Análisis de la comunicación medico paciente en el Cesfam Barrios Bajos de Valdivia: El papel de las mediaciones y las representaciones de la enfermedad en el método clínico y en la adherencia terapéutica.

Estudiante:

Miguel Ángel Carrasco García

Dirección de la Tesis:

Profesor Tutor: Rodrigo Moulian. Universidad Austral de Chile.

Profesor Tutor: Cristian Martínez. Universidad de La Frontera de Chile.

Profesora Tutora Externa: Giovanna Gianturco. Universidad de La Sapienza, Italia.

Tesis Conducente a Doble Graduación con el Programa Doctoral de Investigación en Comunicazione, Ricerca e Marketing de la Università degli Studi di Roma Universidad La Sapienza de Roma, Italia

Fecha de la entrega del documento final de la tesis: Diciembre del 2024

Índice

I. Introducción…….....8

1. Marco de Antecedentes……..……...11

2. Paradigmas de la Comunicación…….……...15

2.1. ¿Cómo Entender Qué es la Comunicación?.....15

2.2. Paradigma Procesal-lineal o de los Medios de Ma.……....17

2.3. Paradigma Interaccional Pragmático…….……....20

2.4. Paradigma Sociocultural……..….25

2.4.1. Los Orígenes del Paradigma Sociocultural…....……....26

3. Las Mediaciones en el Proceso de la Comunicación……..……..……..…….33

3.1. Mediaciones Comunicacionales……..……..……...34

3.2. Las Mediaciones Desde los Medios……..…..…….34

3.3. De los Medios a las Mediaciones en Salud…….……...36

4. La Importancia del Contexto……..…..…..39

4.1. El Poder de la Agencia Médica y su Control Institucional…….44

5. Comunicación Interpersonal……..……..……..45

5.1. La Comunicación no Verbal……..46

5.1.1. La Kinésica……..…..……..…...51

5.1.2. El Paralenguaje……...54

5.1.3. La Proxémica……..……...55

6. La Comunicación en Salud y sus Principales Modelos…….…..…….58

6.1. La Salud y sus Determinantes…….……58

6.2. La Comunicación en Salud……....…..59

6.3. Modelo Biomédico…….....63

6.4. Modelo Biopsicosocial……..…….64

6.5. Modelo de Salud Familiar……..……66

6.6. Promoción en Salud……....……..67

7. Las Representaciones Sociales (RS)…….……..69

7.1. Las Representaciones Sociales en Salud……..….71

8. La Comunicación Médico-Paciente…….……..…72

8.1. El Método Clínico……..……...72

8.1.1. La Entrevista Médica……..……..……...73

8.1.2. El Examen Físico……..…..76

8.1.3. Las Barreras en la Interacción Clínica……...…..76

8.2. Modelos de Comunicación Médico-Paciente……...……..…..78

8.3. La Relación Médico-Paciente……..…….…….79

8.4. Efectividad de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente...81

8.5.- La Comunicación Patológica…….……..……...……83

8.5.1.- La Teoría del Doble Vínculo……...……..84

8.6. La Empatía……..……...85

8.7. El Lenguaje del Cambio y la Terapia Sistémica Breve….....….....87

8.8. Reflexiones Finales sobre la Comunicación Médico-Paciente…....91

9. Posicionamiento Teórico y Planteamiento de Matriz Evaluativa de los Procesos de Comunicación.....95

9.1. Dimensión Comunicativa……...…97

9.1.1. La Comunicación Efectiva……...….97

9.1.2. La Importancia de la Comunicación No Verbal…..98

9.2. Dimensión Sociocultural……..100

9.2.1. La Relevancia del Contexto……..……...100

9.2.2. El Rol de las Mediaciones……..……..101

9.3. Dimensión Empática……..……102

9.4. Matriz Evaluativa del Proceso de Interacción Clínica…….……104

10. Estado del Arte Sobre Modelos y Estilos de Comunicación en Salud……106

10.1. La Comunicación en la Relación Médico-Paciente (RMP)……...106

10.2. Investigaciones Sobre La Comunicación en la Relación Médico-Paciente……...107

11. Problema de Investigación……..…….……..110

11.1. Objeto de Estudio…….112

11.2. Planteamiento de la Investigación…….112

11.2.1. Hipótesis……113

11.3. Objetivos de Investigación……..113

11.3.1. Objetivo General……..113

11.3.2. Objetivos Específicos……...113

12. Metodología……...114

12.1. Estrategia Metodológica……..114

12.1.1. La Etnografía…….114

12.1.2. Etnografía de la Comunicación……..115

12.1.3. Etnografía en Salud……116

12.2. Diseño de Investigación……..119

12.2.1.Técnicas de Recolección de Datos……120

12.2.2. Tamaño y Selección de la Muestra……...……121

13. Marco Contextual……..122

13.1. Programa de Salud Cardiovascular en Chile……...124

13.2. Perfil Biopsicosocial en el Control de las Patologías Crónicas….125

14. Resultados del Trabajo de Campo…….……127

14.1. Primer relato: Una Mañana en el Some……128

14.2.1. Segundo relato: Agencia desde la Visión del Clínico……131

14.2.2. Tercer relato: Medicina desde la experiencia……134

14.3. Cuarto relato: El Baile de los que Sobran……137

14.4. Primer caso: Acercamiento Inicial a las Representaciones Sociales de la Enfermedad……..138

14.5. Segundo caso: La Oposición Como Efecto Secundario de la Mediación Cultural……142

14.6. Tercer caso: Faltan Seis Días para Navidad……...148

14.7. Cuarto caso: Inés, su Madre……..152

14.8. Quinto caso: Hasta que la Muerte nos Separe……159

14.9. Sexto caso: Interacción Fallida……..168

14.10. Séptimo caso: El Rol de las Mediaciones……172

14.11. Octavo caso: La Importancia de la Comunicación no Verbal….176

14.12. Noveno caso: Representaciones Sociales Versus Realidad Clínica……...179

14.13. Décimo caso: Una Imagen (Mental) Vale Más que Mil Palabras.184

14.14. Undécimo caso: Información que no Informa……..190

14.15. Duodécimo caso: En el Nombre del Padre……..195

15. Análisis de los Casos que no Lograron la Compensación Cardiovascular...200

15.1. Problemas en la Comunicación Clínica Detectadas en Estas Interacciones……..200

15.2. El Rol de las Mediaciones en el Fracaso Terapéutico……..203

15.3. Representaciones de la Enfermedad como Pilar en el Fracaso Clínico……204

15.4. La Ausencia de Elementos Empáticos Predispone al Fracaso.....207

16. Análisis de los Casos que Lograron la Compensación Cardiovascular….208

16.1. Aciertos de la Comunicación en las Interacciones Exitosas……208

16.2. Las Mediaciones Familiares y las Emocionales son Claves en la Adherencia Terapéutica…….209

16.3. Uso Médico de las Representaciones de la Enfermedad…….210

16.4. Mejoría Clínica y Uso de Marcadores Empáticos……..211

17. Conclusiones……...212

18. Discusión……...221

Referencias…….223

Agradecimientos

Las primeras palabras son para mi esposa Paulina, quien aceptó cargar con el peso de la familia durante el tiempo que duró mi trabajo doctoral. Sin ella esta labor hubiera sido imposible de realizar. Gracias a mis hijos Diego Salvador, Josefa Trinidad, Francisca Javiera y José Miguel por ser fuente inspiradora y estar siempre en mis pensamientos.

Académicamente esta investigación nace de una conversación con el Dr. Luis Cárcamo quien me instó a buscar las respuestas a los problemas de la gerontología y de la salud primaria desde la comunicación, inquietud que fue acogida con fraternidad por el Dr. Rodrigo Browne y el Dr. Carlos del Valle, dos pilares de la comunicología en Latinoamérica. Gracias también al Dr. Juan Carlos Olivares y al Dr. Michael Hunnke quienes aceptaron patrocinar mi ingreso al doctorado.

Quiero detenerme un momento para manifestar la importancia del Dr. Rodrigo Moulian en la construcción de la forma de reflexionar y elaborar esta investigación desde la metodología y la visión mixta que cruza la antropología y el periodismo, la cual permitió que este trabajo sea un puente entre la salud y las comunicaciones, uno de los tantos que se necesitan para mejorar la adherencia terapéutica y para entender cómo las mediaciones comunicacionales pueden llegar a ser tan importantes en el éxito o el fracaso de método clínico.

Esta tesis busca ser un aporte a la reflexión en torno a la comunicación en salud, un campo tan amplio y diverso que, a pesar de lo mucho que se ha escrito sobre ella, proporciona múltiples posibilidades de investigación. En este punto fue fundamental el aporte del Dr. Cristián Martínez.

Quiero destacar también la solicitud de ampliar la mirada hacia la microsociología que hizo mi tutora italiana, Giovanna Gianturco, la cual me permitió dar solidez y consistencia a los relatos contextualizantes y dejar abiertas una serie de preguntas de investigación en torno a las representaciones sociales y su relación con la salud.

Finalmente, gracias por el apoyo de los profesionales, técnicos y administrativos del Cecosf Barrios Bajos, a las personas que aceptaron ser parte de esta investigación y a Marta, Carla, José Miguel, Carola, Bárbara con quienes en algún momento de estos 4 años conversamos sobre comunicación o escribimos alguna investigación.

I. Introducción

Estamos en presencia del fracaso del método clínico al momento de enfrentar las patologías crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia.

Esta situación puede explicarse por la sobreespecialización de la profesión médica, el excesivo uso de la tecnología, la mercantilización de la salud y una deficiente comunicación médico-paciente, así como también por algunas actitudes profesionales arrogantes, incorrectas y éticamente cuestionables dentro de un sistema institucional hostil, lo que desemboca en un aumento de los errores diagnósticos y terapéuticos.

Tal interacción clínica deteriorada y deshumanizada tiene como protagonista a un médico que pregunta, opina y toma las decisiones sin considerar la dimensión de la subjetividad cultural del que está al frente. Para entender lo anterior, este trabajo elabora un marco teórico que explica qué es la comunicación desde tres paradigmas: procesal lineal, interaccional pragmático y sociocultural, derivando en análisis hacia el terreno de las mediaciones comunicativas, la importancia del contexto y los modelos de comunicación médico paciente.

Algunos estudios han demostrado que la comunicación es una habilidad clínica básica que permite llegar al diagnóstico en el 76% de los casos, aumenta la satisfacción usuaria, el apego al tratamiento, disminuye la angustia y los síntomas que motivaron la consulta. Durante décadas, los médicos han desconocido que la comunicación comienza cuando el paciente logra entender su enfermedad, debido a

que están insertos en el modelo biomédico que no profundiza el contexto cultural, las visiones de mundo, estilos de vida y creencias de la persona respecto a su dolencia.

Actualmente el modelo biomédico sigue dominando el método clínico y ha sido extraordinariamente exitoso en la medicina de urgencia, en la cirugía y en muchas especialidades; sin embargo, ha mostrado enormes deficiencias al momento de enfrentar los actuales problemas de salud pública derivados de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipidemia. De ahí su agotamiento y ahí también la importancia de estudiar las interacciones clínico-comunicacionales y las mediaciones existentes en la comprensión o incomprensión de las enfermedades.

En nuestro marco teórico planteamos que la comunicación clínica adecuada a las condiciones del paciente constituye un pilar terapéutico que favorece la adherencia al tratamiento.

Para ello evaluamos los procesos de comunicación en contextos clínicos conducidos por los médicos y profesionales de la salud del Cecosf Barrios Bajos de Valdivia, sobrepasando este ámbito con un despliegue en los espacios sociales con la finalidad de caracterizar los rasgos del contexto y la situación de los procesos de comunicación. También analizamos los rasgos de los procesos de comunicación clínica conducidos por los médicos con el propósito de contrastar las representaciones de los participantes sobre los componentes del proceso de comunicación clínica y las mediaciones comunicativas predominantes que explican las actuaciones y desempeños de los participantes. Finalmente, evaluamos el diseño de los procesos de interacción en atención a los rasgos del contexto y situación comunicativa.

Nuestro trabajo de investigación etnográfico se realizó en el Cecosf Barrios Bajos de la ciudad de Valdivia, región de Los Ríos, y se extendió por alrededor de 8 meses, periodo en el cual analizamos los ciclos terapéuticos de 12 usuarios pertenecientes al programa de Salud Cardiovascular.

La información obtenida en el trabajo de campo se ha organizado en dos líneas. La primera de ellas consiste en relatos contextualizantes, que buscan describir el contexto donde ocurre la interacción clínica en los boxes de atención y en el Centro de Salud. La segunda línea son los relatos de los 12 ciclos terapéuticos de los 12 meses de observación.

Los resultados se exponen por separado entre quienes lograron los resultados exigidos en Chile por el Ministerio de Salud para considerarse en buen control metabólico y quienes no lo consiguieron. Para este análisis se consideró la dimensión comunicativa, la dimensión del contexto sociocultural y la empatía entre ambos grupos.

1. Marco de antecedentes

Existe la sensación generalizada de que la medicina ha perdido el norte ante la excesiva medicalización de la vida y la muerte, los altos costos de los tratamientos, los enfermos reducidos a consumidores y los médicos cada vez con menos poder frente a la industria (O'Mahony, 2019). Este agotamiento del método clínico, sustentado en el modelo biomédico que considera el cuerpo como una estructura biológica que integra los hallazgos clínicos y los datos de laboratorio con el propósito de clasificar y tratar las enfermedades (Baeta, 2015), puede explicarse además por la sobreespecialización de la profesión médica, el excesivo uso de la tecnología y una deficiente comunicación médico-paciente (Cisneros, Hernández, Jiménez y Hernández-Castellanos, 2013).

La importancia del método clínico en la práctica asistencial es incuestionable para el diagnóstico médico, pero presenta limitaciones para cumplir el objetivo general del proceso de atención médica (Corona Martínez,2006) a raíz de la judicialización de la medicina, las exigencias de mejor gestión y productividad, lo cual ha originado que en más del 90 por ciento de las ocasiones las personas busquen información sobre sus dolencias en internet (Oyarzún Ebensperger, 2017).

Se ha sustituido la capacidad de observar y escuchar al paciente, de razonar e interpretar signos y síntomas por una conducta más facilista y mercantilista que perjudica al enfermo y al sistema de salud (Guillen-León, Campos-Sánchez y Acosta-Escanaverino, 2021). Actualmente, el médico habla más que el paciente, realiza un interrogatorio basado en preguntas cerradas ante las cuales el consultante se limita a decir sí o no, generando que las entrevistas tengan un bajo contenido terapéutico, no se obtengan datos primarios de valor, la información para el diagnóstico sea

incompleta, se dejen de abordar problemas activos y se cometan errores en el diagnóstico (Moreno-Rodríguez, 1998).

Los cuestionamientos al método clínico surgen además porque es la relación médico-paciente la que está en crisis debido a actitudes incorrectas y éticamente cuestionables de algunos galenos, en un sistema institucional hostil, sumado a la arrogancia y al aumento de los errores diagnósticos y terapéuticos (Briozzo, 2007), a lo que se suma que el modelo actual de la medicina es mecanicista y centrado en la relación médico-enfermedad, lo que genera una relación médico-paciente deteriorada, deshumanizada, comercializada e hiperespecializada (Durá, 2006). También existe una falta de estudio sistemático y en profundidad de la relación médico-paciente en la formación de pregrado como competencia técnica y falta de contenidos en humanidades médicas para entender que han ocurrido cambios en el paciente, la sociedad y las comunicaciones con la irrupción de las tecnologías, la medicalización de la sociedad y mercantilización de la medicina (Christensen Rosales, 2019). En este escenario es el médico quien pregunta, opina y toma las decisiones, llegando incluso a interrumpir al enfermo a los 18 segundos de haber empezado a contar sus síntomas (Cisneros et al., 2013).

Otra de las causas que explican el fracaso del método clínico es el error que cometen los profesionales de la salud al no considerar la acción de los sujetos reales y la dimensión de su subjetividad cultural en el estudio de los perfiles de salud-enfermedad. Esta situación ha ido cambiando en América Latina al comenzar a considerarse en el análisis de las relaciones entre la salud y la sociedad las desventajas sociales estructurales de grandes sectores de la población, así como

también el rol de las mediaciones culturales en relación a los conceptos de enfermedad, muerte, problemas de salud, sexualidad, alimentación y representaciones culturales (Saint Martin, 2007) y el análisis de las mediaciones buscando comprender cómo se sostienen los medios y los tipos de mensajes, las expresiones y los contenidos en la atención primaria de salud (Pedrosian, 2013).

Este fracaso del método clínico al momento de abordar las patologías crónicas es observable a nivel poblacional. Según el último informe de la OMS (Organización Mundial de la Salud) entre 1990 y 2022, el porcentaje de niños y adolescentes de 5 a 19 años que viven con obesidad se cuadriplicó, pasando del 2% al 8% a nivel mundial, mientras que el porcentaje de adultos de 18 años o más que viven con obesidad aumentó más del doble, pasando del 7% al 16%. Este aumento global de en las cifras del IMC (índice de masa corporal) es responsable del incremento en la prevalencia de la diabetes, porque la obesidad influye tanto en la acción de la insulina como en la función de las células beta que la sintetizan (Bragagnolo, Frechtel, Mazza y Sylvia, 2022). Estas cifras solo se superarán si son identificadas las raíces culturales y sociológicas de los estilos de vida autodestructivos y se actúa con temple y sin prejuicios sobre estas (Martínez-González y de Irala, 2005).

En este debate la comunicación tiene un rol clave. Los medios masivos han creado y consolidado conductas, creencias y valores a través la prensa escrita, la radio y la televisión; por ello, en el campo de la comunicación y salud una buena campaña de prevención o de promoción puede ser mucho más efectiva si se tiene un contacto constante con la población a la que queremos llegar (Feo Acevedo y Feo Istúriz, 2013).

En las últimas décadas, ha comenzado a cobrar fuerza el argumento de que la comunicación es considerada una habilidad clínica básica, que debe ser aprendida porque mejora los resultados de la atención (Kurtz, 2002) e incluso “una entrevista médica bien ejecutada puede llegar al diagnóstico en hasta el 76% de los casos” (Moreno-Rodríguez, 2000, p.109), disminuyendo en el enfermo su angustia y los síntomas que motivaron la consulta, mejorando su satisfacción, apego al tratamiento, reduciendo sus quejas y eventuales demandas (Petra-Micu, 2012). De lo anterior se desprende que la principal causa en la falta de adherencia terapéutica es de origen comunicacional (Hernández-Torres et al., 2006), dificultad que se profundiza ante una evidente falta de destrezas y habilidades comunicacionales en gran parte de los médicos (García-Vera, Robles-Rodríguez, Villegas-Bernabé, Figueroa-García y Mota-Cumpean, 2016).

2. Paradigmas de la Comunicación

2.1. ¿Cómo Entender Qué es la Comunicación?

Definir qué es comunicación es una tarea compleja, incluso para Yves Winkin (1984), quien la describió como un término irritante, un inverosímil trastero donde se encuentran trenes y autobuses, telégrafos y cadenas de televisión, pequeños grupos de encuentro, recipientes y hasta una colonia de mapaches.

Para Moulian Tesmer (1999), el problema de la polisemia del término y de las dificultades para la formalización conceptual se deben “a la amplitud del objeto que intenta comprender, que: a) presenta múltiples manifestaciones y es, por lo tanto, extraordinariamente diverso y b) en cada una de sus expresiones es de enorme complejidad” (p. 22). Propone entonces

> preservar el término comunicación para referir a los procesos de Interacción simbólica, de participación o de intercambio de sentido entre al menos un par de interlocutores o dos sistemas inteligentes (mecánicos o biológicos). Esto nos permite distinguirla de la significación, entendida como el conjunto de los procesos donde algo funciona como signo. (Moulian Tesmer, 1999, p. 26)

Considerando la complejidad del caso, analizaré la comunicación en base a tres paradigmas. El primero de ellos es el Lineal o de la Comunicación Masiva, que considera a la comunicación como un proceso unidireccional de transmisión de mensajes, centrado en la codificación y decodificación realizada por el emisor y receptor, atendiendo a cómo son usados los canales y los medios de comunicación. Aboga por la eficiencia y la exactitud, con la premisa de público cuyo comportamiento o estado mental es susceptible de ser influido por el mensaje de los medios (Fiske,

1984). Por conveniencia, lo referiremos en esta tesis como Paradigma Lineal. Dentro de las principales críticas a este modelo se considera el rol que asigna al emisor, como un sujeto con total control de la comunicación que ejerce; mientras el receptor es considerado un sujeto pasivo y subordinado. Igualmente, su visión unidireccional del proceso comunicativo presupone la efectividad de la comunicación.

La segunda parada será la escuela de Palo Alto, donde existe más preocupación por el contenido, el contexto y los efectos (pragmática) de la comunicación humana. Bateson, Goffman, Watzlawick, Jackson y Hall sugieren un modelo polifónico, orquestal e interactivo de la comunicación, ya que ésta puede entenderse como circuitos de retroalimentación en los que la conducta de cada persona afecta a muchas más (Fanjul, 2008). Este enfoque cambia el objeto de estudio desde los medios de comunicación de masas al estudio de la interacción humana, modifica el modelo de comunicación del telégrafo a la orquesta (desde lo lineal a lo circular) y cambia la perspectiva de análisis del efecto al contexto.

El tercer paradigma considera a la comunicación como producción e intercambio de sentido:

> Analiza la forma como los mensajes, o textos, interactúan con las personas para producir sentido; es decir, se preocupa por el papel de los textos en nuestra cultura. Utiliza términos, como significación, y cree que los malentendidos pueden ser resultado de diferencias culturales entre el emisor y el receptor, y no necesariamente evidencia de fallas en la comunicación. (Fiske,1984,p. 20)

2.2. Paradigma Procesal-Lineal o de los Medios de Masas

En 1948, el ingeniero Claude Shannon publicó en el *Bell System Technical Journal* el artículo *The Mathematical Theory of Communication*, en el cual explicó las condiciones técnicas que permiten la transmisión de mensajes; al año siguiente, el sociólogo Warren Weaver redactó el ensayo *Recent Contributions to the Mathematical Theory of Communication*, ambos esfuerzos dieron origen al modelo físico matemático de Shannon y Weaver (1949).

Este paradigma está pensado en el contexto de un modelo telegráfico, basado en la transmisión lineal de la información o mensaje desde un emisor a un receptor a través de un canal. Sin embargo, el concepto *información* de Shannon no estaba referido a una noticia, sino a una magnitud estadística abstracta que califica el mensaje independiente de su significación, basado en el proceso del envío de un telegrama. En resumidas cuentas, los procesos estocásticos permiten disminuir la incertidumbre a partir del cálculo matemático de la información que falta para completar un mensaje. Esta lógica es propia de los ordenadores de esa época (Winkin, 1984).

Dos décadas antes de Shannon y Weaver, Harold Lasswell defendió su tesis doctoral en la Universidad de Chicago titulada *Propaganda Techniques in the World War* (1926), en la cual evidenció los alcances de la comunicación masiva y elaboró el concepto de la *aguja hipodérmica* como analogía para proponer que los mensajes equivalen a una inyección cuyo contenido influye directamente sobre el público (Aguado, 2004, p. 201). Con los años ha pasado a ser una referencia como representante de la *Mass Communication Research*, junto a Paul Lazersfeld y Robert

Merton, pues su reflexión teórica posibilitó el desarrollo de técnicas y herramientas analíticas que permitieron

> definir, instrumentalizar e indagar la comunicación como un procedimiento para actuar sobre los individuos en función de determinados objetivos y con la intención de suscitar acciones, afectos e ideas que sean favorables a los intereses de un determinado agente privilegiado de los enfoques empíricos, funcionalistas y positivistas del estudio de los medios masivos. (Cerriti, 2019, p. 213)

El modelo de Lasswell implica que para comprender los procesos de la comunicación masiva se debe estudiar “quién /dice qué /por qué canal/ a quién/ con qué efecto” planteando una versión verbal del modelo original de Shannon y Weaver, es lineal porque define la comunicación como la transmisión de mensajes que provocan efectos, generando un cambio observable y medible en el receptor. Los trabajos sobre las instituciones y sus procesos, sobre los productores de la comunicación, sobre la audiencia y cómo se ve afectada por la comunicación derivan claramente de este modelo de proceso lineal (Fiske, 1984).

Una década después de la publicación, el lingüista ruso Roman Jakobson, más interesado en el significado y la estructura interna del mensaje, establece un puente entre el modelo lineal y la escuela semiótica:

> Un *remitente* envía un mensaje a un *destinatario*. Este mensaje debe referirse a algo diferente de sí mismo; le llama *contexto* y es el tercer punto del triángulo cuyos otros dos vértices son el remitente y el destinatario. Hasta ahora, todo es

> familiar. Pero Jakobson añade dos nuevos factores: el *contacto*, es decir el canal físico y las conexiones psicológicas entre el remitente y el destinatario; y el *código*, un sistema de significados compartidos por medio del cual se estructura el mensaje. (Fiske, 1984, p. 29)

Para Yves Winkin, quien cita al *Course in general linguistics* (Original: *Essais de linguistique générale*) de fines de la década de 1950, el caso de Jakobson ilustra cómo el modelo de Shannon y Weaver ejerce de manera directa o indirecta influencia en los investigadores de las ciencias sociales, eliminando los aspectos técnicos relacionados con la noción de información y manteniéndose la pareja emisor-receptor.

A mediados del siglo XX, intelectuales y científicos norteamericanos del área de la neurociencia, antropología, comunicaciones, psicología, matemáticas y la medicina, comenzaron a pensar más allá del paradigma lineal. Entre marzo de 1946 y abril de 1953 se celebraron nueve conferencias organizadas por la Fundación Macy, para debatir primero sobre sistemas circulares causales y a partir de 1949 sobre cibernética, haciendo suyo el nombre dado por el matemático Norbert Wiener. Este último, en 1948, tenía entre sus principales intereses científicos el concepto de feedback, utilizado como aspecto fundamental de sus investigaciones para mejorar el funcionamiento de la artillería antiaérea aliada durante la II Guerra Mundial. Los misiles antiaéreos, para impactar en los aviones nazis y japoneses, necesitaban predecir no solo la velocidad sino también otras variables del movimiento de los cazas enemigos que, evidentemente, no volaban en línea recta. Esa información, que anticipaba la trayectoria de los aviones, era el feedback que necesitaba el sistema de control del

misil antiaéreo para ir corrigiendo su dirección hasta dar en el blanco (Ugarte, 2006). *Behavior, Purpose and Teleology*, escrito por Wiener, se considera el artículo fundacional de la cibernética. En él define la noción de retroalimentación o retroacción, gracias al cual un dispositivo electromecánico es capaz de cambiar la relación que se establece entre el estímulo y la respuesta, ajustando el comportamiento a partir de sus propios errores (Thomas y de Gracia Blanco, 2008).

2.3. Paradigma Interaccional Pragmático

A mediados de la cuarta década del siglo XX, un grupo de investigadores de Palo Alto, California, formados en antropología, lingüística, sociología y psiquiatría cuestionaron el paradigma lineal o modelo telegráfico de Shannon y Weaver, proponiendo un modelo orquestal donde la esencia de la comunicación "reside en procesos de relación e interacción" (Rizo, 2004), ampliando sus horizontes a las gestualidad o kinésica y al espacio interpersonal o proxémica.

