2016; 55(1): 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232016000100008&script=sci_arttext&lng=pt
31. Franco Fernández MA, et al. La complejidad en la relación médico paciente: Una mirada actual. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento* 2019; 3(1): 90-107. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232016000100008&script=sci_arttext&lng=pt



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Carta de declaración del autor o de los autores

La Habana, 5, septiembre, 2020

Dirigido a: Editora Ejecutiva de la RCTS

A continuación le anexamos los datos relacionados con la declaración del autor o los autores del trabajo titulado:
LA COMUNICACIÓN EN LOS MÉDICOS GENERALES INTEGRALES UN DILEMA FORMATIVO Y SOCIO-CULTURAL

Enviado a la sección de la revista: "Artículo original cualitativo"

El trabajo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista: Si ___ No ___x___	El trabajo es original e inédito: Si ___x___ No ___
Los autores ceden los derechos de publicación a la Revista Cubana de Tecnología de la Salud: Si ___x___ No ___	Existe conflicto de interés entre los autores: Si ___ No ___x___
Novedad científica, aporte a la ciencia o importancia de esta publicación: se realiza una sistematización de varios referentes teóricos que aportan criterios y elementos que se sostienen sobre la base de la formación, la influencia histórico, social y cultural de la comunicación que establecen los médicos generales integrales en la relación con el paciente, al ofrecer algunas reflexiones que contribuyen a la mejoría de este tipo de comunicación con connotaciones éticas y humanísticas en la actualidad	
Cuál es la contribución de esta publicación a las bases epistémicas de Tecnología de la Salud ? Se exponen los elementos del proceso de comunicación médica que contribuye al enriquecimiento de los fundamentos y métodos del conocimiento científico a partir de los fundamentos teóricos de la formación del recurso humano y la influencia histórica, social y cultural en su desempeño profesional.	
Esta investigación es una salida de proyecto de investigación: Si ___x___ No ___	
Contribución como autoría	Nombre de los Autores
Contribuciones sustanciales para la concepción o el diseño del trabajo.	Yudixa Sarmiento Rodicio
Adquisición, análisis o interpretación de datos.	Yudixa Sarmiento Rodicio
Creación de nuevo software utilizado en el trabajo.	
Ha redactado el trabajo o ha realizado una revisión sustancial.	Yudixa Sarmiento Rodicio
Aprobó el envío de la versión presentada (y cualquier versión sustancialmente modificada que implica la contribución del autor para el estudio).	Todos los autores
Traducción de título y resumen	Katia
Otras contribuciones (Cuál)	
Todos los autores están de acuerdo con ser personalmente responsables de las propias contribuciones y las de los autores y garantizan que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo, incluso en las cuales el autor no estuvo personalmente involucrado, fueron adecuadamente investigadas, resueltas y la resolución fue documentada en la literatura: Si ___x___ No ___	
Todos los autores están de acuerdo con la versión final de la publicación: Si ___x___ No ___	
Todos los autores garantizan el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación y de publicación científica, así como de la bioética: Si ___x___ No ___	
Fecha de recibido: 6 de noviembre de 2020 Fecha de aprobado: 17 de marzo del 2021	
 <p>Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.</p>	