En el origen del paradigma interaccional pragmático encontramos a Gregory Bateson, asistente y promotor de las conferencias patrocinadas por la Fundación Macy. Este antropólogo, influenciado con la idea del feedback negativo propuesta por Wiener en 1952, decidió estudiar la comunicación desde la cibernética, invitando a familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia a interactuar en una sala espejo o cámara Gessell. Durante esos momentos observó las interacciones familiares y desarrolló el modelo teórico de doble vínculo o doble coacción recíproca, referido a un patrón comunicacional de carácter paradójico "que se establece entre personas atrapadas en

un sistema permanente que produce definiciones conflictuales de la relación" (Bateson et al., 1982).

Gregory Bateson es la piedra fundacional de la Escuela de Palo Alto, la que dividió el estudio de la comunicación humana en tres áreas: la sintáctica, que abarca los problemas relativos a la transmisión de información y su relación con la codificación, canales, ruido o redundancia; la semántica, preocupada del significado compartido entre emisor-receptor; y la pragmática, preocupada de cómo la comunicación impacta la conducta (Watzlawick et al., 1967).

En 1959, Don Jackson funda en Palo Alto el *Mental Research Institute* (MRI), al cual llega en 1962 Paul Watzlawick y en 1968 Richard Fisch, fundador del Centro de Terapia Breve en el mismo MRI. El propósito de este equipo fue estudiar la influencia de la comunicación interpersonal en los procesos de cambio terapéutico (García, 2016, p. 47), influenciados por el modelo de homeostasis familiar. Este plantea lo que constituye el enfoque fundacional de la Terapia Sistémica Breve y del Modelo de Salud Familiar:

> la enfermedad física, incluidos los desórdenes psicosomáticos, a menudo juegan un papel inesperado para mantener el equilibrio emocional dentro de la familia.
>
> El surgimiento de esos desórdenes, igualmente, puede utilizarse por el médico como un barómetro de las dificultades emocionales familiares. (Jackson, 1965)

Toda esta reflexión teórico-práctica derivó en los cinco axiomas que transformaron en un clásico el texto *Teoría de la Comunicación Humana* de Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson (1967). Fundados en la cibernética y la teoría

de sistemas, estos axiomas rompen con la visión lineal de la comunicación y permiten entenderla dentro de un paradigma relacional sistémico, donde en la situación comunicativa, el objeto de estudio fundamental es la relación por sobre las personas que interaccionan.

"La imposibilidad de no comunicar**"** (Watzlawick et al., 2017, p. 49**):** Para estos autores la comunicación, entendida como el intercambio de mensajes entre dos personas, no puede separarse de la conducta. La actividad e inactividad, las palabras o el silencio siempre influyen sobre los demás y éstos no pueden dejar de responder; incluso la ausencia de palabras o de atención mutua no deja de comunicar: toda conducta en una situación e interacción tiene valor de mensaje.

Según estos autores, tampoco puede decirse que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, a través de lo cual se logra un entendimiento mutuo, ya que la imposibilidad de no comunicarse constituye parte integral del dilema esquizofrénico. Por ejemplo, el portador de esta patología psiquiátrica, si es observado por alguien que desconoce su diagnóstico, parecería que trata de no comunicarse. Sin embargo, el sinsentido, el silencio, el retraimiento, el silencio postural o cualquier otra forma de negación constituye comunicación, implicando un compromiso y definiendo el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. En este caso el esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse. Sin embargo, es imposible saber si este es su propósito o no.

"Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación" (Watzlawick

et al., 2017, p. 57). Este segundo axioma plantea que toda comunicación implica un compromiso y define la relación, imponiendo conductas más allá de la mera transmisión de información.

El aspecto referencial de un mensaje transmite información y es sinónimo de contenido, sea verdadero o falso. Por su parte, el aspecto conativo se refiere a cómo debe entenderse el mensaje y a la relación entre las personas que participan de la interacción. Cuanto más espontánea y fluida es la comunicación, más se pierde el aspecto vinculado a la relación. Por el contrario, cuando la interacción se complejiza, el aspecto vinculado al contenido es cada vez menos importante. La relación le da sentido al contenido. Esto significa que toda comunicación tiene un aspecto emocional que condiciona cómo se entiende el mensaje y que está codificada en los componentes no verbales, como la postura o los gestos; y en los paraverbales, donde está la entonación o el volumen. Eso significa que el estado emocional con que el hablante experimente la interacción (e.g., alegría, tristeza, miedo o sorpresa, asco o ira) determinará la disposición dinámica con que aborda la situación comunicativa (Laso Ortiz, 2015).

“La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes” **(**Watzlawick et al., 2017, p.60)**.** Este axioma explora la interacción o intercambio de mensajes entre los/las participantes a través de la puntuación de la secuencia de hechos que organiza la secuencia de elementos del diálogo, dándoles sentido, definiendo la jerarquía y los roles de los participantes, explicando sus conductas

En este orden o secuencias de interacción hay convenciones culturales que nos permiten entender y reconocer los niveles de relación en un momento determinado. Por

el contrario, la falta de acuerdos en la puntuación es la causa de incontables conflictos relacionales:

> Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Por el contrario, el lenguaje análogo posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. (Watzlawick et al., 2017, p.68)

La sintaxis lógica del lenguaje digital que produce el mensaje es más abstracta que el lenguaje analógico, este último referido a lo no verbal, a la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión o el ritmo de la voz, y a todos "los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción" (Watzlawick et al., 2017, p.63) en la cual puede existir secuencia, donde un acto origina el contexto del siguiente, permitiendo que los mensajes puedan ser comprendidos a través de comportamientos corporales que definen una metainteracción. La comunicación no verbal, entonces, puede potencialmente ser más intensa y significativa que la verbal (Birdwhistell,1971) y por ello, la atención debe estar puesta en lo que hacen las personas más que en lo que dicen cuando responden a una pregunta directa (Bateson,1948).

En lo análogo también está la proxémica, entendida como el estudio de la percepción y del uso del espacio por las personas, donde el contenido de la conversación va unido a la distancia y a la situación, así como a las relaciones entre los participantes, sus emociones y actividades (Hall,1968).

Además, Palo Alto suscribe la idea del contexto como explicación del acto comunicativo, donde tanto el lenguaje verbal como el no verbal tienden a asociarse significativamente con determinados comportamientos, según el momento de la ocurrencia; la interacción es vista como un flujo constante, un continuo, reivindicando la importancia de lo no verbal y la metacomunicación (Shomaly, 1994). “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia” (Watzlawick et al. 2017, p.70). La interacción puede ser simétrica, si la relación se funda en la igualdad, o complementaria si lo es en la diferencia.

Si se analiza desde la horizontalidad, los participantes tienden a empatar su conducta recíproca, sea debilidad o fuerza, bondad o maldad; si la construcción es más vertical, uno de los participantes domina la interacción establecida por el contexto social o cultural, como es el caso del médico y el paciente. Cabe agregar que, en cualquiera de los dos casos, la relaciones encajan presuponiendo la conducta del otro, favoreciéndose mutuamente.

2.4. Paradigma Sociocultural

El modelo sociocultural no es lineal, es estructural, y en él convergen relaciones entre elementos para la creación de significado. Puede resultar difuso y actualmente está en periodo de cristalización. Considera a la comunicación como producción e intercambio de sentido, analizando la forma cómo los mensajes o textos interactúan con las personas y la cultura. Su principal método de estudio es la semiótica, para la

cual “el mensaje es una construcción de signos que, al interactuar con los receptores, produce significados” (Fiske, 1984, p.21).

En este paradigma puede reconocerse la influencia de diversas escuelas del pensamiento como el Interaccionismo Simbólico, la Teoría de la Acción Comunicativa de la Escuela de Frankfurt, los aportes de Eco, Peirce y Saussure (Vidales, 2009), y plantea la existencia de una multiplicidad de códigos y una infinita variedad de contextos y circunstancias, lo que permite que un mismo mensaje pueda codificarse desde puntos de vista diferentes. El contexto hace referencia a los elementos del entorno en que se produce el mensaje y que pueden cambiar completamente su contenido; y la circunstancia está vinculada a las relaciones que se establecen entre el emisor y el destinatario (Rodrigo, 1995).

2.4.1. Los Orígenes del Paradigma Sociocultural

El interaccionismo simbólico. Entre 1915 y 1940 la Escuela de Chicago irrumpió en el campo de las ciencias sociales con una serie de estudios íntimamente ligados a problemas sociales en una época de delincuencia, crecimiento demográfico desproporcionado y alta inmigración. Se proponían investigar el fenómeno social urbano a partir de la observación participante del investigador, mediante el *interaccionismo simbólico* (Azpurua, 2005). Destacan como sus principales autores George Herbert Mead, Herbert Blumer, Charles Horton Cooley y Erving Goffman, los cuales compartieron el interés por analizar a la sociedad en términos de interacciones sociales (Rizo, 2004).

Existen dos grandes influencias en el surgimiento del Interaccionismo Simbólico. La primera de ellas es el pragmatismo norteamericano que partió con Pierce, sus reflexiones sobre el signo y la lógica de las relaciones (Eslava y Pongutá, 2018). Según este enfoque, el hombre configura la realidad luego de interactuar con el mundo que lo rodea y de esta experiencia elige los elementos útiles y descarta aquellos que no lo son; este énfasis concluye que el mundo se conceptualiza en función de cómo lo vive y es definido por el sujeto, por lo tanto, no existe una verdad única (Aguado, 2004). La segunda de ellas es la Escuela de la Gestalt donde el foco está puesto en la experiencia humana y no en el individuo aislado, sino en el proceso donde entra en contacto el organismo con el entorno (Traverso, 2009).

George Herbert Mead (1934) plantea que nada existe fuera de la experiencia, siendo el conocimiento del mundo producto de la interpretación personal; esta capacidad de encontrarse a sí mismo o self, involucra la reflexión y presupone un proceso social: la comunicación entre los seres humanos. Gracias a que el hombre y la mujer viven en sociedad, sus experiencias dejan de ser un producto individual y son el resultado de la interacción humana (Cisneros, 2015). Este proceso social, catalizado a través de la comunicación, genera una serie de relaciones e interpretaciones que van configurando lo que entendemos por sentido común; significación que va más allá de la creación de ideas o palabras, sino que es capaz de generar transformaciones de la sociedad (Mead, 1934). En esta lógica la persona es, simultáneamente, sujeto y objeto de la comunicación, formando su personalidad por la acción recíproca de elementos objetivos y subjetivos (Rizo, 2006).

Inspirado en Mead, Heber Blumer (1968) estableció las tres premisas del Interaccionismo Simbólico. La primera explica que las personas orientan sus actos hacia las cosas que son significativas para ellas (objetos físicos, familiares, amigos, su hogar, lugares donde hicieron sus estudios); la segunda señala que el significado de estas cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo y, finalmente, la tercera formula que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que aparecen durante el transcurso de su vida.

Este contacto social obliga a las personas a comportarse de acuerdo con las circunstancias o contexto donde interactúan, creando apariencias e impresiones verosímiles de acuerdo al lugar donde ocurre la interacción (Goffman, 1959).

La escuela de Frankfurt y la acción comunicativa. Jürgen Habermas es considerado uno de los pensadores más influyentes del siglo XX y el principal representante de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt en Alemania. Sus ideas influyeron en la filosofía y la sociología moderna, fundamentalmente a partir de sus teorías sobre la Democracia Deliberativa y la Acción Comunicativa (Vergara, 2011).

Habermas buscó alcanzar una pragmática universal validada en cualquier contexto comunicativo, planteando la existencia de una acción estratégica o teleológica asociada a una finalidad consciente; una acción regulada por normas, vinculada a valores compartidos y legitimados por los sujetos en la vida social; una acción dramatúrgica en la que existe una manifestación plena de la subjetividad y la acción comunicativa que se refiere a

> la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que (ya sea con medios verbales o con medios extraverbales) entablan una relación interpersonal. Los actores buscan entenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones. (Habermas, 1992, p.122)

Habermas explica que en el denominado mundo de la vida -definido como el espacio en el que los agentes comunicativos interactúan o contexto de la acción comunicativa- el lenguaje se convierte en un aspecto constitutivo de él y la cultura, sociedad y personalidad en componentes estructurales; donde no sólo se producen tradiciones culturales, solidaridades sociales e identidades personales, sino que además, es el espacio donde la racionalidad comunicativa posibilita un proyecto ilustrado de sociedad (Bernal et al., 2018).

Los estudios culturales. La idea de resistencia al orden cultural ha caracterizado los dominios explorados por los *cultural studies* (estudios culturales) con la convicción de que es imposible abstraer la cultura de las relaciones de poder y de las estrategias de cambio social. Los estudios culturales tienen como punto de referencia la Escuela de Birmingham, que buscaba comprender y explicar la articulación entre clase social y práctica cultural. La mirada de esta escuela trasciende lo socioeconómico y se articula en torno a las nuevas circunstancias sociales en el Reino Unido inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, especialmente la inmigración de paquistaníes, antillanos e hindúes (Cabello, 2006).

La obra fundadora *The Uses of Literacy: Aspects of Working-Class Life with Special References to Publications and Entertainments* (Hoggart, 1957), aborda la influencia de la cultura difundida en la clase obrera a través de los medios de comunicación modernos. Sin embargo, es Stuart Hall una de las principales figuras en el desarrollo de los estudios culturales al entregar su conocido modelo de "codificación-decodificación" y reflexionar sobre cómo los conceptos de cultura y subcultura están ligados con la noción de hegemonía y la descripción del proceso comunicativo (Cabello, 2008).

Por su parte, los estudios de la cultura en América Latina se han esforzado por visibilizar y relevar temas, procesos, momentos, prácticas sociohistóricas y políticas, para autocomprender a la sociedad latinoamericana desde la transdisciplinariedad. Entre las figuras emblemáticas se encuentran Néstor García Canclini, que sitúa en el centro del debate una nueva manera de pensar los mestizajes culturales a través de la noción de *hibridació*n; y Jesús Martín-Barbero, al operar un desplazamiento del peso analítico de los medios hacia las mediaciones de la cultura, la historia de la configuración de los Estados nacionales, las identidades, la cultura popular y la cultura de masas (Reguillo, 2005).

La Semiótica y su Influencia. El centro de su preocupación es el signo, su estudio y su funcionamiento. Considera tres áreas de estudio:

- El signo mismo. Es el estudio de diferentes tipos de signos, de su manera de llevar significados y de relacionarse con quienes los usan. Los signos son creaciones humanas y sólo pueden ser comprendidos en función del uso que las personas les entregan.

- Los códigos o sistemas de organización de los signos. Se estudia cómo se ha desarrollado una variedad de códigos para satisfacer las necesidades de una sociedad o una cultura, o para explotar los canales de comunicación disponibles para su transmisión.
- La cultura dentro de la cual operan estos códigos y signos. Esta, a su vez, depende para su propia existencia y forma, del uso de estos códigos y signos (Fiske, 1984).

De manera simplificada, para Peirce (1974) signo es algo que representa algo para alguien en algún aspecto o capacidad. El signo tendría un *representamen*, el signo en sí mismo es la representación de algo, el elemento inicial de toda semiosis; el *objeto*, que es a lo que alude el signo, y el *interpretante*, que es la imagen mental del representamen:

> Un signo se refiere a algo diferente de sí mismo -el objeto- y es comprendido por alguien: es decir, tiene un efecto en la mente del usuario, el interpretante.
>
> Debemos comprender que el interpretante no es el usuario del signo, sino lo que Peirce llama en otro texto "el verdadero efecto significativo", es decir, es un concepto mental producido tanto por el signo como por la experiencia que el usuario tiene del objeto. (Fiske, 1984, p.35)

El signo también puede ser parte del proceso de comunicación y se “utiliza para transmitir una información, para decir, o para indicar a alguien algo que otro conoce y quiere que lo conozcan los demás también” (Eco y Cantarell, 1994, p.21).

Los signos no funcionan de manera aislada, sino como componentes de sistemas de relaciones de significación o códigos. Estos últimos proveen sistemas de

reglas para la producción e interpretación de los signos, en los cuales se basa la comunicación.

De esta forma, la comunicación funciona dinámica y sistémicamente para estructurar y cohesionar a las sociedades a través de dos cualidades fundamentales: su capacidad de producir significados compartidos y de construir sistemas sociales.

> Estas dos cualidades no pueden ser entendidas si no es a través de su relación con la dimensión sistémica de la cultura, un concepto que no sólo funciona como categoría contextual, sino que interviene tan fuertemente en los procesos comunicativos que tiene que ser considerada como parte estructural de los procesos comunicativos en general. La cultura, desde la perspectiva semiótica que hemos adoptado, construye escenarios y participa de la producción de significados compartidos y, por lo tanto, determina fuertemente la construcción del sistema social. (González, 2008)

En esta creación de escenarios y significados existe una multiplicidad de códigos y una infinita variedad de contextos y circunstancias, lo que permite que un mismo mensaje pueda codificarse desde puntos de vista diferentes. El contexto hace referencia a los elementos del entorno en que se produce el mensaje y que pueden cambiar completamente su contenido; y la circunstancia está vinculada a las relaciones que se establecen entre el emisor y el destinatario (Rodrigo, 1995).

3. Las Mediaciones en el Proceso de la Comunicación

Para la Real Academia Española, *mediación* significa “acción y efecto de mediar”, deriva del término *medio* (“lo que está entre”). Para el presente análisis se considera a la mediación como la función que ejerce el medio y esta puede ser tecnológica, semiótica, cultural o comunicativa.

Conceptualmente, la teoría de las mediaciones plantea que todo proceso social, especialmente de comunicación, no termina en el receptor, no es lineal ni directo: es mediado. Y en dicha mediación intervienen o participan esos espacios, lugares, ámbitos, que otorgan, dan sentido y significado a toda acción social. Estos últimos cambian de acuerdo con la dimensión política, cultural y comunicacional que incorpore el sujeto al tiempo de entablar acciones mediáticas, ya sea para consumir o para producir formatos culturales (Ruiz Marín, 2004).

La Teoría de las Mediaciones propone que la comunicación debe ser entendida como proceso, la recepción no es el punto donde termina la comunicación,
Cuando es semiótica -parafraseando al psicólogo ruso Lev Vygotsky- la mediación es entendida como un proceso inherente a las facultades intelectuales de todo ser humano donde sistemas de signos, tanto lingüísticos como sociales, pueden ser utilizados para controlar de manera voluntaria las actividades de las personas; por lo tanto, todo acto humano está mediado por signos lingüísticos y sociales, en la medida en que se da una intercomunicación entre los individuos en su contexto sociocultural y se crea una relación de influencia sobre el medio físico que rodea el individuo en su cotidiano vivir (Ramírez González, 2009). Según Moulian Tesmer (2012), para Peirce la noción de mediación se refiere al mecanismo de articulación de los procesos

semióticos, es decir, los procesos en los que algo funciona como signo; donde la semiosis, y con ella la mediación, abarca el conjunto de las actividades cognitivas y comunicativas. Lo anterior, puesto que no se puede pensar sin signos y resultan necesarios para exteriorizar el pensamiento humano, convergiendo el mundo fenoménico y las actividades intelectuales humanas.

3.1. Mediaciones Comunicacionales

En el campo de la comunicación iberoamericana existen dos grandes tendencias en la interpretación y aplicación del concepto de mediación. La primera de ellas, propuesta en 1976 por Martín Serrano, se ha centrado en el estudio de la *massmediación*, como operación simbólica o cognitiva, estrechamente asociada a los procesos ideológicos y/o reproductivos. La segunda matriz teórica, obra de Martín-Barbero, define a las mediaciones como instancias socioculturales que atraviesan y dan sentido al proceso de comunicación (Torres, 2007).

3.2. Las Mediaciones desde los Medios

Los individuos y la sociedad desarrollan y utilizan sistemas de regulación institucionalizados para reducir la disonancia; si estos son a nivel cognitivo, los denominamos modelos de orden o modelos mediadores (Martín Serrano, 1976). Desde el punto de vista formal, la mediación equivale al sistema de reglas y de operaciones aplicadas a cualquier conjunto de hechos, o de cosas pertenecientes a planos heterogéneos de la realidad, para introducir un orden.

Es importante destacar que, desde el punto de vista operacional, modelo de mediación y código son comparables. Para Eco y Cantarell (1972), el código es un sistema de posibilidades, superpuesto a la igualdad de probabilidades del sistema en su orden, para facilitar su dominio comunicativo. Siguiendo con Martín Serrano, un modelo de mediación es un código por dos razones. Primero, en el sentido más restringido del término *código,* un modelo puede interpretarse como un mero sistema codificante. Entonces significa lo mismo que estructura: estructura y código son modelos que permiten uniformar la diversidad del acontecer desde un punto de vista sociocultural compartido a priori por el emisor y los receptores. Segundo, todo modelo es un código en un sentido más amplio, significa lo mismo que coerción. Como dijo Durkheim, coerción y código contienen los criterios de verdad que sirven para corregir las desviaciones del conocimiento y del comportamiento respecto a un único propósito prefijado. En el modelo de la coerción, el código es una toma de partido acerca de lo que ocurre: lo que equivale a decir que código e ideología son la misma cosa en este contexto.

A Martín Serrano le corresponde el mérito de haber hecho confluir las tradiciones dialéctica y semiótica para el estudio de las mediaciones de los sistemas de comunicación, configurando un marco teórico con la potencialidad de explicar los fenómenos comunicativos tanto en una perspectiva sincrónica o sistémica como diacrónica o histórica.

> Desde un punto de vista cognitivo, consiste en el conjunto de reglas y operaciones que permiten integrar elementos pertenecientes a distintos planos de la realidad de un modo consistente. En términos sociológicos, corresponde a

> los mecanismos de control social que institucionalizan los modelos de orden, asegurando que estos sean compartidos por los miembros del grupo social. (Moulian 2012, p.76)

La mediación cognitiva de los medios de comunicación opera sobre los relatos, ofreciendo a las audiencias modelos de representación del mundo. También existe una mediación estructural de los medios que opera sobre los soportes, ofreciendo a las audiencias modelos de producción de comunicación. Ambas actividades de *los media* son variantes del esfuerzo que realizan estas instituciones mediadoras para proporcionar una identidad que sirva de referencia al grupo, preservando su cohesión de los efectos disgregadores que tiene el cambio social (Martín Serrano,1985).

3.3. De los Medios a las Mediaciones en Salud

Dejando la perspectiva del emisor, pasamos a Latinoamérica, con énfasis en el proceso de producción de sentido en el receptor, pasando de los medios a las mediaciones. Martín-Barbero (1987) define este proceso como el lugar desde donde se otorga el sentido a la comunicación; dónde trabajamos, vivimos, estudiamos o buscamos remedio a nuestras dolencias son todas fuentes de mediación de los procesos comunicativos, entendiendo que la significación es un fenómeno constante y dinámico, indivisible en sus componentes clásicos (emisor, mensaje y receptor) y que no está ajeno a sus contextos culturales. En resumen, quien recibe el mensaje puede darle múltiples interpretaciones, creando y recreando diversos sentidos, en estrecha relación con la cultura (Ruiz Marín, 2004). “Desde el punto de vista metodológico, si Martín Serrano estudia los productos comunicativos, Martín-Barbero estudia sus usos,

así como las lógicas (mediaciones) que atraviesan y organizan todo el proceso comunicativo" (Torres, 2007, p.206). De esta forma, la cultura ejerce una acción comunicativa produciendo significaciones, no solamente circulando información; por tanto, el receptor no es un mero decodificador del mensaje emitido por el emisor, sino que también puede producirlo (Martín-Barbero, 1987).

Para Martín-Barbero (2012) es necesario un desplazamiento del concepto de comunicación al concepto de cultura, ya que el primero sigue atrapado en la problemática de los medios, los canales y los mensajes. Según él, es necesario pasar a un concepto de cultura en el sentido antropológico, considerando los modelos de comportamiento, gramáticas axiológicas y sistemas narrativos que nos permitan entender los nuevos procesos de socialización a través de los cuales una sociedad reproduce sus sistemas de conocimiento, sus códigos de percepción, sus códigos de valoración y de producción simbólica de la realidad.

En la siguiente derivada del análisis, Orozco (1997, 2002), planteó un esquema de multimediaciones:

- A) Mediaciones cognoscitivas: Surgen del plano personal del receptor. Son estructuras, guiones o imágenes mentales a través de las cuales se interpreta la información del entorno y responde de manera contextualizada a las diferentes contingencias.

- B) Mediaciones situacionales: Están influidas por el escenario donde ocurre la interacción.

- C) Mediaciones de referencia: Tienen relación con factores sociodemográficos como la edad, el género, la raza, nivel educacional o la condición socioeconómica, entre otros.

- D) Mediaciones tecnológicas: Ocurren por el uso de la tecnología, principalmente las imágenes y el sonido transmitido desde la televisión, cuyo lenguaje se ha especializado en llegar a los diferentes tipos de audiencia.

- E) Mediaciones institucionales: Están dadas por la familia, la escuela, el sistema de salud o la religión, legitimando algunos discursos y cuestionando otros.

Las personas que participan en un diálogo terapéutico nunca pueden desconectarse completamente de sus emociones ni de la carga simbólica que el miedo, la rabia, la tristeza o la alegría pueden gatillar, afectando de manera positiva o negativa la interacción clínica. Las emociones ejercen un rol mediador tanto al momento de recibir un diagnóstico o una indicación como cuando es sugerido un cambio conductual. Ante lo cual, como seres socializados, van generándose destrezas que permiten manejar las reacciones instintivas y moldearlas de la manera más conveniente para lograr una comunicación eficaz (Four-Pome, 2010).

En el área de la salud la construcción de sentido en el receptor ocurre a partir de las representaciones construidas socialmente, donde las mediaciones modulan la interacción clínica frente al sistema de creencias y valores de la persona consultante, ajustando el mensaje para que logre ser significativo. El ***núcleo familiar***, responsable de las concepciones reflejadas en los valores, creencias, mitos o tabúes; ***los establecimientos educacionales***, que entregan los repertorios académicos, los contenidos de higiene corporal y bucal, dietéticos, de actividad física; ***la comunidad,***

donde confluyen las distintas formas de organización social, son algunas de las mediaciones a considerar en el proceso de la educación en salud (López del Refugio et al., 2010).

4. La Importancia del Contexto

Para la Real Academia Española (RAE), *contexto* puede definirse como el entorno lingüístico del que depende el sentido de una palabra, frase o fragmento determinado o el entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole en el que se considera un hecho. Etimológicamente, la palabra *contexto* viene del latín *contextus* y significa "unión de dos o más elementos".

Desde la antropología lingüística, la noción de contexto involucra una yuxtaposición fundamental de dos entidades: el evento focal (fenómeno o acción a observar) y un campo de acción en el cual el evento se halla incorporado para ser entendido e interpretado correctamente. Duranti y Goodwin (1992) agregan que el contexto es un fenómeno socialmente constituido, sostenido interactivamente y limitado en el tiempo, el cual tiene cuatro dimensiones:

- La primera de ellas es la localización o marco socioespacial (setting) que corresponde al marco social, espacial y temporal donde ocurre la interacción observada, elementos que deben ser interpretados por los participantes que son parte del diálogo para lograr entenderse. El entorno físico y social de un enunciado es dinámico y socialmente constituido por las actividades de los participantes que se encuentran relacionados con el contexto.

- Behavioural Environment (comportamiento no verbal). Tiene que ver con la forma en que las personas usan sus cuerpos y los signos no verbales para estructurar su discurso, el contexto va creándose a través de componentes no verbales como la kinésica, la proxémica y el paralenguaje usado cuando hablan.
- El lenguaje verbal: El lenguaje crea realidades mediante textos y discursos, y es clave para la interpretación. Por lo tanto, la producción de palabras o frases con sentido cambia el contexto de manera instantánea.
- El contexto extrasituacional: Se basa en el conocimiento previo que es esencial en la configuración contextual, permitiéndonos entender desde una broma a una conversación, pasando por las indicaciones médicas o los síntomas de un paciente.

El contexto puede entenderse como un marco que rodea al evento observado y provee recursos para su interpretación adecuada. Existen los marcos de referencia primarios que permiten a su usuario situar, percibir, identificar y etiquetar un número aparentemente infinito de sucesos concretos definidos en sus términos. Existen los marcos primarios naturales que identifican los sucesos que se consideran como no dirigidos, orientados, animados ni guiados, determinados por principios naturales, donde no hay ninguna agencia que interfiera deliberada, causal ni intencionalmente. El segundo tipo son los marcos primarios sociales que proporcionan una base de entendimiento de los acontecimientos que incorporan la voluntad, el objetivo y el esfuerzo de control de una inteligencia, de una agencia viva, siendo la persona humana la más importante de ellas (Goffman, 1974).

Erving Goffman inició el estudio de la interacción humana desde la sociología, ubicándose en un punto de unión entre el interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto, concentrando su interés en el impacto de las estructuras sociales en los niveles más locales o “micro” del quehacer diario. En la vida cotidiana, una persona, al interactuar con otra, representa un papel a través de expresiones explícitas mediante el lenguaje oral, o no explícitas, como los elementos no verbales (gestos o los movimientos corporales), la fachada personal compuesta por su edad, sexo, origen étnico, la ropa o accesorios que lleva en el momento y el medio o entorno donde ocurre la escena que incluye los muebles o el color del espacio físico; todo ello con el objetivo de generar estabilidad y hacer confiable la interacción (Goffman, 1959).

Al analizar la interacción humana, el contacto cara a cara provee un lugar primordial para la producción del habla y constituye un ejemplo para el análisis del contexto, ya que provee una oportunidad para analizar el lenguaje, la cultura y la organización social como componentes integrados de un solo sistema de acción; y más aún, se ocupa de tales procesos como fenómenos dinámicos intrínsecamente limitados en el tiempo. Ninguna visión detallada del contexto puede ignorar el análisis de este punto (Duranti y Goodwin, 1992, p.27).

Hymes en *Competence and performance in linguistic theory- Acquisition of languages: Models and methods* (1971) propuso un enfoque para investigar las normas de uso de una lengua en los diversos contextos sociosituacionales en que se realiza la comunicación verbal de una comunidad. Este enfoque debería dar cuenta de las reglas que configuran la competencia comunicativa de los miembros de dicha comunidad, entendida como el conocimiento tácito que se tenga sobre una lengua y la habilidad

para su uso. Vale decir: cuándo hablar, cuándo no, de qué hablar, con quién, dónde, en qué forma. Hymes (1972) publicó el método de SPEAKING para referirse a los diferentes componentes de la comunicación, en donde cada letra de la palabra representa un elemento que necesita ser tenido en cuenta: Situation (Situación: ¿dónde y cuándo?), Participants (participantes: ¿quién y a quién?), Ends (finalidades: ¿para qué?), Acts sequences (actos: ¿qué?), Key (el grado de formalidad o tono de la interacción: ¿cómo?), Instrumentalities (canales de comunicación, verbal, no verbal: ¿de qué manera?), Norms (normas: ¿qué creencias?), y Genre (género: ¿qué tipo de discurso?).

Desde la perspectiva de la lingüística, para que la comunicación suceda debe existir una situación comunicativa (definida como la localización témporoespacial, el rol, características y funciones de quienes participan, los medios usados para la interacción) que incluya un contexto, conocimientos previos de las necesidades y expectativas del emisor y receptor y simultáneamente, deben estar definidos los roles sociales y las relaciones de poder de los interlocutores. En la situación comunicativa también existe el enunciado, que hace referencia a un mensaje construido según un código; el entorno, definido como la ubicación espacio-temporal donde se realiza la comunicación; y la intención comunicativa, constituyéndose en un principio regulador de la conducta, en el sentido que orienta al emisor a usar los medios más idóneos para alcanzar sus fines (Escandell, 1996).

En esta interacción, el contexto puede ser comunicativo, sobre el cual Habermas (1992) plantea la existencia de una acción estratégica o teleológica asociada a una finalidad consciente; una acción regulada por normas, vinculada a valores compartidos

legitimados por los sujetos en la vida social. Propone el concepto de *acción comunicativa,* definido por la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que -ya sea con medios verbales o con medios extraverbales- entablan una relación interpersonal. “Los actores buscan entenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones” (Habermas, 1992, p.124).

Para entenderse (comunicarse), la representación mental de una situación comunicativa se hace con un modelo mental específico que llamamos *modelo del contexto* o, simplemente, *contexto* (van Dijk, 2001). Estas representaciones mentales controlan el evento comunicativo y regulan las relaciones entre el discurso y su ambiente social-cognitivo, asegurando lo apropiado para cada situación. Igualmente, existen conocimientos compartidos (i.e., Common Ground) que manejan la estructura compleja de lo implícito y explícito del discurso, así como las presuposiciones e implicancias. En resumen, el contexto es subjetivo, dinámico e individual, se almacena en la memoria episódica y permite determinar lo que es relevante para entender un texto (van Dijk, 2002).

4.1. El Poder de la Agencia Médica y su Control Institucional

La distancia o subvaloración de los factores psicosociales por parte de los médicos, desde una agencia de dominancia, fue evidenciada y analizada por Michel Foucault, quien adicionó un nuevo enfoque a la noción de contexto, evidenciando cómo las instituciones de salud pública afectan a los individuos y a la percepción de sí mismos, la sexualidad y el sentido de su existencia:

> Estas son, en general, condiciones culturales inconscientes, reglas y prácticas que gobiernan lo que la gente hace con sus cuerpos, cómo se comunican, cómo se relacionan entre ellos, cómo desean, cómo temen y todo lo demás. Todo "conocimiento" -o lo que podríamos llamar "dominio" cultural- lleva con él una red de poder sub institucional, en la cual nos enredamos en el momento en que empezamos a aprender y a usar el conocimiento socialmente.
>
> Siguiendo la práctica postestructuralista, Foucault llama "discurso" al dominio cultural. (Duranti y Goodwin, 1992, p.37)

Quien ejerce la medicina tiene el poder, decide quién está enfermo y de qué, en la lógica de que los cuerpos controlados garantizan la productividad capitalista, la natalidad, la inmunización, aumentando las expectativas de vida:

> El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad bio-política; la medicina es una estrategia bio-política. (Foucault, 1978, p.38)

De esta forma, los lugares donde es ejercida la medicina, como hospitales o centros de salud familiar, son instituciones de control social transformándose en los nuevos depositarios de la verdad, donde los dictámenes, absolutos y categóricos, son establecidos por expertos técnicos de moral neutral y aséptica, siendo un fenómeno insidioso, a la vez que discreto, realizado a partir de la sujeción a control médico de gran parte de la vida cotidiana, extendiendo la medicina y las etiquetas “sano” o “enfermo” a una parte cada vez mayor de la existencia humana (Zola, 1999).

5. Comunicación Interpersonal

La vida social afecta de manera directa la comunicación, por lo tanto los factores sociales deben ser incluidos al estudiar el fenómeno del lenguaje (Hymes, 1972). En “Frame Analysis”, Goffman (1971) señala que toda persona vive en un mundo de encuentros sociales y contactos cara a cara, en los cuales tiende a representar lo que a veces se denomina una línea o esquema de actos verbales y no verbales. Por medio de ellos expresa su visión de la situación, su evaluación de los participantes y de sí mismo. El término *cara* es el valor social positivo que una persona reclama efectivamente para sí por medio de la línea que los otros suponen que ha seguido durante determinado contacto, es la imagen de la persona delineada en términos de atributos sociales aprobados. Una persona tiende a experimentar una reacción emocional inmediata ante la cara que le permite el contacto con los otros.

> Si el encuentro confirma una imagen de la persona que ésta ha dado por sentada hace tiempo, es probable que tenga pocos sentimientos al respecto. Si los sucesos le establecen una cara mejor de la que habría podido esperar, es

> probable que se "sienta bien"; si no se cumplen sus expectativas comunes, se supone que se "sentirá mal" o se "sentirá ofendida". La propia cara y la de los demás son construcciones del mismo orden; las reglas del grupo y la definición de la situación determinan cuánto sentimiento se debe tener por la cara y de qué manera se distribuirá ese sentimiento entre las caras involucradas. (Goffman, 1971, p.1)

Para lograr comunicar a dos o más personas es necesario desarrollar la competencia comunicativa, término acuñado primero por Chomsky para referirse a la dimensión lingüística con los niveles de morfología, sintaxis, fonética y semántica; elementos que Hymes relacionó con el contexto sociohistórico y cultural donde se realiza la interacción. Actualmente, "la competencia comunicativa es vista como un compendio de saberes, capacidades, habilidades o aptitudes que participa en la producción de la convivencia y las relaciones interpersonales e intergrupales, ya que la coexistencia humana requiere la mediación de una eficaz comunicación" (Bermúdez y González, 2011).

5.1. La Comunicación no Verbal

La interacción entre dos personas puede entenderse como el intercambio consciente o inconsciente de signos mediados por sistemas culturales. Dentro de los componentes de esta interacción tenemos:

El **lenguaje verbal** (sus estructuras léxico-morfológico-sintácticas con sus rasgos prosódicos fundamentales), el **paralenguaje** (todas las modificaciones de la voz cultural, biológica, fisiológica y psicológjcamente condicionadas y las muchas emisiones cuasi-léxicas independientes que acompañan a las palabras, tales como

chasquidos linguales, fricciones faríngeas o nasales audibles, carraspeos, gemidos, bisbiseos, silencios, etc. y la **kinésica** (los movimientos corporales y las posiciones resultantes o alternantes, de percepción visual, visual-auditiva o táctil y cinestésica, manifestadas intencionadamente o no pero con valor comunicativo: gestos faciales, manuales y de la mirada; maneras, como atusarse el cabello, fumando, andando o cruzándose de piernas; y posturas al andar o estando cruzado de piernas. (Poyatos, 1986).

En la comunicación interpersonal los aspectos no verbales constituyen un complejo abanico de gestos, actitudes, formas de comportamiento o visiones del mundo, aspectos que pueden llegar a adquirir tanta importancia que, de contradecirse con la información que proporcionan las palabras, lo que el interlocutor entiende realmente no es lo que se quiso decir; los aspectos lingüísticos y los gestos se encuentran estrechamente vinculados (Pellicer Palacín, 2010).

Como *comunicación no verbal* se conoce a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o se usan para comunicar, estos incluyen también los hábitos, las costumbres y las creencias culturales (Cestero, 2014). “Su función es participar en la comunicación a través de la expresión de emociones y actitudes, para acompañar la comunicación oral, ofreciendo señales que complementan la interacción entre las partes” (Petra-Micu, 2012, p.220). La importancia de este tipo de comunicación radica en que, cuando el mensaje verbal y el no verbal son incompatibles o contradictorios, prevalece el componente no verbal. “Esto explica el porqué los pacientes no creen, necesariamente, mensajes verbales tranquilizadores si se acompañan, por ejemplo, de expresiones faciales contradictorias” (Rodríguez, Kurtz y

Álvarez-Ude, 2011, p. 402). Desde el punto de vista cuantitativo, podemos señalar que solo un 7% de la información entre los interlocutores se transmite a través de palabras, un 55% mediante gestos y un 38% a través de elementos paralingüísticos o prosódicos (Mehrabian, 1972).

En la interacción clínica, la comunicación no verbal resulta ser la más adecuada para la transmisión de emociones, regula los mensajes verbales y juega un papel relevante en el mantenimiento de la relación médico-paciente, donde el profesional presta atención y detecta todas las señales que emiten los pacientes, contextualizándolas en cada caso para conocerlos mejor, llegar a mejores diagnósticos y proponer soluciones y tratamientos que sean bien comprendidos y aceptados (Rodríguez et al., 2011).

Sin embargo, en muchas ocasiones los sanitarios descuidan la comunicación no verbal frente al paciente, perdiendo una valiosa oportunidad para ganar su confianza y mejorar la calidad de la atención, olvidando la importancia del buen trato y el respeto (Santiago et al., 2009). Desde el punto de vista de la enfermería resulta decepcionante que, a pesar de comprender la relevancia del tema, muchos estudios sobre la proxémica no sean de acceso general ya que el conocimiento de este tipo de comunicación debe incrementarse y explorar otras dimensiones de esta, generando insumos de promoción de la salud (Chaves y Heidtmann, 2014).

Desde mediados del siglo XX investigadores como Birdwhistell, padre de la kinésica y Hall, fundador de la proxémica, observaron que la comunicación no verbal es influenciada por la cultura. La relación del hombre con su entorno surge en función de su aparato sensorial (aspectos visuales, cinéticos, táctiles y termales) y cómo esté

condicionado a responder luego de ser moldeado por la cultura, por el entorno que los rodea (Hall, 1966).

En la Escuela de Palo Alto, el término *comunicación* comienza a ser usado como sinónimo de *conducta* al sumar los elementos no verbales, el lenguaje corporal y los componentes comunicacionales inherentes al contexto donde ocurre el diálogo (Watzlawick et al., 2017) y que son capaces de participar en la creación de significados. Esta interacción es multimodal, apuntando a que en un mismo evento comunicativo existe una variedad de modos o recursos semióticos utilizados para significar (Haquin, 2011), como el uso de textos, gestos, figuras y maquetas (Mayerhofer, 2013).

Volviendo a la Escuela de Palo Alto, las personas pueden comunicarse de manera digital (lenguaje verbal) o de manera análoga (no verbal). El primero cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación; mientras que el segundo posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. La sintaxis lógica del lenguaje digital que produce el mensaje es más abstracta que el analógico. Este último referido a lo no verbal, a la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión o el ritmo de la voz (Watzlawick et al., 2017). En lo análogo también se encuentra la proxémica, entendida como el estudio de la percepción y del uso del espacio por las personas, donde el contenido de la conversación va unido a la distancia y a la situación, así como a las relaciones entre los participantes, sus emociones y actividades (Hall,1968).

Pero ¿cuáles son los elementos de la comunicación no verbal que debemos considerar en la interacción clínica?

Knapp (1982) propuso clasificar los elementos que componen el sistema no verbal en siete categorías, las cuales son de utilidad al momento de observar una interacción clínica realizada por un profesional de la salud.

- Movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico: Comprende todos los gestos, movimientos corporales de las manos, cabeza, pies, piernas y expresiones faciales como las sonrisas, los parpadeos y dirección de la mirada. También pone énfasis en la actitud corporal y en la postura. Estos movimientos pueden percibirse de forma visual, auditiva, táctil o cinestésicamente a través de un objeto que actúa como transmisor (jugueteo con la ropa o el pelo).
- Características físicas: Cómo es una persona en relación con la altura, el peso, el cabello, el color o la tonalidad de la piel, cómo huele su cuerpo o su aliento.
- Conducta táctil: Incluye las caricias, los golpes, el sostener, el contacto físico.
- Paralenguaje: Se refiere a la forma, al cómo, a la manera en que se transmiten y dicen las palabras, son las cualidades no verbales de la voz. Incluye cuatro componentes: las cualidades primarias (el timbre, la resonancia, la intensidad, el tempo y el tono); los calificadores que contienen el control (respiratorio, mandibular o faríngeo); los diferenciadores (risa, llanto, grito, suspiro, jadeo, tos) y los alternantes, que incluyen consonantes, vocálicos y silencios (Hum, Ah, Uh). En la comunicación clínica, el tono y la intensidad de la voz que se use para comunicar un diagnóstico puede resultar

una sentencia o una esperanza: si es realizada con afecto y calor humano la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza (Saa, 2008).

- Proxémica: Es el uso y percepción del espacio social y personal. Entre otros temas, analiza la orientación espacial personal en el contexto de la distancia conversacional y cómo esta varía de acuerdo al sexo, al status, los roles, la orientación cultural.
- Artefactos: Son objetos con los cuales se busca una reacción positiva de los interlocutores, como el perfume, la ropa de moda o sugerente, la pintura labial o los tratamientos estéticos.
- Factores del entorno: Son aquellos que interfieren en la relación humana, pero no son parte de ella, como los muebles, la decoración, la temperatura interior, los ruidos, los olores.

5.1.1. La kinésica

Es considerada como el principal componente de la comunicación no verbal. En la comunicación clínica debemos poner atención a elementos que faciliten el traspaso de información, según destacan Rodríguez et al. (2011):

Los gestos y la postura: Posturas abiertas, de frente al interlocutor, cara a cara, con los brazos y piernas en actitud de apertura, frente a posturas cerradas, con brazos cruzados, que pueden indicar desconfianza o, incluso, rechazo al llegar a dar la espalda.

La expresión facial : Las emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, enfado y asco) están determinadas biológicamente, son universales y se aprenden de

forma parecida en todas las culturas. La sonrisa permite facilitar el flujo de comunicación.

La mirada: Se emplea para seguir y valorar la respuesta provocada en el receptor, y para sincronizar la conversación, estableciendo los turnos de intervención. Cómo cambian los ojos de las personas cuando se expresan las ya mencionadas emociones básicas: sorpresa, miedo, enfado, alegría, tristeza y asco.

Profundizando en lo anterior, y usando la clasificación de Poyatos (1986), el o la profesional de la salud debe conocer los diferentes tipos de movimientos que son útiles en el diálogo terapéutico, ellos son:

- Emblemas: Se trata de movimientos sustitutorios de palabras, como llevarse la mano al oído para indicar hipoacusia, tocarse la zona torácica para indicar un problema cardíaco o pulmonar.
- Ilustradores: Son movimientos que acompañan un discurso con la finalidad de ejemplificar o ilustrar aquello que se está diciendo verbalmente, como movimientos que acentúen o enfaticen una palabra o una frase.
- Muestras de afecto: Se trata de expresiones faciales que están vinculadas a la emoción, expresan estados afectivos.
- Reguladores: Permiten estructurar y mantener el discurso oral. Indican al hablante que continúe, repita, se extienda en detalles y se apresure, además de indicar que haga más ameno su discurso y conceda al interlocutor su turno de hablar.
- Adaptadores: Ayudan a dominar emociones y desarrollar contactos sociales. Pueden ser autodirigidos (frotarse las manos, la cara,

apretarse alguna zona del cuerpo), héterodirigidos (establecer proximidad al otro, dar a otro, tomar de otro), dirigidos a objetos (fumar o escribir con un lápiz).

Otro punto a destacar en la relación clínica es que el lenguaje no verbal del profesional se considera adecuado (Ruiz Moral et al., 2010) cuando cuida su presencia física (aseo personal o el uso de delantal), su expresión facial es acogedora a través de una sonrisa y la ausencia de muecas, mira al interlocutor mientras habla y utiliza el contacto físico de manera asertiva y empática al dar la mano como saludo o despedida, evitando todo contacto que pueda generar incomodidad.

> Sonreír o mantener una expresión facial distendida; mirar hacia el interlocutor cuando se le hable o cuando se le escuche, pero no haciéndolo de manera agresiva ni insistente; usar un tono de voz que transmita calma, cordialidad y servicialidad; mantener una postura corporal abierta −no cruzarse de brazos, ni esconder las manos, ni expresar tensión corporal, … -; no gesticular excesivamente, ni tampoco mostrarse inexpresivo; … La utilización de los recursos comunicativos no verbales es el instrumento más idóneo para crear un clima de cordialidad y confianza mutua en la relación terapéutica. (Diez, 2006, p.7)

El comportamiento kinésico puede percibirse de cuatro maneras diferentes y de forma independiente o conjunta:

1) Visualmente: o como generalmente concebimos los gestos, mediante la dirección y duración de la mirada.

2) Audiblemente: en el caso de un aplauso, las palmadas en la espalda o una bofetada.

3) Táctilmente: por ejemplo, cuando nos besan y nos abrazan.

4) Cinestésicamente: a través de un objeto que actúa como transmisor: el jugueteo con la ropa o el pelo, etc. (Schmidt, 2013, p.72).

Finalmente, es importante conocer cómo se estructura y clasificar sus movimientos:

- Según haya o no intención comunicativa.
- Por su contenido expresivo: Simbólicos ('no', 'ok'), descriptivos (e.g. 'una cosa alargada').
- Por su percepción sensorial: Visual (un guiño), visual-auditiva (una palmada), visual-táctil (apretón de manos), visual-tactil-auditiva (una bofetada), y tal vez visual-olfativa.
- Por su posición en el sistema comunicativo; lo que condiciona el lenguaje y el paralenguaje como un gesto enérgico, que requiere tono o tensión. (Poyatos, 1970, p.736).

5.1.2. El Paralenguaje

Está relacionado al cómo se dicen las palabras, con la calidad de la voz y de los diversos tipos de vocalizaciones o ausencia de ellos. Luisa Blanco en su artículo *Aproximación al Paralenguaje* (2007) explica que existen ***cualidades* y *marcadores fónicos,*** como ***el tono,*** que influirían en la inflexión de la voz y en la forma de decir algo; ***el timbre,*** característico de niños, mujeres o personas mayores; ***la intensidad,***

puede mostrar tanto confianza o entusiasmo, como agresividad; *la duración,* es el tiempo que empleamos en la emisión de un sonido; *la velocidad o tempo* como el titubeo, incertidumbre o la prisa; ***sonidos fisiológicos y emocionales,*** como el bostezo, la risa, el llanto, el sollozo, la tos; ***los elementos cuasi-léxicos*** como ¡uf!, ¡pss!; y ***el silencio,*** pues la ausencia de sonido también comunica.

El tono de voz es uno de los componentes más destacados por los pacientes, ya que refleja estados emocionales; de esta forma, un volumen de voz demasiado bajo puede comunicar inseguridad o temor, mientras que, si es muy elevado, agresividad o prepotencia; un tono insípido y monótono produce sensación de inseguridad o agarrotamiento. El tono asertivo debe ser uniforme y bien modulado, sin intimidar al otro, pero basándose en la seguridad. La entonación y la modulación de las palabras son también importantes a la hora de transmitir emociones y juegan un papel decisivo en la empatía. Conviene tenerlas muy presentes a la hora de manejar situaciones difíciles, dar malas noticias, resolver situaciones de agresividad, etc. (Rodríguez et al., 2011, p. 408).

5.1.3. La Proxémica

El uso y significado de los espacios es otro elemento importante en el lenguaje no verbal. En relación a la proxémica,

> podemos decir que se trata de una disciplina que tanto estudia las maneras (mayoritariamente) inconscientes como las personas estructuran, utilizan y perciben el espacio en el proceso de la interacción diaria, quiere decir, la proximidad y el alejamiento entre los interlocutores durante la interacción, sus

posturas, gestos y la presencia o ausencia del contacto físico, como la organización del espacio en edificios y el diseño de ciudades. (Schmidt, 2013, p. 91)

Existen tres tipos de elementos proxémicos a través de los cuales las personas estructuran sus espacios (Hall, 1963), ellos son:

- Fijos: Existen dos tipos: las configuraciones internas (culturalmente específicas) y las externas al entorno, como la arquitectura o diseño del espacio. El diseño del espacio permite entender la organización y el funcionamiento de una cultura.
- Semi fijos: Son aquellos que permiten influir en la interacción con el otro, desanimando a interactuar, como los hospitales, o facilitando, como los cafés.
- Dinámicos: Es la forma en que las personas usan los elementos fijos y semifijos para favorecer, afectar o anular la interacción.

Además de los elementos, existen 4 tipos de distancias esquematizadas por Hall (1972), ellas son:

- Distancia íntima: Se produce cuando existen interacciones cercanas, diferenciándose dos tipos: la fase cercana, característica de las relaciones amorosas y de la lucha, predominando el contacto físico; la lejana, que plantea una distancia de 15 a 45 cm.
- Distancia personal: A esta acceden las personas cercanas como amigos o compañeros de trabajo. La fase cercana plantea una distancia de 45 a 75 cm en la cual una persona puede retener a otra; la lejana, está entre 75 a 120 cm, es lo que se conoce como “a un brazo de distancia”.

- Distancia social: Espacio destinado a las relaciones sociales sin profundidad, como los vecinos. La fase cercana, con una distancia de 120 cm a 2 metros, permite tratar asuntos impersonales, relaciones laborales o las reuniones sociales informales; la lejana, con una distancia de 2 a 3.5 metros, es la utilizada en las oficinas de personas importantes.
- Distancia pública: Es aquella donde no existe ninguna posibilidad de contacto físico. La fase cercana, con una distancia de 3.5 a 7.5 metros, permite obrar evasiva o defensivamente ante la existencia de una amenaza; la lejana, a 9 metros, es aquella a la cual se manejan los personajes públicos.

Basado en el análisis de Hall, Infante (2005) propone reducir de cuatro a dos los espacios, visión que cobra validez en un box clínico.

Por **espacio personal** vamos a entender aquella situación en la que el individuo tiene elección personal a la hora de establecer una relación espacial con otros individuos. En este espacio vamos a incluir tanto el espacio íntimo como el espacio que el individuo considera "aceptable" a
la hora de comunicarse con otros individuos. Este espacio personal delimita el "territorio" propio al individuo (Infante, 2005, p.9).

Por **espacio social,** en cambio, vamos a entender aquel tipo de espacio en el que el individuo, aun teniendo en algunos casos poder de decisión sobre su estructura, no tiene el control del mismo. Se trata de ese "territorio" que el individuo tiene que compartir con otros individuos
cuando interactúa socialmente, en nuestro caso será en el aula (Infante, 2005, p.10).

6. La Comunicación en Salud y sus Principales Modelos

6.1. La Salud y sus Determinantes

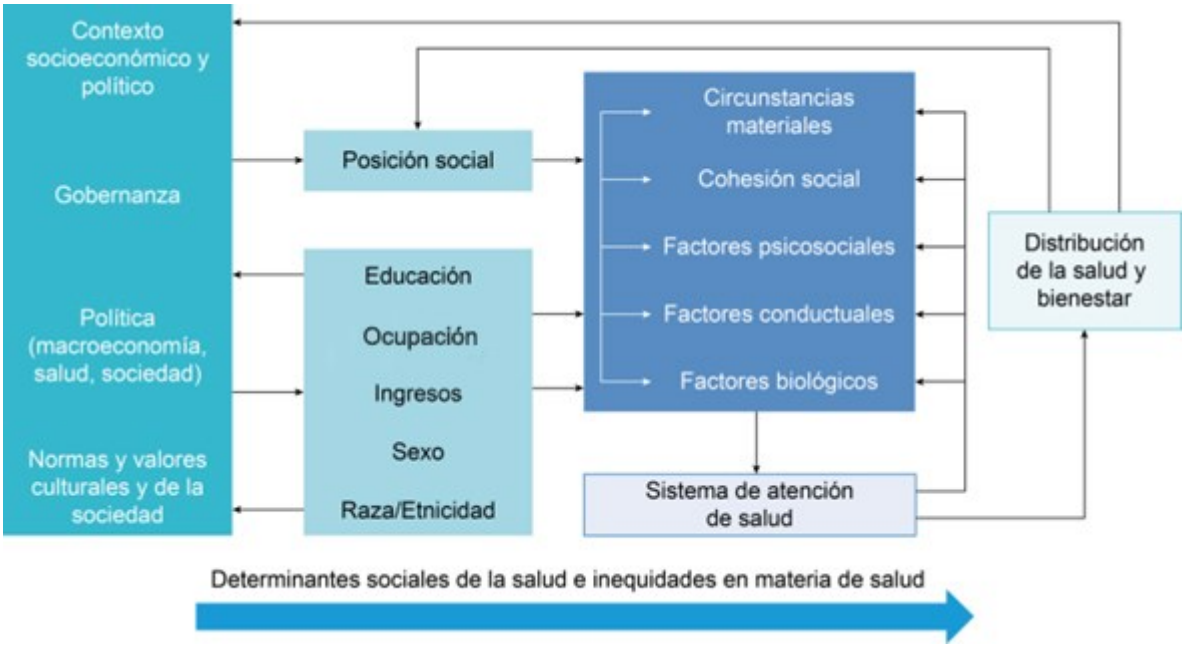
El concepto de salud ha ido cambiando desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 lo definió como el estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia de enfermedades. El año 2000 la definición abarcó el concepto de nivel necesario para poder trabajar y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven; esto implica aspectos físicos, mentales, sociales, económico-productivos y funcionales adaptativos (De La Guardia Gutiérrez, M. y Ruvalcaba Ledezma, J., 2020).

Desde fines del siglo XX ha ido consolidándose una visión más social que biomédica al momento de entender la salud y los factores que intervienen en ella.

En este abanico de dimensiones cobran importancia las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definidas por la OMS como “conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud” (OMS, 2009). En este modelo de determinantes sociales pueden distinguirse al menos tres niveles: el primero de ellos es el *estructural* dado por la posición social de la persona, donde interactúan los contextos sociales, políticos, económicos y culturales; el segundo es el *intermedio,* que se diferencia por la condición familiar, escolar, laboral y por las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; el tercero es el determinante *proximal*, representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia (Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S. y Calderón, C., 2017).

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

En la siguiente figura se describe el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomiendan la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS para su abordaje.



6.2.- La comunicación en salud.

La comunicación en salud ha sido definida como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional. Se ocupa de la prevención de enfermedades, las políticas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y los individuos. Es un campo totalmente multidisciplinario: además de ciencias de la salud y de la comunicación, se enriquece con la antropología, la sociología, la psicología, la neurociencia y la ingeniería, entre otras disciplinas.

Durante muchos años la comunicación para la salud fue entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores de manera instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades entre la población, como una manera de construir una realidad (Díaz 2011, p.35). Sin embargo, la posición dominante desde 1980, es que la comunicación en salud es fundamental en la prevención de las enfermedades, la difusión de las políticas sanitarias y para mejorar la calidad de vida de las comunidades y los individuos; surge así un campo totalmente multidisciplinario que se enriquece con la antropología, la sociología, la psicología, la neurociencia y la ingeniería. En la década de 1970 se crea en Estados Unidos la Asociación Internacional de Comunicación (ICA), con sede en Washington D.C., la cual creó un grupo de comunicaciones terapéuticas en 1972, que en 1975 cambió su nombre a Comunicación para la Salud *(Health Communications),* denominación que fue más allá de la relación interpersonal médico-paciente para incluir especialidades como la comunicación organizacional, la creación de contenidos, la persuasión, el marketing social y los efectos de los medios de comunicación (Busse y Godoy, 2016).

Existe una distancia entre los avances logrados por la medicina y la aplicación de estos por el público. Nos encontramos con la situación de que los profesionales sanitarios tienen grandes conocimientos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, pero no saben cómo comunicarlos de manera efectiva a la sociedad. Esta dificultad es el foco central del área de comunicación para la salud, enfatizando:

- El estudio de la naturaleza y la función de los medios necesarios para hacer que los temas de salud lleguen y produzcan un efecto en las audiencias objetivo.
- La calidad de la comunicación interpersonal en los locales de salud, por ejemplo, entre el médico y el paciente.
- La comunicación entre miembros de una organización, por ejemplo, en instituciones de salud.

El alcance de los medios de comunicación masiva, así como el diseño, la ejecución y la evaluación de campañas de comunicación (Alcalay, 1999, p.193).

6.2.1. Modelos de comunicación en salud.

Una de las primeras disciplinas dedicadas a explicar los procesos comunicacionales y conductuales en relación al bienestar físico y la enfermedad ha sido la psicología de la salud, la cual puede ser entendida como la aplicación de las técnicas y conocimientos científicos al diagnóstico, la prevención o la modificación de cualquier comportamiento relevante el objetivo de lograr la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la evaluación y tratamiento de enfermedades específicas, así como el mejoramiento del sistema sanitario (Oblitas, 2008).

Otro de los principales objetivos de la medicina es la adherencia terapéutica, definida como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia

sanitaria (Ortega Cerda, Sánchez Herrera, Rodríguez Miranda & Ortega Legaspi, 2018).

La psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia (Ortiz & Ortiz 2007), donde destacan cinco planteamientos:

-*Teoría Social Cognitiva.* Sugiere que cualquier cambio de conducta se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada, esta habilidad se denomina autoeficacia percibida (Bandura, 1982).

-*Teoría de la Acción Razonada:* Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta, señalando que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo (Ajzen & Fishbei, 1980).

-*Modelo de Creencias en Salud:* Plantea que la probabilidad de que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá del grado de motivación e información que tenga sobre su salud, la autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (percibir la condición como amenazante, estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y la percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud (Rosentock, 1974).

-*Modelo transteórico:* Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Prochaska & Di Clemente, 1982).

-Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales: Demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual (Fisher J, Fisher W, Miscovich , Kimble , Malloy, 1996).

6.3. Modelo Biomédico

Para el análisis de la comunicación interpersonal en salud tomaremos como base el modelo informacional, donde el emisor (profesional de la medicina) es el actor principal de la comunicación, con capacidad para modelar y dirigir a placer la conducta del receptor; dicho emisor ha dominado la relación médico-paciente, lo que ha derivado en que el profesional sanitario haya establecido un vínculo asimétrico basado en su saber y reforzado en la simbología (delantal blanco, estetoscopio, lenguaje técnico), con habilidades de comunicación interpersonal prácticamente ausentes y prestando nula atención a las características de los destinatarios (Díaz, 2011).

Hasta mediados de la década de 1970, este modelo biomédico, fuertemente influenciado por el paradigma lineal, dominaba sin contrapesos la práctica clínica. Tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y de la física newtoniana e integra los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica (Baeta, 2015). La comunicación en el modelo biomédico está marcada por el rol del emisor, a cargo del galeno, donde el paciente o receptor se limita a escuchar. Es decir, es una actividad de asistencia para ofrecer ayuda especializada a quienes han perdido su estado de salud (Mejía y Romero, 2017).

6.4. Modelo Biopsicosocial

El trabajo fundacional de la Escuela de Palo Alto, liderado primero por Bateson y luego por Watzlawick, es considerado el inicio de la *Health Communication* (Comunicación en Salud) contemporánea y surgió en torno al Mental Research Institute, fundado por Don Jackson a finales de los años 50. Nada de esto hubiera sido posible sin las Conferencias Macy y la gestación de la Cibernética y el concepto de feedback (Ugarte, 2006).

El paradigma interaccional pragmático impregnó la psiquiatría, la psicología e influyó en el desarrollo de las habilidades comunicacionales en áreas como la enfermería, dando importancia a variables sociales y emocionales. Este modelo fue propuesto por el psiquiatra George Engel en el año 1977, en oposición al modelo biomédico, influenciado por la teoría general de sistemas, e integra los niveles, biológicos, psicológicos y sociales de una persona. De este modo, proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud, aunque carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones que expliquen las múltiples causas presentes en los problemas de salud (Juárez, 2011) e intenten reflejar el funcionamiento real de las personas dentro de su contexto (Querejeta, 2009).

En este enfoque el elemento psicológico es relevante, más allá de la transmisión de una indicación o un tratamiento. Los pacientes (receptores) valorarán la empatía, definida por Borrell Carrió (2003) como “la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y evidenciarlo en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal, evitando hacer un juicio de valor”. La empatía no solo incluye elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente pueda ser enseñada y

ejercitada para transformarla en un hábito (Donoso, 2014). La gestión de la emocionalidad puede mejorar el rendimiento terapéutico al otorgar un valor semiológico a signos contextualizados en una visión integradora (Fernández y Franco, 2005), lo que significa que cuando la comunicación se realiza con afecto y calor humano, la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza (Saa, 2008).

Lo social de este modelo involucra el reconocimiento de las variables socioeconómicas y culturales que son parte de los antecedentes de los usuarios de la salud. El contexto sociocultural funciona como mediador entre el médico y el paciente, ya que todo juicio sobre la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propias del grupo al que pertenece el enfermo (Laín Entralgo, 1983). La diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro. La experiencia que cada sujeto tiene de la enfermedad que padece depende del lugar que ocupa en la constelación de actores, discursos, prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural-contextual de la enfermedad (Mucci, 2008).

A contar de la década de 1980 la comunicación en salud comienza a tomar forma como disciplina, entendiéndose como el arte y la técnica de informar, influenciar y motivar a los individuos, las instituciones y el público general sobre temas de salud importantes, enfatizando la promoción de la salud, las políticas sanitarias, el financiamiento y el mejoramiento de la calidad de vida de los miembros de una comunidad (Alcalay, 1999).

6.5. Modelo de Salud Familiar

A fines de la década de 1980 comienza a ganar influencia una nueva visión en salud que combina la terapia familiar sistémica, originada en la Escuela de Palo Alto, con el reconocimiento de la influencia de la cultura y la importancia de la comunidad en el manejo de las enfermedades: El *Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario* que se sustenta en las personas, la corresponsabilidad en el cuidado de los equipos profesionales y el tejido social representado por la comunidad. Todo lo anterior, coordinado para garantizar la atención en la promoción, prevención, curación y rehabilitación desde un abordaje integral, garantizar la continuidad a lo largo de su vida y en distintos escenarios clínicos (Dois et al., 2016).

Este modelo de salud, influenciado por el paradigma sociocultural, puede verse reflejado en el esfuerzo mexicano de Hernández-Torres et al. (2006), quienes proponen cuatro modelos de comunicación médico-paciente. Esta aproximación, a pesar de no haber permeado aún en la práctica clínica, tiene el valor de intentar dar coherencia a la interacción clínica. El primero de ellos establece que las *tres funciones del médico* consisten en recolectar información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar su conducta para lograr el mejor manejo. El segundo enfoque, centrado en el paciente*,* plantea que éste necesita comprender el significado de la enfermedad, mientras que el médico debe entender los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas que tiene su consultante. La tercera propuesta, en tanto, es el abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente*,* que considera que este núcleo de personas relevantes puede influir en la salud y la enfermedad. Finalmente, se propone el modelo de autoconocimiento del médico, cuyo enfoque supone que el propio

reconocimiento de sus sentimientos puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos.

Saliendo del box de atención y avanzando hacia lo comunitario encontramos influencias del paradigma sociocultural en el Modelo de Comunicación para el Cambio Social, que involucra la participación comunitaria y el compromiso de los actores y sujetos del cambio, apropiándose del proceso y de los contenidos comunicacionales. Considera el idioma y pertinencia cultural para fortalecer el saber comunitario y promover el intercambio de conocimientos en condiciones equitativas (Gumucio-Dagron, 2011).

En la misma línea del modelo de salud familiar, pero agregando el factor ambiental, está el modelo socio-ecológico el cual postula que el ambiente físico puede afectar la práctica de actividad física a través de factores como las condiciones climatológicas, el modo de transporte utilizado o la percepción ambiental del entorno próximo que tenga cada individuo (Solana, 2013).

6.6. Promoción en Salud

A mediados de la década de 1980, la comunicación en salud da un giro hacia los medios de comunicación y sus potencialidades como vehículos de transmisión de mensajes. En ese escenario surge la promoción de la salud descrita como un proceso que busca fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, los grupos y las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud; es la piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública, reduciendo la carga de morbilidad y mitigando el

impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico (Minsal, 2015).

El papel que juegan los medios de comunicación en la promoción de la salud quedó reflejado en 1986 a través de *La Carta de Ottawa*, la cual definió a la Promoción de la Salud como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla, estableciendo, además, que los medios de comunicación son actores claves para dicha promoción. Once años más tarde, la *Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI*, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en julio de 1997, indicó que la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional y a las nuevas tecnologías de comunicación (Universidad de Granada, 2018).

El impacto de la promoción de salud ha sido estudiado en potencias económicas como Estados Unidos, observándose efectos positivos, como los datos estadísticos reportados en 1996 que muestran que, como resultado de los programas de prevención y promoción, las muertes por sida disminuyeron notablemente, la natalidad en adolescentes comenzó a descender y la esperanza de vida aumentó al nivel máximo de 76,1 años; y cómo gracias a intensas campañas en los medios de comunicación, entre 1996 y 1997 la mortalidad por cáncer de mama tuvo una reducción importante en el estado de California (Alcalay, 1999).

7. Las Representaciones Sociales (RS)

Serge Moscovici creó el concepto de *representaciones sociales* (RS) y lo publicó en 1961. En su sentido más amplio, condensan cómo piensan sus integrantes y corresponden a una forma de pensamiento social, arraigado desde el saber común y orientado a la comunicación, entendimiento y dominio del entorno social, tanto de lo que es como de lo que podría llegar a ser (Jodelet, 1986).

La teoría de Moscovici (1979) plantea que las representaciones sociales son abstracciones expresadas desde un individuo sobre algo o alguien; una institución, un contenido, una metodología, un acontecimiento, un reglamento y que “las representaciones individuales o sociales hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser” (p.39); orienta y prepara al individuo para la acción, modela su comportamiento y, simultáneamente, remodela elementos del medio para que ese comportamiento tenga lugar. Se han convertido “en instrumento para comprender al otro, para saber cómo conducirnos ante él e, incluso, para asignarle un lugar en la sociedad” (Jodeler, 1986,p.472).

Desde la perspectiva del análisis y estudio de las representaciones sociales, Moscovici (1979) plantea tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

La información es la disponibilidad de conocimiento con el que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, saberes y contenidos, que existen en torno a un objeto y/o fenómeno social y “esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas” (Mora, 2020, p.10). El campo de representación, señala Moscovic (1979),

“se relaciona con la organización de conocimientos que posee un grupo, con respecto a un objeto social” (p.25) pueden ser juicios, creencias, elementos culturales, significados dados, etc. Finalmente, en relación a la actitud, corresponde a la orientación favorable o desfavorable de un individuo o grupo hacia el objeto, implicando un comportamiento o motivación; una reacción ante un estímulo (Moscovic, 1979). En consecuencia “a partir de la información que se comparte con el grupo y los significados que le son atribuidos al objeto de representaciones sociales se adoptan posturas y se ejercen acciones” (Cuevas, 2016, p.121).

La complejidad del estudio de las representaciones sociales deriva de su principal condición, que éstas no se expresan ni se observan directamente, sino que para acceder a ellas deben abordarse a partir de sus componentes verbales y sus discursos. Abric (2004) plantea que el estudio de las representaciones sociales requiere de la utilización de métodos que, por una parte, busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la representación y, por otra, conocer la organización de esos elementos e identificar el núcleo central de la representación. Lo anterior involucra dos problemas metodológicos, el de la recolección de las representaciones y el del análisis de los datos obtenidos. Paralelamente, debe tener un acabado trabajo en el ámbito de la construcción del objeto de estudio, la perspectiva teórica y metodológica, determinar sujetos, en tanto grupos, poblaciones, estratos o conjuntos sociales y determinar las dimensiones del contexto sociocultural (Gutiérrez, 2015).

7.1. Las Representaciones Sociales en Salud

Considerando que *salud* es una representación social construida con creencias y prácticas en torno a ella, las RS ayudan a la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos sanitarios y patológicos y a la reflexión sobre la complejidad del encuentro entre la ciencia y el sentido común (Moreno, 2015). También son una herramienta valiosa para entender el entramado de relaciones y comunicaciones a través del cual se construye, deconstruye y reconstruye el conocimiento, tomando como base la cultura, la memoria colectiva, en permanente conflicto con la ciencia (Banchs, 2007).

En el caso de las personas con diabetes mellitus, la representación social no concuerda con los conceptos de la historia ni el curso natural de la enfermedad que son manejados desde la perspectiva biomédica, sino que predominan los aspectos emocionales, las creencias religiosas y la idea de curación que es incompatible con la fisiopatología de la enfermedad, que sólo admite el estado de buen control metabólico (Torres-López et al., 2005) y en el caso de la hipertensión arterial, definida clínicamente como una patología asintomática, quienes han sido diagnosticados con esta patología mencionan los mareos y el dolor de cabeza como sus principales síntomas (Ofman et al., 2015).

Respecto a RS de médicos y pacientes, los primeros se centran en brindar un servicio profesional y humano, en constante peligro por las barreras que impone el paciente y la falta de capacidad del sistema de salud; mientras que los segundos centran su representación social en la capacidad de los profesionales de la salud de brindar un servicio profesional y humano que les permita mejorar su calidad de vida.

Estas son opuestas en cuanto a quién es percibido como responsable de no cumplir con los objetivos terapéuticos (Herrera Medina et al., 2010).

8.- La Comunicación Médico-Paciente

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente.

Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos. (Moore et al., 2010).

8.1. El Método Clínico

La semiología es la ciencia que estudia los síntomas (molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad como dolor, náuseas o vértigo) y los signos (manifestaciones objetivas o físicas de la enfermedad como la observación de ictericia, palpación de un aneurisma abdominal o la auscultación de un soplo cardíaco), cuyo objetivo es llegar a conocer las manifestaciones de la enfermedad y finalmente llegar al diagnóstico (Gazitúa, 2007).

La interacción médico-paciente se organiza a través de un método compuesto por la anamnesis -que busca recabar la mayor cantidad de antecedentes clínicos- el examen físico, la formulación de un diagnóstico y la entrega de indicaciones. La

anamnesis es ejecutada a través de la entrevista médica, caracterizada por su complejidad, e incluye factores cognoscitivos, afectivos y conativos orientados hacia el diagnóstico, la relación médico-paciente y el tratamiento; lo anterior obliga a que el médico requiera de una gran información acerca del paciente, la que se obtiene por la vía de la historia clínica, el interrogatorio y el examen físico (Rivera Michelena y Blanco Horta, 2001).

8.1.1. La Entrevista Médica

La comprensión del alcance y el dominio de la técnica en la aplicación de la entrevista es una habilidad fundamental en la medicina, siendo definido como un diálogo terapéutico entre el facultativo y el consultante, estructurado, el que puede arrojar un diagnóstico acertado cerca del 75% de las veces (Sogi et al., 2006). La entrevista médica incluye elementos verbales y no verbales entre dos personas que interactúan, con el propósito de obtener información semiológica del entrevistado que permita llegar a un diagnóstico presuntivo sobre su enfermedad actual (Campo-Cabal et al., 2006). Este encuentro tiene diferentes etapas, las cuales son, habitualmente, recepción, identificación, interrogatorio, examen físico, manejo de exámenes complementarios, información, medidas terapéuticas y despedida (González Menéndez, 2004).

En la interacción clínica debe existir la transferencia de datos, historias, signos y síntomas; pero más importante es cuando el paciente transfiere sus experiencias en torno a sentimientos como el amor, el odio, sus contradicciones o dependencias emocionales, lo que significa que mientras más significativa sea la relación médico-

paciente más probable es que ocurra este intercambio simbólico; por el contrario, la contratransferencia es un proceso inconsciente que ocurre cuando el médico responde frente a la transferencia del paciente de un modo similar a relaciones pasadas significativas (Cuba-Fuentes et al., 2016).

Para el adecuado desarrollo de la interacción son importantes las **características del lugar**: un ambiente adecuado, que garantice la confidencialidad, bien iluminado, ventilado y temperado; **tiempo**: organizado para no generar problemas de contratransferencia, transmitiendo con claridad de cuanto se dispone, evaluando caso a caso; **anotaciones**: quien consulta aumenta su ansiedad al ver tomar anotaciones simultáneamente a la realización de la entrevista, por lo que no es aconsejable hacerlo, además mientras se registran las anotaciones se pierden datos importantes que se dejan pasar y queda la sensación de que la o el profesional no prestó la suficiente atención; **tipos de preguntas**: existen preguntas abiertas o no sugestivas que posibilitan respuestas no limitadas, permitiendo que el paciente hable con libertad y preguntas cerradas, que limitan las respuestas, con pocas alternativas para responder. Cualquiera sea la elección, la formulación debe ser sutil, intentando profundizar, sin tratar de influir en la respuesta; **transiciones**: permiten al entrevistador desarrollar un camino para lograr el objetivo terapéutico, detectando y manejando las muchas ocasiones en que surgirán temas irrelevantes y se omitirán otros más importantes. Estos cambios de tema pueden ser manejados con *transiciones suaves* si se desea cambiar el tema de conversación mediante una declaración adecuada y cortés (“Lo que acaba de decir me genera la siguiente duda…”); mediante *transiciones acentuadas*, donde es abandonada la cortesía e introducido enfáticamente un nuevo

tema, sin olvidar el previo (“Si valora el feminismo, ¿por qué pide que su novio pague la cuenta?”); o con una *transición abrupta* (“Ha hablado bastante de su trastorno emocional, ¿será porque encontró a su pareja con otra persona en su casa?”), esta última utilizada por malos entrevistadores, con errores en la técnica, sin empatía y descontextualizada (Campo-Cabal et al., 2006).

En la comunicación médico-paciente interactúan códigos de significados que confieren sentido a la experiencia en el plano cognitivo, afectivo, actitudinal y conductual, influidos por el contexto cultural, existiendo un modelo tridimensional: biomédico, emocional y sociocultural.

> La primera resalta la influencia directa de la comunicación sobre la fluidez en el interrogatorio para integrar diagnósticos certeros, la consolidación del apego al tratamiento, el manejo de información y asesoramiento para la atención terapéutica y preventiva. Desde otro enfoque, la segunda analiza el involucramiento emocional de los participantes durante la relación, así como el desarrollo de la respuesta empática y la inteligencia emocional. La última encausa la comunicación partiendo de la comprensión de la historia de vida del paciente, a través de las narrativas del padecer que dan el encuadre social, cultural y antropológico. (Hamui-Sutton et al., 2015, p.17).

8.1.2. El Examen Físico

Es el otro pilar fundamental del método clínico y permite identificar los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo a través de la vista, el tacto, el oído, el olfato. Las etapas del examen físico son *inspección,* que se centra en el aspecto general de la persona, su actitud, cómo se desenvuelve y comunica, observando los aspectos más específicos como si evidencia preocupación, angustia o depresión, o signos evidentes como ictericia, lesiones cutáneas o temblores de origen neurológico; *palpación,* usando las manos con delicadeza para percibir textura, humedad, temperatura, dolor, la presencia de alguna masa y su tamaño; *percusión,* que son golpes suaves que producen sonidos audibles y vibraciones palpables. Ellos permiten distinguir si los tejidos por debajo contienen aire o son más sólidos; *auscultación,* a través de la cual se escuchan ruidos pulmonares, cardíacos, gastrointestinales o arteriales (Gacitúa, 2007).

8.1.3. Las Barreras en la Interacción Clínica.

Por barrera entendemos aquel obstáculo que bloquea la efectividad de la entrevista médica, la cual tiene por esencia la recolección de datos, establecer una relación terapéutica e implementar un plan de tratamiento (Pupo, 2003).

Las barreras pueden ser:

- *Físicas*: Como en las personas mayores, la pérdida de la visión y audición afecta negativamente a nivel funcional, psicológico y social, pudiendo ser causa de discapacidad y dependencia, aumentando además el riesgo de deterioro cognitivo (Vázquez Sánchez, 2018).

- *Psicocognitivas:* Las personas mayores tienen mayor riesgo de desarrollar depresión, pérdida de la independencia y disminución de la autoestima e identidad; a lo que se suman niveles más bajos de alfabetización y educación formal. Estos últimos incrementan la probabilidad de necesitar la compañía de un tercero al momento de consultar con especialistas médicos, situación que redunda en una menor participación del adulto mayor en la toma de decisiones de los cuidados que requiere (Roter, 2001).

-Culturales: Las creencias culturales de cada individuo pueden influir en la percepción de las personas respecto a sus patologías y afectar su búsqueda de información o ayuda (Belintxon y López de Dicastillo, 2014). Las actitudes, estereotipos o mitos sobre las personas mayores por parte de los trabajadores de la salud y las creencias acerca de sus patologías pueden transformarse en una barrera cultural que afecta la relación entre ambas partes (García-Vera et al., 2016).

Los estereotipos pueden ser un obstáculo en el diálogo terapéutico. Por estereotipo entendemos una representación repetida frecuentemente que convierte algo complejo en algo simple. Es un proceso reduccionista que suele distorsionar lo que representa, donde por definición se hace énfasis en algunos atributos en detrimento de otros, como por ejemplo “mujeres débiles”, “gallegos brutos”, “judíos tacaños”, “inmigrantes ilegales”, “negros atorrantes”, “bailarines homosexuales”, “gitanos ladrones” o “gordas feas” (Gamarnik, 2009). Desde la microsociología, podemos afirmar que cuando el estereotipo es despreciativo, infamante y discriminatorio, se convierte en un estigma, del cual pueden mencionarse tres tipos: Primero están las distintas deformidades físicas; en segundo lugar están los defectos de carácter del individuo, como la falta de voluntad, las pasiones tiránicas o

antinaturales, las creencias rígidas y falsas, la deshonestidad, las perturbaciones mentales entre otras; y por último, los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia (Goffman y Ginsberg, 1970).

Los médicos sobreestiman sus habilidades de comunicación, creen que su interacción es satisfactoria, mientras que los pacientes piensan lo contrario afirmando que el lenguaje que usan está cargado de tecnicismos y de una terminología compleja que el otro no entiende, perdiéndose gran cantidad de información (Díaz, M. et al., 2022).

8.2. Modelos de Comunicación Médico-Paciente

Desde México, Hernández-Torres et al. (2006) proponen cuatro modelos de comunicación médico-paciente:

- El primero de ellos, denominado de las “tres funciones del médico” consiste en recolectar información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar su conducta para lograr el mejor manejo.
- El segundo enfoque está “centrado en el paciente” y plantea que éste necesita comprender el significado de la enfermedad y el médico entender los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas que tienen su consultante.
- La tercera propuesta es “el abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente”, que considera que este núcleo de personas relevantes puede influir en la salud y la enfermedad.

- Finalmente, el “modelo de autoconocimiento del médico”, que parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos.

Los españoles Emanuel y Emanuel (1999), también postulan cuatro modelos, pero en lugar de hablar de comunicación médico-paciente, los designan como relación médico-paciente. La tipificación alude más bien al rol o actitud del médico.

- Está el *paternalista*, donde el médico es quien decide qué es lo mejor para el paciente, sin importar su opinión.
- El *informativo*, que entrega todos los datos relevantes de cada una de las alternativas terapéuticas existentes para que el consultante tome la opción que considere más apropiada a su contexto.
- El *interpretativo*, muy similar al anterior, pero donde priman los valores del enfermo más allá de las consideraciones técnicas.
- El *deliberativo*, donde las indicaciones son acordadas entre el médico y el paciente.

8.3. La Relación Médico-Paciente

Es el aspecto más sensible y humano de la medicina y requiere de una buena comunicación del facultativo con el enfermo, mostrando un interés real por su problema (Moreno Rodríguez, 1998). La relación médico-paciente es el acto central de la práctica médica y se basa “en el contexto comunicacional interpersonal, aspecto donde el profesional ofrece al enfermo confianza, comprensión y seguridad, para restaurar y mantener la salud” (Mucci, 2008, p.70).

La relación médico-paciente tiene una dimensión sociocultural donde existe una vinculación directa entre el éxito terapéutico y el reconocimiento de las variables socioeconómicas y culturales que son parte de los antecedentes de los usuarios de la salud, actuando como mediadores entre la comprensión de la patología y el sistema de creencias y convenciones propias del grupo al que pertenece quien consulta (Laín Entralgo, 1983). La diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro. La experiencia que cada sujeto tiene de la enfermedad que padece depende del lugar que ocupa en la constelación de actores, discursos, prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural-contextual de la enfermedad (Mucci, 2008).

También existe una dimensión bioética en la relación médico-paciente centrada en el vínculo que se genera entre ambos. Particularmente, se enfoca en lo relativo al uso o abuso de poder, ya que la posición preponderante que tiene el médico puede ir en desmedro del ejercicio de la voluntad del paciente, interfiriendo en su individualidad y libertad (Ribeiro-Alves, 2012). La relación médico-paciente tiene connotaciones éticas que definirán el rol que asumirá cada una de las partes para ir más allá de la enfermedad. Esta incorporará paulatinamente sentimientos, principios y vivencias personales; respetando la autonomía, la dignidad y el consentimiento en cada una de las decisiones clínicas (Gajardo y Lavados, 2010).

En las últimas décadas comenzó a percibirse una crisis en la práctica de la relación médico-paciente y un desplazamiento de las habilidades clínicas y comunicacionales y la exploración física, subestimándolas y excluyéndolas. Se hizo necesario considerar al paciente en todo su contexto, con sus aspectos bio-psico-

sociales, su dignidad inalienable, basándose en una relación de escucha activa, confiriendo especial relevancia al dominio antropológico y narrativo, tomando como referencia el relato, interpretación y experiencia de padecer. Esto permite un diálogo terapéutico fecundo, que se va construyendo lentamente, palabra a palabra, diálogo a diálogo, que se basa en la confianza, que comparte decisiones y por sobre todo, que permite alcanzar la beneficencia en confianza y que, mediante la empatía, respeta la autonomía y dignidad del paciente (Christensen, 2019).

8.4. Efectividad de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente

En la década de 1970, las competencias clínicas en medicina incluían conocimiento técnico, exploración física y resolución de problemas médicos. Actualmente, la comunicación es considerada una habilidad clínica básica, que debe ser aprendida y que mejora los resultados de la atención (Kurtz, 2002). De acuerdo con lo anterior, “una entrevista médica bien ejecutada puede llegar al diagnóstico en hasta el 76% de los casos” (Moreno Rodríguez, 2000, p.109), y la principal causa en la falta de adherencia terapéutica sería de origen comunicacional (Hernández-Torres et al., 2006).

Entonces, una comunicación efectiva disminuiría en el enfermo su angustia y los síntomas que motivaron la consulta, mejoraría su satisfacción y apego al tratamiento, además de reducir sus quejas y eventuales demandas (Petra-Micu, 2012).

Las características de la comunicación efectiva han sido esquematizadas en cinco principios básicos (Kurtz, 2002). El primero es la importancia de la interacción

médico-paciente, más allá del simple traspaso de información, ya que mejora la precisión del diagnóstico y la construcción de una relación de confianza.

El segundo principio es la necesidad de reducir la incertidumbre del paciente, ganando su atención, explicando claramente la enfermedad que lo afecta, manejando sus expectativas.

Como tercer argumento se cita la efectividad, entendida como los resultados clínicos que se obtienen dentro del contexto creado entre quien consulta y el médico tratante.

El cuarto supuesto se refiere al dinamismo, definido como el compromiso con el paciente y la flexibilidad que debe tener el médico para buscar nuevos enfoques cuando sean requeridos para fortalecer los resultados terapéuticos.

Finalmente, se sugiere seguir un modelo helicoidal en lugar de un modelo lineal para establecer la comunicación. De esta forma, la repetición, la reiteración, la retroalimentación, son elementos esenciales de una comunicación efectiva. El desarrollo de habilidades de comunicación y el mantenimiento de esta competencia, requieren una reiteración a lo largo del tiempo, ya que las habilidades se profundizan y aplican en diferentes contextos.

Otra propuesta comunicacional destinada a mejorar los resultados terapéuticos es la que plantea Briozzo (2007), quien habla de la comunicación asertiva como un pilar para reformular un nuevo vínculo sanitario. Este enfoque está sustentado en la asertividad, respetando los valores y derechos de la otra persona y permitiendo la sucesiva construcción de la confianza con los pacientes, sus familias y la comunidad.

8.5. La Comunicación Patológica

Watzlawick, Beavin y Jackson en *Pragmatics of Human Communication* (publicado luego en español como *Teoría de la Comunicación Humana*), relacionaron sus axiomas con trastornos que pueden manifestarse en la comunicación humana.

Respecto al primer axioma, una persona que no quiere comunicarse con otra, si está imposibilitada de irse físicamente, tiene la opción de rechazar la interacción o descalificarla a través de incongruencias, cambios de tema, oraciones incompletas o malentendidos. También un mensaje no verbal puede ser un síntoma: “No soy yo quien quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control, por ejemplo, mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad, mi mala vista, el alcohol, la educación que he recibido, los comunistas o mi esposa” (Watzlawick et al., 2017, p.80)”.

Los trastornos pueden ocurrir a nivel del contenido y la relación. Pueden estar en desacuerdo en ambos planos, o en el contenido y no en la relación, o viceversa “y de particular importancia clínica son todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona” (Watzlawick et al., 2017, p.82).

Están también los impases interaccionales que se dan en la puntuación de la secuencia de los hechos. Como en el caso de aquella persona que no cuenta con la misma información que el otro, pero no lo sabe. Por ejemplo, el Dr. Fierro envía un correo a Margarita para que asista a su control cardiovascular en dos semanas, previa confirmación. Ella recibe el mensaje, responde y queda a la espera del día y la hora exacta. Por alguna causa misteriosa, el médico no recibe la respuesta y se siente

defraudado de la mala adherencia terapéutica. Margarita al no recibir la información del control, siente molestia por la falta de preocupación de su tratante.

> Lo que podemos observar en casi todos estos casos de comunicación patológica es que constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación; en otras palabras, hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse. (Watzlawick et al., 2017, p.94).

8.5.1. La Teoría del Doble Vínculo

A mediados del siglo pasado, Bateson, luego de observar la interacción clínica en las personas diagnosticadas de esquizofrenia, formuló los elementos de la teoría del doble vínculo (Bateson et al., 1956).

- La interacción de dos o más personas, donde una de ellas es designada como víctima y la acción puede ser infligida por la madre, padre o hermanos, o una combinación de todos los anteriores.
- Una experiencia en la víctima que es tan reiterada que pasa a ser habitual.
- Un mandato primario negativo como "*no hagas eso o te castigaré" o "si haces esto, te castigaré".*
- Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto. Este mandato se comunica mediante
  medios no verbales como la postura, el gesto, el tono de voz. Las implicaciones ocultas en el comentario verbal pueden chocar

con cualquier elemento de la prohibición primaria; por ejemplo, frases como *“no dudes de mi amor” o “no pienses lo que no debes hacer”.*

- Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo, como las promesas caprichosas de amor en un contexto de infidelidades.

De acuerdo a esta teoría, la víctima del doble vínculo recibe órdenes contradictorias o mensajes emocionales en diferentes niveles de comunicación, siendo castigado si no cumple las instrucciones e incapaz de escapar de esta interacción patológica; en esta situación comunicativa se imponen, reiterada y simultáneamente, dos mandatos antagónicos entre sí: uno a nivel de contenido o referencial y el otro a nivel de relación o conativo.

8.6. La Empatía

Este enfoque de asertividad está asociado al concepto de empatía, condición indispensable en el médico tratante y entendida como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. La empatía estaría asociada a una serie de atributos como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral y las actitudes positivas hacia la tercera edad (Alcorta-Garza et al., 2005).

Según Borrell Carrió (2011) la empatía es la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y evidenciarlo en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal, evitando hacer un juicio de valor. A diferencia de la simpatía, no se produce un

contagio emocional, y el clínico sabe separar las emociones propias de las del paciente. La empatía no es un sentimiento, es una actitud que gatilla una conducta.

Borrell Carrió reflexiona sobre la empatía en la práctica clínica reconociendo la existencia de favorecedores y precursores, como un ambiente cordial que al favorecer manifestaciones empáticas es capaz de movilizar contenidos profundos en ambos interlocutores. También un profesional que se muestra atento e interesado en la narración muestra empatía.

De la misma forma, existen aspectos del paciente que pueden interferir en la comunicación, los que el profesional de la salud debe conocer y manejar, como que tenga una apariencia muy distinta al clínico, huela mal o vista de manera descuidada o sucia, exprese su motivo de consulta con mucha dificultad o mucha lentitud, no entienda lo que diga el o la profesional, exagere los síntomas, añada nuevos motivos de consulta a medida que avanza la entrevista, dude del criterio del clínico o termine discutiendo con el facultativo.

La comunicación humana funciona por unidades de significación, de aquí la importancia del concepto de marcador. Borrell Carrió habla de *marcadores empáticos* y de *equivalentes empáticos*, sonrisa asimétrica, antagonismo de confrontación y empatías de cambio, catártica y exculpatoria, elementos que permiten analizar una entrevista clínica.

Un marcador empático puede ser brevísimo en el tiempo, pero siempre da a entender que nos hemos percatado de la emoción del paciente y que compartimos esta emoción. Existen marcadores gestuales (una expresión facial de pena, tocar el brazo del paciente en señal de apoyo emocional) o marcadores verbales (“Comprendo cómo

te sientes”). La forma y el momento escogidos para proferir estos mensajes darán el valor funcional de dichos marcadores.

Los equivalentes empáticos son frases que pueden marcar los tiempos en la interacción clínica y que refuerzan la conducta empática. Los cinco más importantes son:

- Confirmación de respeto: ‘‘Tómese su tiempo’’.
- Apoyo: A nivel no verbal, ofrecer un pañuelo si el paciente comienza a llorar.
- Confirmación de valía: ‘‘Usted es capaz de esto y mucho más’’.
- Juicio de legitimación: “Tiene derecho a sentirse así’’, ‘‘es lógico’’.
- Juicio de normalización: ‘‘La mayor parte de las personas se sienten así’’.

Asimetrías de sonrisa: Si el paciente efectúa varios intentos durante la entrevista en un asunto que considera importante, como el miedo a morir, y no obtiene respuesta, calificará al profesional como frío o antipático.

Antagonismo de confrontación: Ocurre cuando el profesional de la salud percibe que el paciente se hace daño a sí mismo y debe introducir una conducta verbal o no verbal que opone, critica, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del consultante. Por ejemplo, es el caso de aquella persona depresiva que, estando compensada, manifiesta que no es capaz de trabajar y el tratante afirma que sí lo está y que cumple con todas las condiciones para hacerlo de manera exitosa.

Empatía de cambio: Tiene una función práctica: consiste en emitir frases o gestos empáticos con la finalidad de cambiar el tono emocional de la relación. Por ejemplo, un paciente entra enojado al box de atención y la profesional le hace notar lo bien que le queda su camisa o lo buenos que están sus exámenes.

Empatía catártica: El entrevistador pone de manifiesto al paciente una conducta o una emoción de este. Por ejemplo, una paciente comienza a llorar porque siente tristeza, ante lo cual el tratante afirma que hace bien llorar y le pasa un pañuelo.

Empatía exculpatoria: Se usa con pacientes que le atribuyen al médico o profesional de la salud un error clínico.

> Los precursores y los favorecedores de la empatía dan a la entrevista un clima que propicia peticiones de empatía por parte del paciente. Una ausencia de precursores da a entender al paciente que está frente a un profesional frío y cortante. (Borrell Carrió, 2011, p.392)

La empatía no solo incluye elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito (Donoso, 2014).

Es necesario que el clínico logre empatizar con quien consulta y transmita con claridad una hipótesis diagnóstica y las correspondientes indicaciones, siendo receptivo a las dudas y aprehensiones del usuario/usuaria. En esta interacción es fundamental la circularidad, concepto que nace de los postulados de la cibernética de Wiener (1949), quien habló de feedback para explicar cómo un sistema alcanza el equilibrio a partir de una serie de autocorrecciones sucesivas, idea que es tomada por la Escuela de Palo Alto para definir que la esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción, donde existe una influencia mutua que genera acciones y retroacciones (Rizo, 2011).

8.7. El Lenguaje del Cambio y la Terapia Sistémica Breve

Watzlawick (2012) plantea que entendemos el mundo y, por ende, las enfermedades, de acuerdo a nuestras creencias y sentimientos, por lo tanto una intervención terapéutica debe rediseñar nuestra interpretación de la realidad. En esta transformación cognitiva la comunicación es una herramienta clave para el cambio conductual a través del lenguaje, el cual crea y describe la realidad, influye en cómo la percibimos, genera una acción en la persona y en los demás. Cada uno de los hemisferios cerebrales funciona de manera distinta: el izquierdo tiene afinidad por lo digital, es objetivo, lógico, analítico, vinculado a la razón, al pensamiento científico, a la sintaxis de las palabras y las representaciones semánticas. El derecho procesa las imágenes, las metáforas, los símbolos, los recuerdos vinculados a la emoción, las sensaciones, la creación musical. El lenguaje del cambio apela a este hemisferio porque se encarga de producir las representaciones globales de la realidad o concepciones del mundo y la llave de ingreso es lo analógico, la comunicación no verbal (Moulian, 2002).

Volviendo a Watzlawick (2012), en su libro *El Lenguaje del Cambio* dedica tres capítulos a plantear los pilares de una nueva estrategia terapéutica. En el capítulo 6 explica las formas lingüísticas del hemisferio derecho, donde enfatiza las potencialidades del humor, el uso de imágenes visuales, la música, la plasticidad del verso a través de la poesía y los aforismos para instalar una idea o rescatar la potencia movilizadora de un recuerdo. En el capítulo 7 detalla cómo es posible bloquear el hemisferio izquierdo a través de la hipnosis; la prescripción de un síntoma en lugar de su combate, como en el caso de aquella persona cuyo esfuerzo por dormirse lo

mantiene despierto (“entonces no se duerma”); el desplazamiento del síntoma (“le dolerá en las tardes o en algunos días de la semana”); la ilusión de las alternativas (“si sale cara, gano y si sale sello, pierdo”), y las reestructuraciones, como en la situación donde la misma botella es vista por el pesimista medio vacía y por el optimista medio llena. Finalmente, en el capítulo 8 plantea lo complejo que resulta prescribir los comportamientos necesarios para definir normas de acción con el propósito de definir y lograr metas claras.

Esta mirada es precursora de la *terapia sistémica breve* que nació en el Mental Research Institute de Palo Alto gracias al trabajo de Jackson, Haley, Watzlawick, Weakland y Fisch. Dicho modelo terapéutico propone intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas, posicionando al sujeto en otra perspectiva, percibiendo la realidad de manera diferente, destrabando los bloqueos, reduciendo la angustia y la ansiedad, modificando las conductas rigidizadas, generando mejores relaciones interpersonales y un bienestar consigo mismo (Ceberio, 2016).

En el proceso de cambio conductual, los elementos no verbales, el lenguaje corporal y los componentes comunicacionales inherentes al contexto donde ocurre el diálogo (Watzlawick et al., 2017) son capaces de participar en la creación de significados. En la práctica, la interacción clínica entre el profesional de la salud y la persona que consulta es multimodal al usar textos, gestos, figuras, maquetas y la comunicación oral (Mayerhofer, 2013), por lo cual “adoptar un paradigma multimodal implica mirar la comunicación como un paisaje semiótico complejo, en el cual la lengua toma un estatus diferente en los diversos contextos (Haquin, 2011, p.5).

Para el éxito terapéutico es necesario que las indicaciones sean comprendidas por el o la paciente y, de esta forma, puedan generarse las mejorías terapéuticas. Este lenguaje del cambio debe ser capaz de darle sentido al contenido dentro de la relación clínica, metacomunicando (Watzlawick et al., 2017).

8.8.- Reflexiones Finales sobre la Comunicación Médico-Paciente

Resumiendo, en la interacción médico-paciente ambas partes pueden concordar en el contenido de su comunicación y en la definición de la relación. Ello ocurre cuando el paciente tiene un nivel educacional adecuado, entiende las indicaciones e intercambia sentido con el clínico; puede existir también un escenario absolutamente adverso en el que existe desacuerdo en el contenido y en la relación, como en el caso de alguien que va obligado a iniciar un tratamiento, argumentando su estado asintomático y su adhesión a terapias alternativas obtenidas en internet. Entre ambos extremos hay formas mixtas, como cuando "los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación…o cuando los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional" (Watzlawick et al., 2017, p. 82), lo que significa que la estabilidad de su relación se verá afectada cuando deje de existir la necesidad de acuerdo en el contenido. Es el clásico ejemplo de la persona que requiere de un fármaco psicotrópico por una situación emocional evidente, pero el médico desea descontinuar la prescripción lo más rápido posible. Cuando el profesional deje de entregar la receta, la relación terminará tensionándose. En nuestro estudio debemos identificar cada una de estas situaciones descritas y ver si existe o no una relación con los resultados terapéuticos.

Esta interacción puede ser analizada también profundizando en un concepto clave en la relación entre el profesional de la salud y el o la paciente: *el contexto*, sobre el cual Habermas (1992), plantean la existencia de una acción estratégica o teleológica asociada a una finalidad consciente; una acción regulada por normas, vinculada a valores compartidos legitimados por los sujetos en la vida social; planteando *la acción comunicativa* definida por la interacción de a lo menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que (ya sea con medios verbales o con medios extraverbales) entablan una relación interpersonal. “Los actores buscan entenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones” (Habermas, 1992, p. 124).

No puede producirse ni comprenderse un discurso sin que los participantes en la interacción manejen una cantidad considerable de conocimiento. Lo anterior posibilita que un usuario pueda entender qué es su enfermedad y cómo manejarla; el punto es que para que esto ocurra debe activarse esta información, ya que en el diálogo muchos datos se presuponen y omiten, no están presentes en el texto. Para lograr la comprensión de la enfermedad y sus consecuencias, tanto como para empatizar y captar si la persona enferma entiende lo que le pasa, deben generarse modelos mentales, los cuales son una representación individual, subjetiva, de un evento o situación en la memoria episódica, que es parte de la memoria a largo plazo. La estructura de los modelos mentales incluye escenario (tiempo, lugar), los participantes y sus varios roles, un evento o acción, la experiencia relacionada a estos últimos, las emociones. La representación mental de la situación comunicativa se hace con un

modelo mental específico que llamamos *modelo del contexto* o simplemente *contexto* (van Dijk, 2001).

Desde el punto de vista terapéutico, para generar un cambio conductual debe existir en la interacción clínica un proceso de interacción simbólica, donde el enfermo y el profesional tratante compartan significados comunes; particularmente en el caso de las enfermedades crónicas, las cuales además de asintomáticas influyen en el equilibrio de complejos sistemas fisiológicos, como también de las consecuencias que generan y se manifestarán en los próximos años. En esta interacción simbólica debe considerarse que las personas orientan sus actos hacia las cosas que son significativas para ellas, como los objetos físicos, redes familiares y de amistades, la comunidad donde estudia o trabaja; el significado surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con otros, existiendo la posibilidad de manipularlo y modificarlo mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que aparecen durante el transcurso de su vida, como las enfermedades (Blumer,1968).

Parafraseando a van Dijk (2015), lo complejo de la comunicación interpersonal en salud es que no puede producirse ni comprenderse un discurso sin que los participantes en la interacción manejen una cantidad considerable de conocimiento. Lo anterior puede transformarse en una barrera difícil de sortear, primero porque la distancia en el lenguaje técnico existente entre un médico y quien padece una patología crónica, salvo contadas excepciones, suele ser inalcanzable para un obrero, un jubilado o una asesora de hogar. Esta brecha hace muy difícil que el o la paciente comprenda qué es diabetes, dislipidemia, insuficiencia renal o hipertensión arterial y

cómo manejarla. De manera inversa, con los tiempos fijados por el Ministerio de Salud para realizar los controles de crónicos, es complejo que el médico y/o enfermera puedan entender el contexto de quien tienen al frente, menos las mediaciones que ocurren en el proceso donde el receptor del acto clínico procesa la información y construye la representación de la patología. De esta forma, nos encontramos en la situación siguiente: el médico presupone que el usuario tiene el conocimiento sobre sus enfermedades de base y éste último presupone que el profesional de la salud está consciente de su falta de conocimiento.

En nuestro trabajo de investigación planteamos que desarrollar una comunicación clínica contextualizada a las condiciones biopsicosociales del paciente constituye un pilar terapéutico que favorece la adherencia al tratamiento, enfatizando el análisis de los elementos del contexto social (nivel educacional, creencias, redes sociales de acompañamiento, lugar de residencia), con el propósito de permitir contrastar las mediaciones comunicativas predominantes que expliquen las actuaciones y desempeños de los participantes, basados en la consecución de los logros o fracasos terapéuticos.

Nuestro énfasis estará puesto en determinar los procesos de producción de sentido en la interacción clínica, en los lugares de trabajo, en el hogar de cada una de las personas, detectando las mediaciones culturales, bajo la premisa de que el receptor no es un mero decodificador del mensaje puesto por el emisor sino que también es un productor de significados (Martín-Barbero, 1987), convencidos de que es en la recepción donde se produce la comunicación, donde el sentido común está “resemantizando” los contenidos siempre dentro de ciertos límites y condiciones

(Orozco, 1997). En la interacción clínica, las mediaciones son múltiples, el receptor activa sus experiencias culturales, económicas y políticas siendo influido por la edad, el sexo, la clase social, el origen étnico y sus experiencias personales (Alcocer Cruz, 2013).

Nuestro análisis, desde la recepción, entra en abierta contradicción con el primer axioma de la Escuela de Palo Alto que afirma *"La imposibilidad de no comunicar"* (Watzlawick et al., 2017, p.49**),** postulado que define la comunicación como el intercambio de mensajes entre dos personas. De esta forma la actividad e inactividad, las palabras o el silencio siempre influyen sobre los demás.

9. Posicionamiento Teórico y Planteamiento de Matriz Evaluativa de los Procesos de Comunicación

La calidad de la comunicación médico-paciente es fundamental para incrementar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, la satisfacción del usuario y para promover la colaboración entre el médico y el paciente, poniendo el foco de la entrevista más que en el médico o en el paciente, en la relación de ambos.

> Unas buenas habilidades de comunicación se han relacionado con una mejora en la gestión del tiempo de consulta. Los médicos que han desarrollado aspectos como la empatía, la exploración de creencias, de diversidad y expectativas de los pacientes, como la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen. (Núñez, 2021, p.10)

¿Cuáles deben ser las características que debe tener esta interacción entre el médico y el usuario o usuaria para conseguir la adherencia terapéutica que se traduzca en mejorar la satisfacción usuaria y la efectividad clínica?

Para responder a esta pregunta podemos comenzar desde un enfoque más cercano al modelo biomédico y a la efectividad terapéutica, donde cobra valor el efecto de la comunicación en la salud y la enfermedad de las personas, aceptando que es fundamental para brindar un cuidado de alta calidad facilitar el intercambio de la información y favorecer que el paciente se involucre en la toma de decisiones (Stellyes, 2017).

En forma esquematizada podemos decir que para construir una matriz evaluativa de los procesos de interacción clínica que se darán en la comunicación médico-paciente, debemos considerar 3 dimensiones: comunicativa, sociocultural y empática.

Comunicativa	Sociocultural	Empatía
Comunicación efectiva - Interacción clínica - Claridad en la transmisión del mensaje. - Conducción del diálogo terapéutico - Efectividad y adherencia. - La importancia del receptor	**Importancia del contexto** - Setting - Behavioral Environment - Lenguaje Verbal -Extrasituacional	**Marcadores** -Gestos -Verbales
Comunicación no verbal -Kinésica -Proxémica -Paralenguaje	**Rol de las mediaciones** -Mediación cultural -Mediación situacional -Mediación referencial -Mediación tecnológica -Mediación institucional -Mediación afectiva	**Equivalentes** -Respeto -Apoyo -Valía -Legitimación -Normalización

Tabla 1. Dimensiones de la Comunicación Clínica. Elaboración propia.

9.1. Dimensión comunicativa

Está compuesta por todos los elementos verbales y no verbales que participan en el proceso de interacción clínica que ocurre entre un profesional de salud y la o el paciente. Incluye la comunicación efectiva y la comunicación no verbal.

9.1.1. La comunicación efectiva

La efectividad terapéutica, a través de la entrevista clínica, el diagnóstico y las indicaciones, puede construirse considerando (Kurtz, 2002) *la interacción clínica,* priorizando la construcción de confianza, evitar los registros en papel o computador al momento de la interacción, usando preguntas abiertas, no sugestivas; *la claridad en la transmisión del mensaje*, evitando los mensajes contradictorios, utilizando de manera coherente el lenguaje verbal y no verbal, sin los mandatos antagónicos entre sí a nivel de relación y contenido; *conducción del diálogo terapéutico*, con transiciones suaves, marcando los tiempos de acuerdo con el grado de aceptación del receptor; para que el mensaje sea comprendido; efectividad y Adherencia**,** entendidas como los resultados clínicos que se obtienen dentro del contexto creado entre quien consulta y el profesional tratante; *la importancia del receptor,* buscando nuevos enfoques y estrategias para lograr los resultados terapéuticos consensuados buscando la creación de sentido en la o el paciente.

9.1.2. La Importancia de la Comunicación No Verbal

¿Cuáles son los elementos de la comunicación no verbal que debemos considerar en la interacción clínica?

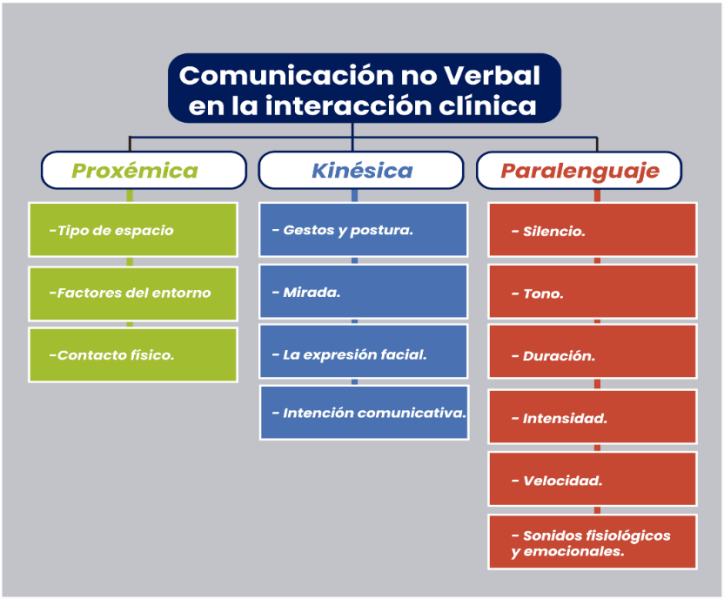


Tabla 2. Elementos a considerar en comunicación no verbal.
Fuente: Elaboración propia.

De las siete categorías propuestas por Knapp (1982) para clasificar los elementos que componen el sistema no verbal, es la kinésica, el paralenguaje y la proxémica las que cobran mayor importancia al momento de analizar la interacción clínica.

La kinésica: en la interacción clínica debe fijarse la atención en:

- Los elementos que faciliten el traspaso de información: los gestos y la postura, la expresión facial, la mirada (Rodríguez et al., 2011).

- Conocer cómo se estructuran y clasifican sus movimientos: según haya o no intención comunicativa; por su contenido expresivo; por su percepción sensorial, por su posición en el sistema comunicativo (Poyatos, 1970).
- Conocer los movimientos que son útiles en el diálogo terapéutico como los emblemas, los ilustradores, las muestras de afecto, los reguladores y los adaptadores (Poyatos, 1994).

El paralenguaje: El silencio, el tono, el timbre, la intensidad y la duración, son cualidades físicas del sonido que pueden determinar o precisar información que se entrega en el box de atención (Blanco, 2007).

La proxémica: Para el profesional este espacio es el lugar donde desarrolla cotidianamente sus rutinas de trabajo. Sin embargo, para quien consulta puede ser un espacio incómodo o vinculado a sentimientos dolorosos, es un contexto despersonalizador donde es despojado de su ropa, de su intimidad y de su individualidad (Diez, 2006). Actualmente, y para entender la importancia del espacio en la interacción clínica, sigue siendo útil el esquema propuesto por Hall.

Imagen 1.- Tipos de distancia según Hall (1972).

9.2. Dimensión Sociocultural

En este plano, la comunicación busca determinar las variables sociales involucradas en el desarrollo de la patología, así como la interpretación dada por la o el paciente a sus signos o síntomas físicos o psicológicos, considerando las mediaciones culturales. “Los relatos pueden constituirse en medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento del otro al propiciar contextos para la comprensión de lo que no se ha experimentado personalmente” (Hamui-Sutton et al., 2015, p. 21).

9.2.1. La Importancia del Contexto

Sobre este punto, van Dijk (2015) agrega que una de las complejidades de la comunicación interpersonal es que no puede producirse ni comprenderse un discurso sin que los participantes en la interacción manejen una cantidad considerable de conocimiento.

Al momento de la atención clínica deben considerarse las cuatro dimensiones del contexto (Duranti y Goodwin, 1992).

- La primera de ellas es la localización o marco socioespacial (Setting) que corresponde al marco social, espacial y temporal donde ocurre la interacción observada.
- Behavioural Environment (comportamiento no verbal). Tiene que ver con la forma en que las personas usan sus cuerpos y los signos no verbales para estructurar su discurso.
- El lenguaje verbal: El lenguaje crea realidades, mediante textos y discursos, y es clave para la interpretación.

- El contexto extra situacional: Estos datos se obtienen a través de la anamnesis, donde es fundamental conocer el nivel educacional, condiciones económicas, con quién vive el paciente, antecedentes de agresiones o accidentes, etc.

9.2.2. El Rol de las Mediaciones

El clínico debe ser capaz de determinar los elementos que determinan las mediaciones como las experiencias culturales, económicas y políticas, sus creencias religiosas, la edad, el sexo, la clase social, el origen étnico, el nivel educacional y las experiencias personales (Alcocer Cruz, 2013).

En la interacción clínica deben detectarse:

- Mediaciones culturales: Vinculadas a las creencias religiosas y la visión política y social.

- Mediaciones situacionales: Condiciones físicas y sociales donde ocurre la interacción.

- Mediaciones referenciales: Edad, género, raza, nivel educacional, condición socioeconómica.

- Mediaciones tecnológicas: Radio, televisión, redes sociales. de audiencia.

- Mediaciones institucionales: La familia, la escuela, el sistema de salud, la iglesia.

- Mediaciones afectivas: Relacionadas con el vínculo con el profesional tratante, con familiares o personas significativas que son capaces de modificar una conducta.

9.3. Dimensión Empática

Retomando a Borrell Carrió (2011), al momento de la interacción clínica debe reconocerse la existencia de favorecedores y precursores, como un ambiente cordial que es capaz de movilizar contenidos profundos en ambos interlocutores, sumado a una actitud de atención en la narración del motivo de consulta, o por el contrario, que tenga una apariencia muy distinta al clínico, huela mal o vista de manera descuidada o sucia, exprese su motivo de consulta con mucha dificultad o mucha lentitud, no entienda lo que diga el o la profesional, exagere los síntomas, añada nuevos motivos de consulta a medida que avanza la entrevista, dude del criterio del clínico o termine discutiendo con el facultativo.

La comunicación humana funciona por unidades de significación, de aquí la importancia del concepto de marcador. Borrell Carrió habla de marcadores empáticos y de equivalentes empáticos.

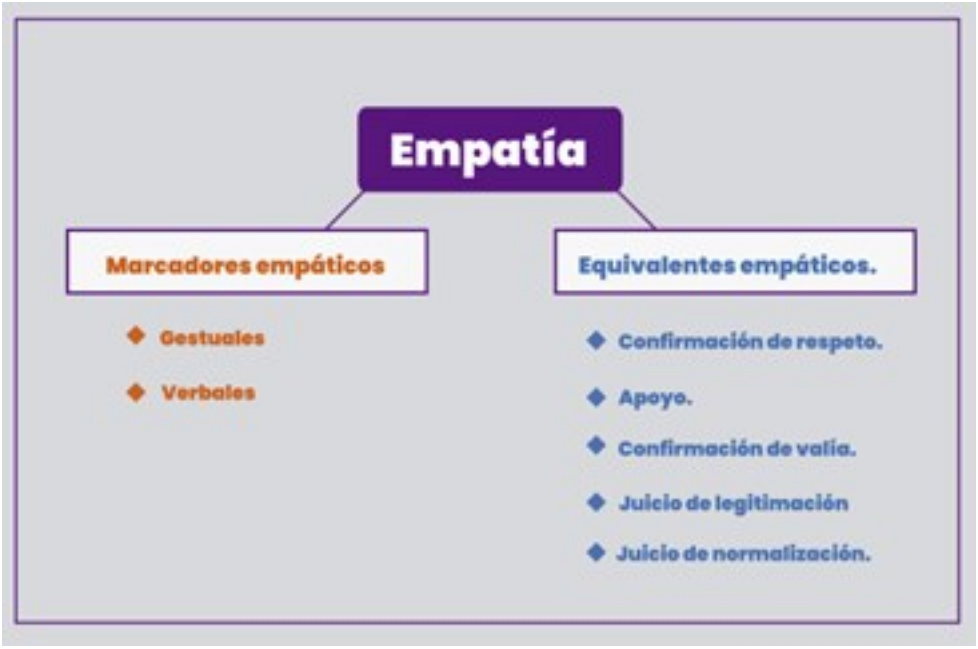


Tabla 3. Unidades de significación según Borrel Carrió.

Existen marcadores gestuales (una expresión facial de pena, tocar el brazo del paciente en señal de apoyo emocional) o marcadores verbales (‘‘Comprendo cómo te sientes’’). La forma y el momento escogidos para proferir estos mensajes darán el valor funcional de dichos marcadores.

Con estos antecedentes, sustentamos teóricamente que una comunicación clínica contextualizada a las condiciones biopsicosociales del paciente constituye un pilar terapéutico que favorece la adherencia al tratamiento, enfatizando el análisis de los elementos del contexto social (nivel educacional, creencias, redes sociales de acompañamiento, lugar de residencia) con el propósito de permitir contrastar las mediaciones comunicativas predominantes que expliquen las actuaciones y desempeños de los participantes, basados en la consecución de los logros o fracasos terapéuticos.

9.4. Matriz Evaluativa del Proceso de Interacción Clínica

Considerados los antecedentes expuestos es importante proponer una estructura que permita guiar de manera efectiva la interacción clínica considerando los elementos incorporados en las dimensiones comunicativa, sociocultural y empática.

Inicio de la interacción clínica.

-**Saludo:** Tono de voz amable, usando el nombre de la persona, levantándose del asiento y estrechando la mano mirando a los ojos.

-**Comienzo del diálogo terapéutico:** Deben utilizarse frases empáticas que propicien el diálogo sin influir o interrumpir…dígame, ¿en qué puedo ayudarla?

- Identificación del motivo de consulta: Con esta información se enfocará el desarrollo de la entrevista o anamnesis.

La Entrevista Clínica.

- Organizar el tiempo.
- Evitar realizar registros en papel o computador al momento de la interacción.
- Usar preguntas abiertas, no sugestivas.
- Utilizar de manera coherente el lenguaje verbal y no verbal, evitando los mandatos antagónicos entre sí a nivel de relación y contenido.
- Conducir el diálogo terapéutico usando transiciones suaves y evitar las acentuadas o abruptas, con preguntas abiertas no subjetivas.
- Identificar las mediaciones que están influyendo en la interacción clínica.
- Entender las representaciones de la enfermedad que están presentes en la persona que consulta.
- Examen físico: Explicar lo que se busca y lo que se puede encontrar.

Diagnóstico e indicaciones.

- Explicar la hipótesis diagnóstica considerando las mediaciones detectadas en la entrevista y las representaciones de la enfermedad.
- Chequear si comprendió el alcance del diagnóstico y la patología involucrada.
- Explicar las indicaciones terapéuticas y las eventuales complicaciones de las patologías considerando los elementos del contexto de la persona que consulta.
- Verificar la comprensión del diagnóstico y de la importancia de ejecutar de manera correcta las indicaciones.
- Cierre de la interacción.
- Resumir con claridad las características de la enfermedad y sus eventuales consecuencias.
- Consultar si existe alguna duda respecto a la patología o sobre el plan terapéutico.
- Lograr el compromiso de la o el paciente de seguir las indicaciones y volver a control.
- Si es necesario, derivar a profesionales de apoyo para reforzar la adherencia terapéutica.

10. Estado del Arte Sobre Modelos y Estilos de Comunicación en Salud

10.1. La Comunicación en la Relación Médico-Paciente (RMP)

Desde el punto de vista comunicacional, la RMP es una relación asimétrica, porque existe una diferencia de conocimientos clínicos y un nivel distinto en el dominio del lenguaje, lo que genera que sea el profesional de la salud quien sabe y conduce a un sujeto pasivo portador de alguna dolencia, generando una relación de agencia en la cual el paciente delega la autoridad al agente, el médico (Núñez, 2021).

Para mejorar los resultados terapéuticos es necesario que el clínico logre empatizar con quien consulta y transmita con claridad una hipótesis diagnóstica y las correspondientes indicaciones, siendo receptivo a las dudas y aprehensiones del usuario/usuaria. La evidencia sugiere que un proceso clínico de excelencia debe incluir no sólo información anamnésica, de laboratorio o de medicina basada en la evidencia, sino también todos aquellos factores que promueven una relación clínica saludable y un proceso de toma de decisiones coordinado con los valores y preferencias del paciente (Krogh et al., 2019).

En esta interacción es fundamental que las indicaciones sean comprendidas por el o la paciente y de esta forma puedan generarse los cambios y las mejorías terapéuticas. Sobre este punto debemos recordar que la comunicación no sólo transmite información, sino que define relaciones, dándole sentido al contenido dentro de la relación clínica, metacomunicando (Watzlawick et al., 2017).

10.2. Investigaciones Sobre la Comunicación en la Relación Médico-Paciente

Cófreces et al. (2014) analizaron la literatura científica entre 1990 y 2010 con la finalidad de conocer qué se escribió sobre la comunicación en la relación médico-paciente en las bases de datos electrónicas Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), Dialnet (Universidad de la Rioja, España), MEDLINE (National Library of Medicine), Oxford Journals (Oxford University Press), CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) y Pubmed (US National Library of Medicine). De los resultados se concluye que altos niveles de adherencia se asociaron con modelos de comunicación que consideran las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes y permiten un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión, destacando que los factores que más influyen en los pacientes para adherir al tratamiento son la calidad de la interacción comunicativa que se establece con el médico y la ausencia de barreras institucionales.

En México, Soria et al. (2011) entrevistaron a 200 pacientes y evidenciaron que cuanta más información reciben sobre sus patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial y artrosis) mejor es la adherencia terapéutica; para ellos lo más importante era saber con detalle cómo controlar su enfermedad y así prolongar su vida, lográndose mejores resultados en el sector público mexicano que en las clínicas privadas.

La autonomía también permite conseguir logros terapéuticos. Por ejemplo, en un hospital de Lima, los factores asociados a una buena percepción de la relación médico-paciente son elegir su médico, ser usuario joven y ser atendido por una médica (Mendoza et al., 2016).

Existen elementos que ponen en riesgo la calidad de la interacción, siendo la asimetría en la información uno de ellos. Guerrero Vaca (2022) tras realizar una búsqueda en bibliotecas virtuales como MedlinePlus, Scielo, New England Journal of Medicine y Harvard Health Journal, encontró 142 artículos, los cuales al ser analizados incluyeron una crítica a la asimetría que se da en la interacción (quinto axioma de Watzlawick, Beavin y Jackson) donde la transferencia del usuario al médico tratante termina en un nivel de paternalismo y la contrarreferencia tiende a situar al profesional en un pedestal de sabiduría, una especie de eminencia. Desde el punto de vista de la relación (segundo axioma) dependerá de la edad del consultante: si es un niño, el médico tiende a ser más carismático, más extrovertido, usa palabras más coloquiales y sin mucho tecnicismo; ante un adolescente, es más cuidadoso, procurando no generar ambientes de desconfianza; ante un adulto, provee la información de la mejor manera posible, ya que las personas tratadas presentan un nivel más alto de atención; finalmente, ante un adulto mayor es fundamental la escucha empática.

Esta asimetría en la información vuelve a aparecer en la investigación de Núñez (2021), realizada en la Clínica Ipensa y el Instituto Central de Medicina de La Plata, Argentina, en base a entrevistas en profundidad a ocho directivos y médicos y a dieciséis pacientes de dichos sistemas, concluyendo que la autonomía del paciente se reduce a consentir las recomendaciones del profesional, debido a que existe una asimetría de la información entre ambos; se considera a la capacidad técnica como algo básico, siendo la empatía, la escucha y la claridad del lenguaje lo verdaderamente importante para los usuarios.

Por una parte, el factor económico puede marcar la forma en como se comunica un pronóstico al momento de iniciarse los cuidados paliativos en la etapa terminal de una enfermedad, y por otro lado, una interacción empática ayuda a tomar decisiones al final de la vida y respetar la autonomía, principalmente desde la visión de los familiares de enfermos con cáncer fuera del alcance terapéutico. A través de una metodología cualitativa, utilizando el paradigma hermenéutico fenomenológico, se entrevistaron once familiares y cuidadores primarios, y se utilizó el análisis temático y el método de van Manen. Los resultados muestran que la relación que establecieron los médicos fue diferente dependiendo del tipo de hospital, si era público o privado (Ordóñez Vázquez y Monroy Nasr, 2021).

En Alicante, España, analizaron si la variable económica, pero ahora vinculada al tiempo utilizado en cada una de las consultas en box, afecta la calidad de la interacción clínica. Participaron veinticuatro médicos y veintidós enfermos. Los primeros determinaron la existencia de una relación directa entre el escaso tiempo de consulta, el exceso de carga asistencial, la ausencia de recursos específicos, el conflicto con los pacientes complejos y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Por su lado, los pacientes vincularon consultas masificadas, de breve duración, con dificultades de comunicación con el médico con el error y el conflicto en el encuentro clínico. Por lo tanto, los procesos de relación médico-paciente juegan un papel mediador entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos.

En un estudio realizado en Bogotá se evidenció que existiría un alto nivel de incomprensión entre el médico y el paciente, con una tendencia a desligarse de la mayoría de las responsabilidades y obligaciones necesarias para mantener la relación equilibrada, involucrándose lo mínimo para no perder o salir lastimado, impidiendo que los médicos y los pacientes perciban la interacción como proceso de construcción activa, en el contexto del sistema de salud (Herrera Medina et al., 2010).

11.- Problema de Investigación

Existe la sensación generalizada de que la medicina ha perdido el norte ante la excesiva medicalización de la vida y la muerte, los altos costos de los tratamientos, los enfermos reducidos a consumidores y los médicos cada vez con menos poder frente a la industria (O'Mahony, 2019).

Este agotamiento del método clínico (Moreno Rodríguez, 1998), sustentado en el modelo biomédico que considera el cuerpo como una estructura biológica que integra los hallazgos clínicos y los datos de laboratorio con el propósito de clasificar y tratar las enfermedades (Baeta, 2015), puede explicarse por la sobre especialización de la profesión médica, el excesivo uso de la tecnología, la mercantilización de la salud y una deficiente comunicación médico-paciente (Cisneros et al., 2013).

Para Briozzo (2007), los cuestionamientos al método clínico surgen porque es la relación médico-paciente la que está en crisis debido a actitudes incorrectas y éticamente cuestionables de algunos galenos, en un sistema institucional hostil, sumado a la arrogancia y al aumento de los errores diagnósticos y terapéuticos; a lo que se suma que el modelo actual de la medicina es mecanicista y centrado en la

relación médico-enfermedad, lo que genera una relación médico-paciente deteriorada, deshumanizada, comercializada e hiperespecializada (Durá, 2006). En este escenario es el médico quien pregunta, opina y toma las decisiones, llegando incluso a interrumpir al enfermo a los 18 segundos de haber empezado a contar sus síntomas (Cisneros et al., 2013).

La comunicación es considerada una habilidad clínica básica que mejora los resultados de la atención (Kurtz, 2002), permite llegar al diagnóstico en el 76% de los casos (Moreno Rodríguez, 2000, p.109), aumenta la satisfacción, el apego al tratamiento, disminuye la angustia y los síntomas que motivaron la consulta, (Petra-Micu, 2012); por lo tanto, podemos concluir que una de las causas de la falta de adherencia terapéutica es una comunicación deficiente (Hernández-Torres et al., 2006), dificultad que se profundiza ante una evidente falta de destrezas y habilidades comunicacionales en gran parte de los médicos (García-Vera et al., 2016).

Otra de las causas que explican el fracaso del método clínico es el error que cometen los profesionales de la salud al no considerar la acción de los sujetos reales y la dimensión de su subjetividad cultural en el estudio de los perfiles de salud-enfermedad. Esta situación ha ido cambiando en América Latina al comenzar a considerarse en el análisis de las relaciones entre la salud y la sociedad las desventajas sociales estructurales de grandes sectores de la población, así como también el rol de las mediaciones culturales en relación a los conceptos de enfermedad, muerte, problemas de salud, sexualidad, alimentación y representaciones culturales (Saint Martin, 2007) y el análisis de las mediaciones buscando comprender

cómo se sostienen los medios y los tipos de mensajes, las expresiones y los contenidos, en la atención primaria de salud (Pedrosian, 2013).

A modo de conclusión, en la comunicación clínica que surge de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, los significados no se transmiten, lo que el emisor entrega son datos, las indicaciones, diagnósticos y pronósticos. Durante décadas, los profesionales de la salud de Chile han desconocido que la comunicación comienza cuando el receptor (consultante) puede entender su enfermedad.

El modelo biomédico desconoce y el modelo biosicosocial no profundiza el contexto cultural: visiones de mundo, estilos de vida y creencias de la persona respecto a su dolor en las patologías agudas o ausencia de síntomas o signos en las enfermedades crónicas.

El modelo biomédico sigue dominando el método clínico. De ahí su agotamiento y ahí también la importancia de estudiar las interacciones clínico-comunicacionales y las mediaciones existentes en la comprensión o incomprensión de las enfermedades.

11.1. Objeto de Estudio

En este trabajo se estudiará la comunicación interpersonal clínica que surge de la relación entre el médico o médica con un grupo de individuos portadores de patologías crónicas cardiovasculares, inscritos en el Centro Comunitario de Salud Familiar (Cecosf) Barrios Bajos de Valdivia, Región de Los Ríos.

11.2. Planteamiento de la Investigación

11.2.1. Hipótesis

Hipótesis teórica: La comunicación clínica adecuada a las condiciones del paciente constituye un pilar terapéutico que favorece la adherencia al tratamiento.

Hipótesis de trabajo: El estudio de casos etnográficos de ciclos terapéuticos en pacientes crónicos del Cecosf Barrios Bajos permitirá identificar los factores mediadores en el diseño y recepción de la comunicación clínica y su relación con la adherencia a las prescripciones de tratamiento por parte de los pacientes.

11.3. Objetivos de Investigación.

11.3.1. Objetivo General: Evaluar los procesos de comunicación en contextos clínicos conducidos por los médicos y profesionales de la salud del Cecosf.

11.3.2. Objetivos Específicos.

I.- Caracterizar los rasgos del contexto y situación de los procesos de comunicación clínica del Cecosf Barrios Bajos.

II.- Analizar los rasgos de los procesos de comunicación clínica conducidos por los médicos y profesionales de la salud del Cecosf.

III.- Contrastar las representaciones de los participantes sobre los componentes del proceso de comunicación clínica.

IV.-Contrastar las mediaciones comunicativas predominantes que explican las actuaciones y desempeños de los participantes.

V.- Evaluar el diseño de los procesos de interacción en atención a los rasgos del contexto y situación comunicativa.

12. Metodología

12.1. Estrategia Metodológica

12.1.1. La Etnografía

La etnografía es considerada una rama de la antropología dedicada a la observación y descripción de los diferentes aspectos de una cultura, comunidad o pueblo determinado; etimológicamente, significa la descripción (*grafé*) de cómo vive un grupo de personas (*ethnos*), siendo este último su unidad de análisis (Miguélez, 2005).

Para Clifford Geertz (1973) la etnografía es *Descripción Densa* -concepto que tomó de un ensayo de Gilbert Ryle- proceso en el cual el etnógrafo enfrenta una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, entrelazadas entre sí, las cuales debe leer y luego explicar, pero no sólo debe describir el comportamiento de las personas, sino también su contexto, para que pueda ser significativa para alguien ajeno a ella. Geertz propone un concepto de cultura esencialmente semiótico, un sistema de interacción de signos interpretables. donde el hombre está inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, con estructuras psicológicas mediante las cuales los individuos enfocan su conducta; por lo tanto, la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse múltiples fenómenos de forma inteligible, de manera densa.

Geertz para explicar la importancia de entender e interpretar una conducta en su contexto expone en el primer capítulo del libro “La interpretación de las culturas” el ejemplo de dos muchachos que contraen rápidamente el párpado del ojo derecho:
En uno de ellos el movimiento es un tic involuntario; en el otro, una guiñada de conspiración dirigida a un amigo. Los dos movimientos, como movimientos, son idénticos; vistos desde una cámara fotográfica, observados "fenoménicamente" no se

podría decir cuál es el tic y cuál es la señal ni si ambos son una cosa o la otra. Sin embargo, a pesar de que la diferencia no puede ser fotografiada, la diferencia entre un tic y un guiño es enorme, como sabe quien haya tenido la desgracia de haber tomado el primero por el segundo. El que guiña el ojo está comunicando algo y comunicándolo de una manera bien precisa y especial: 1) deliberadamente, 2) a alguien en particular, 3) para transmitir un mensaje particular, 4) de conformidad con un código socialmente establecido y 5) sin conocimiento del resto de los circunstantes. Como lo hace notar Ryle, el guiñador hizo dos cosas (contraer su ojo y hacer una señal) mientras que el que exhibió el tic hizo sólo una, contrajo el párpado. Contraer el ojo con una finalidad cuando existe un código público según el cual hacer esto equivale a una señal de conspiración es hacer una guiñada. Consiste, ni más ni menos, en esto: una pizca de conducta, una pizca de cultura y —¡voilà!— un gesto. (Geertz, 1973, p.23)**.**

12.1.2. Etnografía de la comunicación

Fue en el año 1964, en la revista American Anthropologist, cuando apareció por primera vez el concepto de etnografía de la comunicación de la mano del sociolingüista Dell Hymes, con la idea de unir la antropología y la lingüística con la premisa de que nuestra forma de comunicarnos depende de nuestra cultura y relaciones sociales.

La etnografía de la comunicación describe los procesos relacionados entre el habla y su uso, los tipos de eventos comunicativos y la interacción que se desprende de ellos; entendiéndose como un esfuerzo teórico destinado a comprender los datos del contexto asociados al lenguaje, más precisamente al habla (Hymes, 1977).

En la etnografía de la comunicación existen conceptos de aproximación al fenómeno de la interacción comunicativa. Ellos son: *situación, evento* y *acto.* Por *situación comunicativa* se entiende el contexto donde ocurren diversas situaciones asociadas al uso del lenguaje como una fiesta, un ritual o una atención clínica. Cuando hablamos de un *evento comunicativo*, nos referimos a las actividades o aspectos de las actividades, regidas por reglas o normas para el uso lingüístico, definidas en función de un contexto, con un principio y un final, con las mismas reglas de interacción; los eventos comunicativos son subdivisibles en unidades más pequeñas, estos son los *actos comunicativos,* donde una explicación, un chiste o una plegaria son ejemplos de ellos (Ballester, 2007).

12.1.3. Etnografía en Salud

La investigación etnográfica tiene registros de su preocupación por el comportamiento y las relaciones sociales en determinadas instituciones sanitarias, como hospitales psiquiátricos con Taylor (1977) y su libro "The custodians: attendants and their work at state institutions for the mentally retarded"; minorías sexuales marginadas (Guasch, 1991), o personas de la tercera edad (Vesperi, 1985).

Durante décadas la salud y la enfermedad han sido objeto de análisis desde lo cultural y lo social, casi exclusivamente por antropólogos y sociólogos, quedando los profesionales de la salud al margen y surgiendo cuestionamientos; lo cual ha ido cambiando gradualmente, imponiéndose la idea de la multicausalidad, que ha enriquecido el abordaje de los problemas de salud y ha favorecido que los investigadores sanitarios adopten paulatinamente métodos y técnicas que hasta ahora

eran de uso exclusivo de los investigadores sociales, abriendo espacio al uso de métodos y técnicas poco convencionales en el campo sanitario, como la observación participante (Amezcua, 2000).

Incluso en áreas de la medicina como la infectología, la etnografía ha surgido como una metodología emergente en la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), lo que ha permitido ir más allá de los problemas técnicos para demostrar que usando entrevistas y observaciones se pueden comprender los comportamientos de los equipos (Chacón, 2017); o indagar sobre el contexto de las prácticas médicas en las comunidades indígenas del Salar de Atacama, con el objetivo de develar la particularidad de las relaciones entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña. Ello dentro de un escenario étnico en transformación respecto de las relaciones sociales, económicas y culturales establecidas con la sociedad dominante (Chamorro y Tocornal, 2005). También la etnografía ha sido utilizada en un centro obstétrico de un hospital del Gran Buenos Aires con el propósito de analizar la dimensión espacio-temporal de la atención hospitalaria, poniendo énfasis en las rutinas médico-burocráticas de la admisión y la internación de mujeres en el centro obstétrico y las disputas, transacciones y negociaciones entre profesionales, pacientes y familiares (García et al., 2017); ha permitido evaluar las emociones en el contexto de un proyecto que evalúa la comunicación de riesgos de la resistencia a los antimicrobianos, experiencia que permitió de manera exitosa obtener y mantener el acceso al sitio de campo, resolver inquietudes éticas, manejar las relaciones con los participantes y presenciar el sufrimiento humano (Capurro, 2021), o

desde la observación participante analizar la insatisfacción creciente entre los pacientes y los profesionales de la salud (Benazet, 2003).

Sin embargo, es en el área de la enfermería donde ha alcanzado mayor desarrollo la etnografía, como una de las estrategias más utilizadas en la investigación sociosanitaria, debido a que el enfoque etnográfico permite la interacción con el objeto de estudio y el conocimiento desde la observación de la realidad en su contexto, alcanzando la comprensión del significado y la subjetividad que los profesionales otorgan a sus acciones, “este método es útil para entender cómo las personas se comportan en la vida real, tanto en los entornos donde se reciben intervenciones sanitarias, ya sea en la familia o en escenarios sociales donde se producen los comportamientos de salud” (Figueredo Borda, 2017, p.7).

Finalmente, la etnografía en el campo de la salud, además de ser útil en el proceso de investigación, puede ser usada en el mismo momento de la consulta médica, el diagnóstico y el tratamiento, considerando que el paciente valora ser escuchado y entendido como un sujeto que tiene una historia y que está envuelto en una cultura que se relaciona con su estado y las respuestas a lo que le sucede; además, es un método integrativo que se puede nutrir de múltiples herramientas para la recolección, análisis e interpretación de datos, lo que lo transforma en una opción para la evaluación del individuo por parte del profesional de las ciencias de la salud (Pérez Gómez, 2012).

12.2. Diseño de Investigación

El diseño propuesto es el estudio de casos etnográficos, caracterizado por la indagación empírica del objeto de estudio en el contexto en que emerge a través de múltiples procedimientos metodológicos.

La unidad de análisis de esta tesis doctoral será el ciclo terapéutico que recorre un paciente crónico en el Cecosf Pablo Neruda. Cada uno de estos ciclos corresponde a la evolución del paciente en el periodo comprendido desde su atención clínica, realizada por un médico, y su control seis meses más tarde con una enfermera.

Las unidades de observación son los comportamientos de los actores involucrados (profesionales de la salud y pacientes) detectados en los ciclos terapéuticos.

El esfuerzo irá dirigido a describir los procesos de comunicación y sus resultados, guiados por el supuesto de que a mayor calidad de la comunicación, mayor grado de adherencia terapéutica.

De los casos de estudio se registrarán las características de los procesos de interacción terapéutica presentes en los controles realizados por médico y enfermera a los portadores de enfermedades crónicas inscritos en el programa de Salud Cardiovascular del Cecosf Pablo Neruda, perteneciente al Centro de Salud Familiar (Cesfam) Externo de Valdivia. También se hará un seguimiento de los pacientes en sus contextos de vida cotidiana.

12.2.1.Técnicas de Recolección de Datos

La estrategia del estudio de casos se distingue por un pluralismo metodológico orientado hacia el objeto empírico y/o teórico de estudio. Las técnicas de recolección de datos se escogen en función de sus unidades de análisis y el foco de interés de la investigación, los que son indagados a través de diversos instrumentos de observación, con el propósito de proveernos una imagen contextualizada y minuciosa de ellos (Moulian, 2012, p. 245).

En este trabajo emplearemos la observación participante, la observación dirigida, la entrevista en profundidad y la entrevista focalizada.

La observación participante se basa en la idea de la existencia de muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria y deben ser interpretadas, comprendiendo los fenómenos involucrados y los diferentes componentes culturales de las personas en su medio, como las relaciones grupales, sus creencias, sus símbolos, rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres y sus valores (Amezcua, 2000).

La estrategia de investigación será el estudio de casos etnográficos a través de la cual abordaremos los objetivos específicos I, II, IV y V.

Para abordar los objetivos específicos III y IV serán empleadas las entrevistas cualitativas o en profundidad que tienen la ventaja de ser flexibles, dinámicas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas (Taylor y Bogdan, 2008). La entrevista en profundidad es una técnica para recopilar información sobre conocimientos, creencias, rituales de una persona o sobre la vida de una sociedad y su cultura, a través de una conversación personal en la que se busca que el entrevistado exprese de forma libre

sus opiniones, actitudes o preferencias sobre el tema objeto de estudio (Varguillas y Ribot de Flores, 2007).

En esta investigación está considerado aplicar una entrevista en profundidad al médico y enfermera tratante, a cada una de las doce personas usuarias del Cecosf y a personas del entorno del paciente, como sus familiares directos. En dichas entrevistas se registrarán y contrastarán las mediaciones comunicativas predominantes que explican las actuaciones y desempeño de los profesionales de la salud y de los enfermos participantes. Esta herramienta permitirá evaluar el diseño de los procesos de comunicación considerando el contexto social, económico y cultural donde se desarrolla la situación.

12.2.2. Tamaño y Selección de la Muestra

En esta tesis doctoral serán analizados doce ciclos terapéuticos, lo que en la práctica significa seleccionar a doce pacientes crónicos portadores de diabetes, hipertensión arterial y/o dislipidemia.

De acuerdo con el protocolo del Ministerio de Salud, un paciente crónico debe ser evaluado por médico y enfermera, o viceversa, cada 180 días; definiendo, por lo tanto, la duración de cada ciclo terapéutico.

La selección de la muestra de entrevistados será intencionada, buscando comprender los fenómenos y procesos sociales en toda su complejidad, y los factores que están mediando en la comunicación entre los profesionales de la salud y los enfermos crónicos.

La muestra estará compuesta de tres hombres y tres mujeres mayores de 65 años, además de tres hombres y tres mujeres menores de 65 años. La escolaridad también será considerada en la elección de los participantes.

En relación con la credibilidad de esta investigación cualitativa, según Martínez-Salgado (2012) debe construirse sobre los conceptos de transferibilidad y reflexividad: el primero significa que una descripción detallada y profunda de los fenómenos observados en un contexto analizado permitirá generalizar los resultados en contextos similares; mientras que la reflexividad involucra reconocer los matices de las relaciones intersubjetivas, registrar-analizar y reinterpretar lo observado.

13. Marco contextual

El Centro Comunitario de Salud Familiar (Cecosf) Barrios Bajos está ubicado en la ciudad de Valdivia, capital de la Región de Los Ríos, con una población de 166.080 habitantes.

El Cecosf Barrios Bajos depende administrativamente del Centro de Salud Familiar Externo de Valdivia (CEV). Esta unidad inició su funcionamiento el 30 de junio del 2006 en las instalaciones de la sede vecinal N°3 José Miguel Carrera construida en la década del 70, ubicada en Sotomayor N° 1131, Valdivia.

Barrios Bajos es considerado el barrio más antiguo y emblemático de la ciudad, un territorio en una constante resignificación en el que sus habitantes desplegaron en la década del cuarenta y cincuenta una lucha por la adecuación, mejoramiento y modernización, no abocándose solo al problema de la vivienda, sino también a la utilización extensiva de los ríos de la ciudad, lo que permitió a este sector convertirse

en un lugar de esparcimiento y a la vez un espacio de subsistencia, ya que se presentaron prácticas relacionadas con la pesca, la navegación y el comercio (Toledo, 2018).

Las actuales dependencias incluyen un box médico y un box multipropósito que se usa para enfermería y matrona. Consta además de Servicio de Orientación Médico Estadístico (Some), farmacia, comedor, sala de espera y baño, infraestructura muy por debajo del estándar requerido según las normas técnicas.

En la actualidad el Cecosf se encuentra funcionando con la siguiente dotación semanal: médico (44 horas), matrona (44 horas), enfermera (44 horas), técnico paramédico (108 horas), administrativo (88 horas), auxiliar de servicios (44 horas), asistente social (32 horas), educadora (5 horas), nutricionista (11 horas), psicólogo (8 horas) y kinesiólogo (3 horas).

Funciona de lunes a viernes entre las 8 de la mañana y las 17 horas, brindando atenciones de salud cardiovascular, salud mental, control de niño sano, morbilidad, entrega de medicamentos y alimentación complementaria, curaciones de heridas, aplicación de inyectables, toma de muestras y vacunación.

De acuerdo con el modelo original del Cecosf, el establecimiento fue creado para una población estimada de 1.000 familias o 5.000 personas individuales. Con una base de funcionamiento dispuestaa entregar las prestaciones básicas de la canasta de servicios para la atención primaria bajo el modelode atención que establece el Modelo de Salud Familiar. Actualmente atiende a la población inscrita que declara residencia en los sectores Población Beneficencia, Población Miraflores, Población Barrios Bajos, Población Villa Los Presidentes, Población Arica, sector Camilo Escobar, los sectores

CamiloHenríquez, Goycolea, Aníbal Pinto, Cochrane y alrededores de las calles enunciadas.

13.1. Programa de Salud Cardiovascular en Chile

En el año 2002 se combinaron los programas de hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM) dando origen al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) que busca prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares, así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus.

En la Orientación Técnica del Programa de Salud Cardiovascular de Chile (2017) se manifiesta como objetivo general es reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular, con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura.

Los criterios para ingresar al Programa de Salud Cardiovascular son:

- **Antecedente personal de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica:** Enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular y enfermedad carotídea.
- **Hipertensión arterial:** Personas de 15 años y más, en quienes se detecte una presión arterial sistólica (PAS) 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) 90 mmHg
- **Diabetes mellitus tipo 2** que cumplan uno o más de los siguientes criterios:

• Glicemia venosa > 200 mg/dl en cualquier momento del día, asociada a síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso).

• Dos glicemias venosas en ayuno de 8 horas ≥ 126 mg/dl2

• Glicemia ≥ 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 g. de glucosa en una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO).

- Dislipidemia

- Colesterol Total ≥ 240 mg/dl.

- Colesterol LDL ≥ 160 mg/dl.

- Tabaquismo.

13.2. Perfil Biopsicosocial en el Control de las Patologías Crónicas.

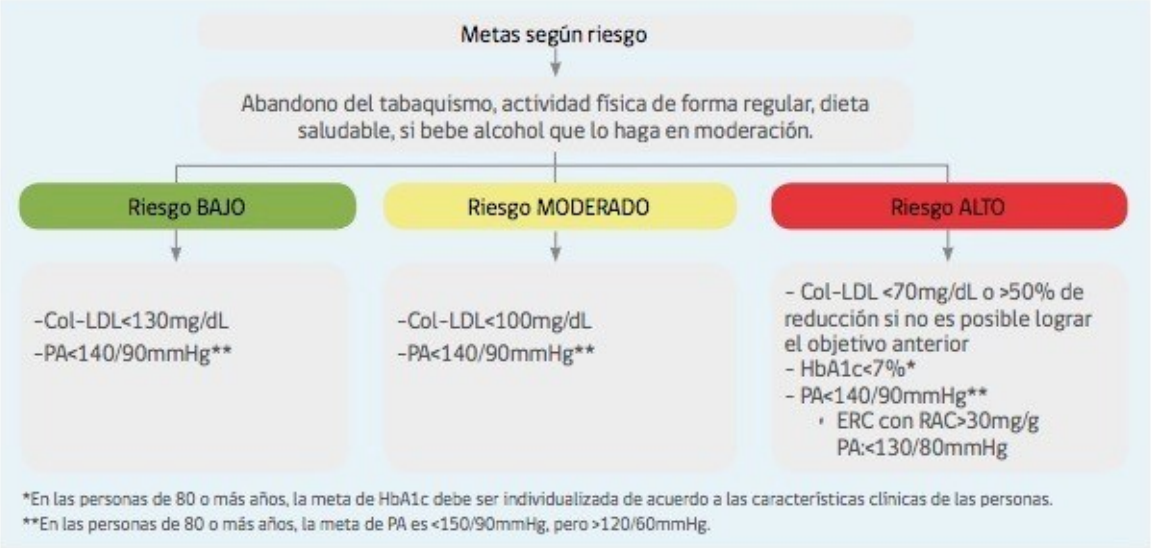
El enfoque biopsicosocial de la salud considera al individuo no sólo como un organismo biológico, sino como una persona que posee una estructura psicológica compleja, en un entorno social diverso. Este enfoque permite comprender el estado de salud-enfermedad como un proceso dinámico producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, incorporando al paciente como sujeto y no objeto del proceso asistencial. (Molina-Chailán, Mandoza-Parra. Saéz, Kafk, 2020).

De acuerdo a la Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular (2017) una vez ingresado a la APS existen dos fases de seguimiento de los pacientes.

I- La fase de compensación: Tiene por objetivo el logro de las metas establecidas de manera precoz ya que ello se asocia a menor frustración en los pacientes y mejor adherencia a la terapia farmacológica. Se recomienda alimentación saludable, abandono del tabaquismo, consumo de alcohol en forma moderada, realizar actividad física de forma regular.

Las metas de tratamiento de los factores de riesgo (presión arterial, HbA1c y col-LDL) depende del riesgo cardiovascular, a mayor riesgo, mayor exigencia en las metas, según la siguiente tabla.

ILUSTRACIÓN 1: METAS DE COMPENSACIÓN SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR



Es importante destacar que las metas en las personas adultas mayores deben ser ajustadas de acuerdo a la fragilidad de las personas considerando el criterio médico. En diabetes, las metas en adultos mayores difieren de las de la población general, según la tabla número 2.

TABLA 2. METAS DE CONTROL DE HBA1C EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE [11]

Estado del Paciente	HbA1c
Saludable, independiente (pocas comorbilidades, con integridad funcional y cognitiva)	7 - 7,5 % *
Frágil[5]	< 8 %
Estado de salud muy complejo (comorbilidades crónicas en etapa terminal; declinación funcional o cognitiva severa)	< 8,5 % **

*Puede considerarse una meta menor en pacientes saludables, con expectativa de vida más de 10 años, sin tendencia a hipoglicemia y la meta se logre con terapia simple y con uso de fármacos con bajo riesgo de hipoglicemia.

**En paciente con cuidados al fin de la vida solo evitar hiperglicemia sintomática.

ESTADO NUTRICIONAL, EN MENORES DE 65 AÑOS, CHILE

Estado nutricional	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	≥30

ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, CHILE

Estado nutricional	IMC
Bajo peso	<23
Normal	23-27.9
Sobrepeso	28-31.9
Obesidad	≥32

14. Resultados del Trabajo de Campo

Los resultados obtenidos durante los 6 meses destinados al trabajo de campo han sido agrupados en dos líneas. La primera de ellas, son los relatos contextualizantes en los cuales exponemos las variables sociales, institucionales y culturales que fueron detectadas en la observación de los ciclos terapéuticos; la segunda de ellas son los relatos de cada uno de los 12 pacientes observados tanto en la interacción clínica como en sus hogares, lugares de trabajo o reuniones sociales.

14.1. Primer relato: Desde dentro del sistema…Una Mañana en el Some.

"¡¡Ayer faltaron a atenciones 14 pacientes!!

Si hubieran anulado la hora, usted podría haber sido atendido antes.

La salud es responsabilidad de todos, ¡colabore!"

Ese texto está instalado en la ventana principal del Some del Cecosf Barrios Bajos. En este lugar, las fichas se entregan lunes, martes, miércoles, jueves de 8 a 12 horas y de 14 a 16 horas. Tras la ventanilla gobiernan Mary y Mery, funcionarias que parecen bautizadas especialmente para estar juntas detrás del mesón. La primera, de 26 años, delgada, voz suave y acogedora, lleva 24 meses de manera itinerante mezclando labores obstétricas y administrativas; la segunda, casada hace 19 años con un microempresario, suma 5 años en estas labores, es alta y directa en el trato al usuario.

Esta oficina es la encargada de entregar horas para medicina, matrona, curaciones, psicóloga, kinesiología, inyectables y exámenes de laboratorio. Al interior de este espacio de 16 metros cuadrados, el orden se mantiene en un precario equilibrio de repisas de pared completa y un mueble metálico gris. Aquí descansan, en soporte de papel perecedero tan ajeno a este siglo digital, las fichas de alrededor de 3 mil pacientes cuyos datos han sido en ellas sus datos y, principalmente, sus dolencias y penurias físicas. Los registros pueden llegar a tener más de 25 años en medio de carpetas rojas y los clásicos archivadores café AUCA, de tapa dura.

Son pasadas las 08.30 horas. Inés, una mujer de 69 años, llega a la ventanilla, inmediatamente después de ser atendida por su médico tratante.

—Hola, la doctora pidió controlarme en un mes.

—No tenemos horas en esa fecha, tendría que ser a fines de febrero.

—¿Y mi control? Debe ser en un mes…

—Puede venir ese día temprano a buscar una hora de morbilidad.

“Es contradictorio que atendamos en una ex Junta de Vecinos al sector de Valdivia con el porcentaje más alto de población envejecida. No tenemos ni los recursos ni las condiciones materiales para hacerlo. Nos gustaría poder entregar las horas como las piden los profesionales, pero es imposible”, reflexiona Mery.

En la unidad, el piso necesita una reparación en las zonas donde se desprendió completamente la superficie flotante. En medio de las dependencias, la profusión de elementos genera un curioso efecto de calidez: un ventilador montado sobre una caja de cartón de contenido quizás ya olvidado o innecesario a estas alturas. A su lado, un calefactor eléctrico; más allá, al medio de la sala, una mesa pequeña con una mochila encima, luego una fotocopiadora y un scanner; al fondo, una ventana de dos hojas con rejas que deja entrar la luz de esta mañana de diciembre. De un sencillo llavero de pared penden al menos diez pares de llaves.

—Buenos días, me pidieron que venga a pedir urgente hora para estos exámenes. La doctora me dijo que no estoy bien —explica un señor de 66 años que sostiene la parte izquierda de su cuerpo con un bastón.

—Tenemos horas para dos meses más.

—De aquí allá voy a estar muerto.

—Si puede, haga los exámenes de forma particular.

Mery explica que sólo entregan cuatro cupos para medicina al día y la fila en las mañanas es de 15 personas; no hay cupos para kinesiólogo y lo que más tienen son ancianos llenos de dolores; hay espacio para atención de psicólogo en 3 semanas y los intentos suicidas son de un día para otro; paradojalmente, tienen dos matronas y sólo un box, así que sólo una de ellas puede atender "Aún recuerdo a un paciente de 17 años que llegó llorando. Estaba desaseado, se veía demacrado. Llegó a las 8 de la mañana, pidió hora para médico, no teníamos; después pidió hablar con psicólogo, tampoco teníamos. A la media hora volvió con los brazos sangrando y cayó desmayado. Vino la ambulancia y se lo llevó, no supe qué fue de él".

A un costado existe una improvisada estación de descanso. Es un pequeño espacio donde reposa una mesa y una silla reciclada de un box. Sobre la primera hay un hervidor, vasos de plástico, servilletas, una caja vacía que alguna vez tuvo un tostador de pan, y en la pared el dibujo de una enfermera enojada y la leyenda "*No carga el RAS"*.

"Además de la falta de horas de profesionales, hay que sumar las constantes fallas del sistema informático llamado RAS, que muchas veces al mes se echa a perder y al "caerse" no se puede acceder a los datos clínicos de las personas ni a los resultados de sus exámenes; por lo tanto, hay que volver a empezar de nuevo con la historia de ellos, y eso causa frustración en las personas enfermas, porque sienten que no avanzan en su tratamiento. Más encima tienen que contar todo de nuevo, se van llenos de dudas, a veces más confundidos que antes", explica Mary.

En la ventanilla de al lado, Mery atiende a una mujer mayor que relata sus síntomas urinarios y pide ser vista por médico. "Tendría que volver la próxima semana o venir en la mañana a buscar una hora de morbilidad".

Luego un usuario colombiano explicó que su hijo de 6 años debe ser visto en febrero por su médico tratante. Se van con una hora para fines de ese mes.

En ese ir y venir de peticiones, a dos metros, en otra ventanilla, Olivia pide una hora para realizarse un control seriado de presión arterial.

—Debe volver en enero, ¿tiene algún problema?

—Ni problema, ni trabajo —responde.

La funcionaria escribe la hora en un papel, lo entrega, cierra la ventanilla.

Circula a la sala de descanso, prepara un café, se sienta, lanza un suspiro y exclama: “Así es todos los días”.

14.2.1. Segundo relato: La Agencia desde la Visión del Clínico.

La doctora Valenzuela es médica de familia formada en la Universidad Austral de Valdivia. Siempre ha vivido en el sur de Chile. Es amante de los deportes, cuida su alimentación, lee libros de actualidad que mezclan la política y las ideologías de género y tiene una activa vida comunitaria. No se ha casado, pero actualmente disfruta de una relación estable.

Hace 20 años que trabaja en APS (Atención Primaria de Salud), un espacio de la salud pública chilena donde la labor es dura y desgastante. Recuerda que “hace 3 años, mientras estaba en el baño del Cecosf, una usuaria golpeó de manera desenfrenada la puerta del sanitario, exigiendo que la atiendan rápido: estaba absolutamente descontrolada. Con esto quiero graficar que no tenemos privacidad, las dependencias donde funcionamos no son las óptimas. Necesitamos un nuevo edificio que nos permita atender y trabajar con las condiciones mínimas”.

No solo ella siente la precariedad del sistema: a una colega le rayaron el auto de la nada. Los pacientes sienten mucha impotencia debido a que no existen horas suficientes para derivar a tratamiento psicológico a las personas que requieren manejar cuadros ansiosos o depresivos; tampoco existen las horas suficientes de kinesioterapia para el manejo del dolor, la artrosis o las enfermedades respiratorias.

“Lamentablemente, a los pacientes no podemos darles el tiempo y la atención necesaria. Muchas veces tenemos que realizar trabajo administrativo, llevar programas ministeriales, y eso nos impide poner la atención necesaria a su relato”.

Muchas veces se ha sentido impotente, incluso hubo un momento en que se sintió sola y frustrada, cambiaron las jefaturas y eso no la benefició. Quiso irse, aguantó y ya está mejor. Pero “no cambiaría la medicina por nada del mundo”.

A pesar de las barreras económicas y cognitivas, cada vez que puede, intenta empatizar con la persona que busca ayuda. Ha ido desarrollando las habilidades comunicacionales con el paso de los años debido a que en su formación académica, según recuerda, le entregaron escasos contenidos sobre comunicación tanto en pre y post grado, los cuales terminó olvidando. Los ramos eran “relajados y poco estructurados, pero me entregaron herramientas que han sido útiles en el ejercicio profesional, en la interacción, ya que todo comunica, lo verbal y lo no verbal”.

La médico agrega que han analizado el tema junto a enfermeras y otros médicos y coinciden en que son varios los factores que explican la falta de adherencia terapéutica desde el contexto social, factores que incluyen la carga familiar, las costumbres y creencias instaladas en cada una sus familias.

“El nivel educacional atenta contra las numerosas prescripciones farmacológicas, ya que muchas veces no entienden las indicaciones y son muchos remedios, lo que causa que las personas crónicas salgan de cada control con una bolsa de remedios que terminan acumulados en sus casas”, explica la médico.

Otro de los problemas observados es la representación de las enfermedades, sus síntomas y su manejo. “No se respetan los horarios, los familiares no les dan los remedios ante la aparición de cualquier molestia física, interpretan y atribuyen los síntomas a interacciones farmacológicas y terminan descompensando a las personas mayores. Hacen farmacoterapia en bases a sus creencias: un día no se toman un medicamento porque no se sienten bien y podrían terminar peor. Cuando hacen ayuno tampoco se toman los remedios, cuando van a un cumpleaños, en Navidad o año nuevo tampoco. Al final, no logran los resultados esperados”.

Según la profesional aún en Chile se trabaja con un modelo biomédico, olvidando la familia, el hogar, cómo viven, sin considerar las creencias y costumbres de cada territorio. “Debe considerarse una intervención psicológica porque cuando se diagnostica una patología crónica, asintomática, que te obliga a tomar un medicamento por el resto de la vida, eso afecta la salud mental de la persona y de todo su entorno familiar. Si hay un diabético en la casa, ¿le hacen comida especial a él o nos cuidamos todos en la casa? ¿Cómo lo hacen a partir del momento del diagnóstico?”.

Otro obstáculo para lograr la adherencia terapéutica es el alto costo de la alimentación versus los ingresos por las pensiones que se mantienen igual. La mayoría de los crónicos son personas mayores y “un señor contaba que antes compraba harina integral para hacer pancito y ahora le alcanza sólo para comprar harina blanca y para

comer uno o dos panes al día. Antes compraba fruta, verdura y comía ensalada, ahora no: solamente el plato de comida y nada más, porque no le alcanza la plata". Finalmente, en Chile la actividad física también debiera jugar un rol importante, ser parte de la terapia, no ser una alternativa que uno le entrega a los usuarios. La actividad física debiera ser parte de los controles.

14.2.2. Tercer Relato: El ejercicio de la medicina desde la vivencia.

El doctor Contreras egresó de la Universidad San Sebastián a fines del 2020 y a inicios del 2021 comenzó a trabajar en el Cesfam Externo, luego en los CECOSF Guacamayo y Barrios Bajos. Tiene 32 años, un hijo de 18 meses, no se ha casado, juega voleibol y combina la medicina familiar con la atención de jóvenes en el Centro de Salud Estudiantil de la UACH.

Es claro, seguro en la interacción clínica e irradia optimismo, pero no siempre fue así. Cuando tenía 15 años comenzó a experimentar desanimo, le costaba sentir y disfrutar las cosas, eran cuadros depresivos; hace 9 años, tras un cuadro de ideación y descompensación emocional, suspendió un año de universidad y comenzó a tratarse farmacológicamente y a asistir a psicoterapia, en ese periodo su madre fue un pilar fundamental. "Fue difícil adaptarme, ha sido un largo proceso que aún continua. Las personas que atiendo son un ejemplo de superación y constancia, eso me impulsa a mejorar".

Para este médico lo ambiental o social es lo más relevante en la adherencia terapéutica "mientras más redes sociales tengan los pacientes más compensados estarán…la familia es lo más importante, porque son las personas con las cuales están

todos los días, las que los ven sufrir, los acompañan y deben soportar el peso de las enfermedades".

También es fundamental el nivel educacional "que los usuarios sepan qué significan sus patologías, cómo se manifiesta la enfermedad para poder reconocer cuando está descompensado o no y, lo más importante, entender que las enfermedades crónicas son al inicio sin dolor. Hay muchos usuarios que no entienden que deben tomar siempre sus medicamentos, aunque no tengan síntomas o estén compensados".

En relación a la adherencia terapéutica existe "mucha información errada o sesgada respecto a estos temas, el amplio uso de redes sociales es un arma de doble filo, el acceso a las prestaciones que entregan los centros de salud y que tan empoderada esté la comunidad es determinante en cualquier logro, así como también la calidad de la relación a través de la cual se entregan las indicaciones; hay que ser empático y entender que incluso hay pacientes a los que tú le preguntas si tienen patologías, te dicen que no, pero ves sus registros de control y toman siete fármacos", agrega.

Para el doctor Contreras, una buena relación médico pacientes (RMP) "es esencial en todo proceso de salud y enfermedad, es la base para un proceso terapéutico ajustado a la necesidad de la persona. Sin una buena (RMP) la educación que podamos otorgar es de poca ayuda, el paciente no le toma atención ni importancia a lo que se indica o se explica. Cuando hay un buen nexo, el paciente encuentra una escucha activa, mirándolo a la cara, con empatía, entonces cada indicación es con cariño y por ende tendrá mejor recepción"

Recuerda que una vez atendió a una paciente de aproximadamente 35 años, vivía en Valdivia, estaba casada, tenía tres hijos, en esos momentos era una importante

dirigente social. “ En la primera consulta relató dolor en piernas y brazos, cursaba un trastorno ansioso depresivo secundario a una sobrecarga laboral de trabajo y a problemas derivados de su entorno familiar inmediato, no realizaba actividad física, era fumadora y consumía alcohol de manera esporádica… comenzamos un tratamiento para la fibromialgia, con doloxetina y pregabalina, inicialmente la respuesta no fue favorable, hubo efectos adversos como mareos, cefalea y somnolencia, pero a las dos semanas pudo tolerarlos. Al quinto mes la paciente mejoró; sin embargo, todavía presentaba dolores en los brazos y muslos, cólicos abdominales tipo colopatía funcional, fue entonces cuando comenzamos a conversar respecto a cuales eran los factores desencadenantes de todo este cuadro clínico y relató problemas en la relación de sus hijos con el padre, no había violencia, pero tampoco una relación tan afiatada para sostener una familia… a las semanas siguientes comenzó a manejar la situación, tomó una licencia médica para retomar el control de su hogar y los síntomas comenzaron a desaparecer…luego de un año y medio volvió a su quehacer social, comenzó los trámites para separarse de su esposo, disminuyó el consumo de tabaco e inicio actividad física. Este caso me demostró que los síntomas desaparecieron cuando ella entendió como los determinantes sociales le afectaban en lo orgánico, en la periodicidad e intensidad de lo que sentía”, concluyó.

Para este profesional, actualmente en APS (atención primaria de salud) falta más tiempo y espacio para desplegar una educación sanitaria de calidad, ajustada al contexto en que se desarrollan las comunidades, más dedicado a los detalles que marcan la diferencia, “es clave la voluntad de quienes formamos parte de este sistema,

necesitamos más recursos humanos y técnicos para otorgar prestaciones de calidad y oportunas, principalmente en el ámbito de la salud mental", finalizó.

14.3. Cuarto relato: El Baile de los que Sobran

Son las 6 AM. Inés no está sola mientras espera que repartan las fichas en el Cecosf, hay una fila de 15 personas cuyas edades van desde los 18 a los 85 años.

Detrás de está Pedro, 55 años, obrero, quien cuenta que luego de tomar una picota para hacer una zanja sintió un pinchón en la espalda, eso fue hace dos semanas, no ha ido a trabajar y espera que hoy lo puedan evaluar.

Delante de Inés está Martina, tiene 40 años y 3 hijos quien asegura llevar cinco días levantándome a las 6 de la mañana. "Me siento humillada, cada vez que vengo no hay horas suficientes, la semana pasada alcancé una ficha, pero se la di a una abuela de 80 años que necesitaba renovar su receta. Es una mierda ser pobre y tener que andar mendigando que la atiendan", señala esta vendedora ambulante recientemente desalojada por la autoridad municipal, adicta al tabaco y con historia de crisis de pánico.

A las 07.50 horas Inés entra por fin al Cecosf y llega al Some. Mery, la funcionaria administrativa de dicha unidad, le da uno de los cuatro cupos para atención médica e Inés sonríe como si hubiera ganado una maratón. Pedro también logró un cupo para el doctor, pero Martina no tuvo la misma suerte porque apareció su número de identificación bloqueado "este sistema es una mierda no te ayudan hasta que te vean muerta", dijo al emprender la retirada.

14.4. Primer caso: Acercamiento Inicial a las Representaciones Sociales de la Enfermedad

Miércoles, 7 de la mañana. Don Héctor espera sentado en una banca ubicada a un costado de la entrada que abran las puertas del Cecosf para ser atendido. A su lado, una fila formada por 10 personas espera que comiencen a dar las fichas para medicina general. A las 8 horas comienzan a llegar las personas que laboran en el Cecosf.

Esta unidad de salud es en realidad es una sede social refaccionada que antes pertenecía a la Junta de Vecinos y fue transformada en boxes clínicos, salas administrativas, un Some y una pequeña sala de espera. Sus paredes de madera han sido adornadas con afiches ministeriales de campañas preventivas y calendarios temáticos. En el pasillo coexisten pacientes y funcionarios.

Al final del pasillo, en un espacio de 4 x 7 metros, ejerce la doctora Valenzuela. La luz de este espacio es tenue, la temperatura adecuada, en las paredes cuelgan cuadros y trabajos artesanales elaborados por pacientes atendidos desde el 2008.

Don Héctor es el primer usuario en la agenda del día. Tiene 64 años y viene acompañado de su esposa, Verónica, quien trae de regalo una torta: “Usted ha sido muy buena, compártala con su equipo”.

Luego de un afectuoso saludo expresa que el motivo de consulta es una tos que se arrastra hace semanas. La médico, sentada frente a él, lo mira fijamente y le notifica que de acuerdo con sus exámenes la diabetes y la hipertensión están

controladas, al igual que la miastenia gravis que le obliga a llevar un estricto control de los fármacos que ingiere.

Los primeros minutos transcurren en torno a preguntas generales enfocadas a detectar algún trastorno del ánimo, dolor o cualquier otro síntoma cardiovascular.

“Se le bajaron las defensas, siempre que le ocurre eso se enferma, por eso no se le pasa esa tos”, enfatizó la esposa del paciente, Verónica.

Sin refutar o asentir, la médico inicia el examen físico a un costado del box. Vuelve a chequear las cifras tensionales, toma el pulso, pesa y mide, subrayando que todo está normal. A solicitud de ambos, la profesional ausculta los pulmones, descartando alguna infección activa.

Finalizado el examen físico, vuelven a sentarse frente a frente en el escritorio, a menos de un metro de distancia. Mientras digita los hallazgos del examen físico, la doctora vuelve a señalar que no existe una infección pulmonar que explique la tos, sino que es probable que aquel síntoma esté en el contexto del asma bronquial, que es otra de sus enfermedades crónicas.

— Para esta tos debe usar salbutamol, dos “puffs” cada 8 horas. Le va a ayudar a las vías respiratorias —explica la doctora.

—¿No le va a dejar un jarabe? Siempre que le dan jarabe se mejora. En el Hospital no le explicaron cómo usar el salbutamol y terminó con taquicardia —refutó la esposa.

—No le va a pasar nada malo si usa aerocámara, no le dará taquicardia. En este caso no le va a servir el jarabe.

La médico de familia explicó detalladamente cómo usar la aerocámara, la forma en que debe inhalar, respondiendo a cada una de las dudas que iban surgiendo, mirando fijamente al paciente y a su esposa, quienes asintieron en todo momento en señal de conformidad.

Al final de las indicaciones, Verónica insiste en la necesidad de “afirmarle las defensas, las tiene bajas”.

—¿Se inyectó las Neurobiontas?

—Este año no, le harían muy bien si se las indica —agrega la esposa, mientras Héctor observa el diálogo en silencio.

—Entonces que sea una inyección semanal por 3 veces.

Luego de la despedida, ambos se van satisfechos y comprometidos a volver en 3 meses.

Análisis:

Comunicación clínica: El diálogo terapéutico se construyó en base a una relación de confianza, el box proporcionó un ambiente propicio, bien iluminado, ventilado, con una temperatura adecuada. El tiempo destinado al control médico es de 30 minutos. Fueron pocas las anotaciones realizadas por la médico, la mayor cantidad del tiempo fue utilizado en conversar. Las preguntas usadas fueron cerradas, muy pocas preguntas abiertas, lo que puede explicarse por la solidez de la relación construida durante 10 años. No fue necesario usar transiciones abruptas porque la conversación y la transacción de indicaciones se dio de manera fluida. Existió la disposición de enseñar y repetir las veces que fue necesario el uso del nebulizador con aerocámara para el manejo de los síntomas respiratorios.

Para el éxito terapéutico es necesario que las indicaciones sean comprendidas por el paciente y, de esta forma, puedan generarse los cambios y las mejorías. La comunicación clínica no sólo transmite información, sino que genera conductas, dándole sentido al contenido dentro de la relación, metacomunicando (Watzlawick et al., 2017). En una interacción exitosa ambas partes pueden concordar en el contenido y en la definición de la relación. En este caso, el usuario tiene un nivel educacional adecuado, entiende las indicaciones, logrando efectividad terapéutica reflejada en el buen control metabólico de la diabetes, hipertensión, asma bronquial y miastenia gravis.

Mediaciones comunicativas: Queda en evidencia la existencia de una ***mediación familiar*** que es clave en el logro de los resultados terapéuticos. El protagonismo que adquiere la esposa durante la entrevista médica es importante.

Existe también una ***mediación afectiva*** entre la profesional tratante y la familia, manifestada en una relación de confianza que queda de manifiesto cuando el matrimonio entrega una torta al equipo en señal de gratitud.

Representaciones de la enfermedad: El motivo de consulta, más allá del control de las enfermedades crónicas, era la tos persistente. Para el paciente, este síntoma era la manifestación de una baja de defensas cuyo tratamiento era la inyección de Neurobiontas y el uso de un jarabe, mientras que para la médico la tos tenía un origen bronquial y era secundaria al uso inadecuado de la terapia broncodilatadora indicada para el manejo del asma bronquial.

Llaman la atención las virtudes terapéuticas que el paciente y su esposa atribuyen a la neurobionta, la cual en realidad es una dosis inyectable de vitamina B que no está demostrado que aumente la respuesta del sistema inmune.

Al final, ambas posiciones transaron al aceptar la indicación de las inyecciones a cambio de mejorar la técnica de la nebulización.

Elementos empáticos: En la atención hubo diversos *marcadores gestuales,* como el abrazo fraternal tanto al inicio como al final de la entrevista, y se usaron *equivalentes empáticos* como la *confirmación de respeto* al validar su opinión respecto al uso de “las neurobiontas” para subir las defensas y el jarabe para la tos, acción que configuró un *juicio de legitimación* a la interpretación dada por el paciente al origen de su sintomatología.

14.5. Segundo caso: La Oposición Como Efecto Secundario de la Mediación Cultural

Son las diez de la mañana. En el turno de Rosa, 50 años, auxiliar de aseo con contratos ocasionales, quien ha tenido que lidiar desde que fue madre con cuadros ansiosos depresivos, obesidad y artrosis. Ella vive sola con su hija Catalina, portadora de síndrome de Down, quien está postrada hace 5 años debido a avance de la enfermedad. No recibe ayuda de ningún familiar, la dejaron sola. Del padre de su hija no sabe nada hace casi una década.

Desde el comienzo de la entrevista la doctora muestra interés en el relato dirigiendo la anamnesis hacia la caracterización de los síntomas de salud mental, la

cuantificación del dolor y la detección de alguna situación socioeconómica que pueda estar afectándola.

La primera preocupación manifestada por Rosa fue que sigue con el mismo dolor de cadera: “No mejora nada y el paracetamol se está adaptando a mi cuerpo, el Celebra me produce mareos, náuseas y el Colmax me hace vomitar. Así que necesito otro tratamiento”.

Sin contradecirla, la profesional consulta si el dolor es más intenso en la mañana o en la noche.

—Me duele durante todo el día, además no estoy durmiendo bien, no me sirvió el relajante muscular que me indicó. Y algunos de los remedios que tomo me dan calor.

—La paroxetina puede generar sudoración, hacerla transpirar —precisa la médico, intentando reafirmar el punto.

—No sudo, tengo calor. Y desde ayer tengo un fuerte dolor de cabeza.

Manteniendo la cordialidad, la doctora da por finalizado el diálogo e inicia el examen físico concentrándose en la presencia de signos neurológicos de alguna patología, peso y talla, examen pulmonar y cardiológico, una breve palpación abdominal y una serie de movimientos generales de cadera y extremidades inferiores. Al palpar la zona cráneo occipital reproduce un dolor que se irradia hacia el cuello.

—El dolor tiene un origen muscular, puede ser tensional —concluye la médico al retomar la entrevista clínica.

—Pero no estoy nerviosa.

—La molestia y el dolor también pueden ser explicados por la obesidad. Es importante que no aumente de peso, cuide su alimentación para que no se le suba el azúcar.

—Como poco y no tomo azúcar.

—Sus exámenes están relativamente bien, no han empeorado.

—Qué bueno, y eso que no me tomo la metformina, porque me da mareos.

Sorprendida por las respuestas, la profesional intenta retomar el hilo argumental reforzando la idea de una dieta equilibrada y actividad física. Rosa la interrumpe, solicitándole una orden para realizarse una radiografía de tórax, porque le preocupa "tener algo malo: mis hermanos tuvieron cáncer de pulmón".

La médico accede, escribe la orden de examen y cierra la entrevista. Tras la despedida, que fue rápida, pero cordial y empática, reflexiona. "Rosa es una usuaria multipatológica, quien además cuida a una hija portadora de varias enfermedades. En 30 minutos no podemos dar respuesta a todas sus dudas. Lo ideal es poder ir a su hogar y poder asistirla a ella y a Catalina, pero actualmente, eso es imposible. Muchas veces los pacientes nos transmiten la frustración y no validan las indicaciones de profesionales como las nutricionistas, o sienten que son mal agendados en el Some. Son problemas estructurales contra los que no podemos hacer nada", explica la doctora.

Análisis:

Comunicación clínica: En la entrevista, la médico utilizó preguntas abiertas y cerradas, pasando de una a otra con transiciones breves, buscando conectar con Rosa, quien en todo momento presentó oposición a los argumentos clínicos que

buscaban resolver cada una de las molestias físicas que la aquejaban. En esta interacción inefectiva hubo un desacuerdo a nivel del contenido (Watzlawick et al., 2017). No cumplió ninguno de los requisitos necesarios para transformarse en una herramienta terapéutica, manifestándose desde el inicio una evidente oposición de parte de la usuaria, quien no acogió ninguna de las indicaciones formuladas.

En esta interacción los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación (Watzlawick et al., 2017). Basado en esa premisa la profesional no despliega ninguna habilidad de comunicación efectiva y asume que mientras no se resuelvan las variables sociales que rodean el caso, no es factible intervenir para mejorar los resultados terapéuticos. Por el lado de la paciente, aparece una resistencia a usar fármacos contra la diabetes (metformina) porque desconoce que existen alimentos que no son dulces y que aumentan los niveles de azúcar (glicemia) en la sangre y que hacen subir de peso y ha normalizado su rol de cuidadora.

Mediaciones comunicativas: Esta *interacción patológica* llevó a Rosa a suspender la metformina, abandonar el tratamiento contra la diabetes y desestimar los efectos adversos de la paroxetina. En la comunicación clínica, las mediaciones son múltiples. Eso significa que el receptor activa sus experiencias culturales, económicas y políticas siendo influido por la edad, el sexo, la clase social y el origen étnico, sin poder dejar de lado todo tipo de experiencias personales (Alcocer Cruz, 2013).

Existen *mediaciones referenciales e institucionales* (Orozco, 1997). La primera de ellas graficada en su situación socioeconómica y precariedad laboral: ella es auxiliar de aseo con contratos ocasionales. Y la segunda en el hecho de que en 30 minutos la

profesional no puede desplegar una estrategia de educación en salud para dar respuesta a todas sus dudas.

Finalmente, surgen *mediaciones familiares* (Lopéz del Refugio, 2010): ningún pariente la ayuda, vive sola con su hija Catalina, portadora de síndrome de Down, quien además está postrada.

Representaciones de la enfermedad: La representación mental de una situación comunicativa se hace con un modelo mental específico llamado modelo del contexto o, simplemente, contexto (van Dijk, 2001). Esta representación mental controla el evento comunicativo y regula las relaciones entre el discurso y su ambiente social-cognitivo, asegurando lo apropiado para cada situación. Para que resulte la interacción deben existir conocimientos compartidos (Common Ground) que manejan la estructura compleja de lo implícito y explícito del discurso, así como las presuposiciones e implicancias. En este caso, la interpretación de los síntomas es opuesta entre la médico y la paciente:

-Respecto al dolor de cabeza, la profesional plantea un origen tensional, considerando el antecedente de que la mujer debe atender a su hija en condición de postración, con toda la carga emocional y física que eso conlleva; pero Rosa, al tener normalizada esta situación y al no recibir una explicación de los argumentos clínicos, los desestima, tomando una actitud oposicionista.

-La representación de los alimentos y los carbohidratos difiere entre ambas. En el box, la médico relacionó el aumento de peso con los dolores articulares y cervicales, argumentando desde la visión biomédica que un consumo excesivo de alimentos ricos en carbohidratos produce una ganancia de peso, aumento de la glicemia en sangre y

resistencia a la insulina. La paciente argumentó que come poco y no toma azúcar, desconociendo que la mayor cantidad de carbohidratos no está en los alimentos dulces, sino en los salados como las masas, fideos, arroz, papas y alcohol.

-Los síntomas propios de climaterio (bochornos) la profesional los desestima e intenta relacionarlos con un efecto adverso de la paroxetina (antidepresivo). Rosa rechaza de plano la explicación, dejando claro que ella no suda, solo tiene calor.

-Respecto a la representación de los efectos terapéuticos de los fármacos, la paciente afirma que su cuerpo se está acostumbrando al paracetamol, fármaco que no produce adicción; el celecoxib o Celebra le produce mareos, antiinflamatorio cuya principal característica es que evita los efectos adversos gastrointestinales; y la paroxetina le da calor, antidepresivo que no genera este síntoma.

Elementos empáticos: La médico actuó con empatía durante todo el control, entendiendo que el peso del contexto social abrumaba a la paciente y que los recursos que ofrecía la institucionalidad eran absolutamente insuficientes.

En la interacción médica-paciente no existió una *asimetría de sonrisa***,** ya que ella asintió siempre que la paciente lo requería, incluso se vio una marcada *empatía de cambio* con frases destinadas a darle un giro emocional al diálogo marcado por respuestas oposicionistas. “El dolor tiene un origen muscular, puede ser tensional”, “cuide su alimentación para que no se le suba el azúcar”, “sus exámenes están relativamente bien, no han empeorado”.

Existieron equivalentes empáticos como la confirmación de respeto a pesar de que las interpretaciones de los síntomas de las enfermedades eran diferentes entre ambas.

14.6. Tercer caso: Faltan Seis Días para Navidad

La señora Olivia llegó a Valdivia a fines del año 2017. En aquel entonces su madre enfermó gravemente y, ante la indiferencia de sus otros hermanos, tomó su maleta y se vio en la obligación de asumir sus cuidados. Recuerda con nostalgia que cuando vivía en Chiloé junto a su esposo, un buzo mariscador que ganaba mensualmente entre 600 a 800 mil pesos, tenía una buena vida. Lamentablemente, con el paso de los años su madre falleció, su esposo envejeció y su salud no le permitió volver a descender a las profundidades del Océano Pacífico. Ahora, vive en una cabaña de su hijo y espera todas las semanas que su marido le envíe los 10 mil pesos que gana diariamente.

Para llegar a su control, caminó durante 20 minutos desde su domicilio al Cecosf Barrios Bajos. Al llegar, apenas estuvo sentada algunos minutos cuando la llamaron al box de atención.

El saludo entre ambas fue breve. La médico, tras abrir el computador y leer en silencio los datos clínicos, pidió que la paciente se descubra un brazo con la finalidad de iniciar la toma de los signos vitales. Sin mirarla y sin levantarse de la silla tomó e instaló el esfigmomanómetro en el brazo derecho, volvió a mirar el computador a la espera de que el manguito del aparato termine el ciclo, señalando:

—Tiene una presión de 201/112, ¿se ha tomado los remedios?

—Dejé de tomar el carvedilol, ya que tuve que ir a la urgencia, me sentí mal, casi me desmayo, se me bajaron mucho los latidos cardíacos.

—Vamos a tener que suspender el carvedilol —señala, mientras le toma la mano para sentir el ritmo y la regularidad del pulso. Por primera vez fija la mirada en la usuaria—. Vamos a agregar amlodipino, este remedio no le afectará el corazón.

—Pero mi presión en la casa es casi normal, es de 150/80 —refuta, sin lograr cambiar la indicación.

La médico cambia abruptamente de tema. Sin dar espacio a consultas sobre las alzas hipertensivas -que a juicio de quien las padece son esporádicas y no ameritan ajustar la farmacoterapia- comienzan las consultas sobre el estado de la salud mental.

—¿Cómo ha estado su ánimo?

—Soy cristiana, tengo fe.

—Le quiero dejar unas pastillas para que mejore la calidad del sueño.

—Doctora, mi problema no es ese: lo que necesito es poder trabajar. Ahora no puedo, tengo miedo de caerme, perdí un trabajo en Niebla. Además, no quiero ese tipo de pastillas. Me da miedo terminar adicta.

—Si las toma por un tiempo corto no quedará adicta —concluye la doctora.

Luego de un silencio largo, tiempo en que la profesional anotó datos e indicaciones en la ficha electrónica y la usuaria miró la ventana, la puerta, su carné de crónicos y sus manos, vino la despedida.

La interacción clínica duró 20 minutos, tras los cuales Olivia salió del box y caminó a la farmacia, un espacio que no supera los 5 metros cuadrados. Tras una ventanilla, una técnica recibió el carné de crónicos y le entregó los fármacos de acuerdo con la prescripción médica. Luego de 5 minutos, la señora Olivia recibió sus 30 comprimidos de amlodipino y 15 de clonazepam.

Luego continuó caminando hacia el Some, donde estuvo esperando media hora para poder programar un control seriado de la presión arterial. En ese lapso, en la ventanilla de al lado, una mujer mayor relató en detalle sus síntomas urinarios, los que considera deben ser evaluados por un profesional. Luego un usuario colombiano explicó que su hijo de 6 años debe ser visto en febrero por su médico tratante. A dos metros, en otra ventanilla, una mujer de más de 50 años alega que sus remedios no fueron entregados como se los dan siempre.

—Señora Olivia, debe volver en enero, ¿tiene algún problema?

—Ni problema, ni trabajo —responde.

Saliendo del Cecosf manifiesta “no sé qué hacer, si usar o no el amlodipino, ya que todos los días me tomo la presión en mi casa con la misma máquina que hay en el Cecosf y marca normal (150/80); mientras que cada vez que voy donde la doctora, me pilla la presión sobre 200 y me indican más y más remedios. Termino mareada o en el servicio de urgencia”. Por todo lo anterior, tiene miedo de volver a trabajar y sufrir un accidente, pero sabe que tiene que hacerlo, ya que actualmente vive de allegada en una cabaña propiedad de su hijo, donde tiene que pagar los gastos básicos. “Esta Navidad no quiero regalos, solamente quiero tener dinero para pagar mis cuentas y no depender de nadie”.

Análisis:

Comunicación clínica: El saludo entre ambas fue breve y los primeros minutos de la entrevista fueron utilizados para extraer datos clínicos desde el computador instalado en el box. La profesional no fijó la mirada, no construyó un espacio de

confianza, manteniendo una distancia física inapropiada, incluso al momento de medir la presión arterial.

En la entrevista médica no hubo conexión entre la médico y la paciente, lo que impidió que haya transferencia, se abusó de las transiciones abruptas cambiando de un tema a otro, sin un objetivo terapéutico claro, buscando acortar el tiempo de la consulta. Lo anterior queda ejemplificado cuando en medio del diálogo sobre los valores obtenidos al tomar la presión arterial comienzan las preguntas sobre las patologías del espectro de la salud mental, sin haber cerrado el tema anterior o consensuado la forma de enfrentar la patología.

Mediaciones comunicativas: De la lectura del caso se desprende la existencia de una *mediación contextual* fundamentada en la falta de trabajo, la variable socioeconómica es nombrada por la paciente.

Con la frase “soy cristiana, tengo fe” quedó evidenciada una *mediación cultural* religiosa que puede tener relación con la obtención de buenos resultados terapéuticos.

Representaciones de la enfermedad: Son diferentes entre la tratante y la paciente. Para la primera, el origen del mal control metabólico de la hipertensión arterial se fundamenta en la presencia de un cuadro ansioso depresivo que gatilla la falta de adherencia terapéutica, por eso ajustó la dosis farmacológica con la finalidad de bajar las cifras tensionales. La usuaria, quien durante toda la entrevista intentó explicar que al llegar a su hogar tiene la presión normal, terminó frustrada y confundida porque ella considera que su enfermedad sería totalmente mejorable si la médico la escuchara y entendiera que cuando llega a su casa tiene los valores normales. Lo paradojal de esta relación es que la paciente a pesar de tener esto claro, igual acepta las indicaciones,

toma el fármaco, hace un cuadro de hipotensión, se marea, sufre una caída y termina en el servicio de urgencia. Luego la vuelven a derivar al Cecosf, donde no la escucharán y le darán otro fármaco: ciclo de ir y venir, sin lograr la mejoría clínica.

Elementos empáticos: En la interacción clínica hubo una ausencia de los marcadores y equivalentes empáticos. No hubo gestos ni palabras que busquen conectar con la parte del relato de las variables socioemocionales. La profesional se mantuvo siempre arraigada en el modelo biomédico, lo cual queda de manifiesto cuando quiere controlar la presión con fármacos, minimizando el antecedente de que las cifras tensionales de la paciente son normales en su hogar y que la alteración de las cifras detectada en el control cardiovascular puede tener su origen en la caminata de 20 minutos.

14.7. Cuarto caso. Inés, su Madre

Son las 5.50 AM. Ya está amaneciendo. Inés viene por segundo día consecutivo a buscar un cupo para que la atienda la doctora. Ella tiene 67 años, es dueña de casa, no terminó la educación media y vive sola. “Ayer llegué a las 7.30 de la mañana, no alcancé ficha. Hoy me quise asegurar porque hace días ando con una picazón que no se me pasa”.

Hoy pronosticaron temperaturas sobre los 30 grados e Inés viste chaleco y gorro de lana, una falda larga y gruesa combinada con bototos. Mientras conversa de diversos temas se rasca dos veces en la zona axilar y apuesta a que hoy tendrá suerte, podrá conseguir su ansiada atención y resolver una serie de dudas derivadas de todas sus dolencias.

A las 07.50 entra por fin al Cecosf y llega al Some. Mery, la funcionaria administrativa de dicha unidad, le da uno de los cuatro cupos para atención médica e Inés sonríe como si hubiera ganado una maratón.

A las 08.05 horas Inés ingresa al box médico y la interacción comienza con un saludo cordial entre doctora y paciente, a más de 50 centímetros de distancia. La médico dirige la mirada al teclado del computador e inicia la lectura de los antecedentes clínicos. Inés mira fijamente a la doctora, se mueve ansiosa y se vuelve a rascar.

Sin levantarse de su asiento, le toman la presión arterial. El semblante de la médico cambia de repente y pronuncia una reprimenda.

—La presión está muy alta, ¿se tomó los remedios?

—No me los tomé, salí temprano y no alcancé ni a tomar desayuno. Me he sentido bien de la presión, no me ha dolido la cabeza.

—Y por qué vino entonces?

—Vine por una picazón que no se me pasa.

—Súbase a la camilla para examinarla. Vamos a aprovechar de pesarla y medirla. Ahí me muestra donde le pica.

Al examen físico destaca la presencia de una zona enrojecida, ubicada en el lado derecho de su cuerpo. Ella pesa 70 kilos y mide 1 metro con 50 centímetros. A su registro de hipertensión arterial en mal control, dislipidemia, artrosis e hipotiroidismo, debe sumar ahora obesidad.

—Puede ser que los sostenes le estén provocando una irritación. Deje de usarlos un par de días.

—¿No será la tiroides? Estuve toda la noche pensando en que por eso me puede estar dando la comezón.

—No, su examen está normal y la tiroides no produce esos síntomas. ¿Cómo ha estado el sistema nervioso?

—No he estado nerviosa. Anoche tomé una pastillita para la picazón y me he sentido bien.

Finalizado el examen físico, Inés se sienta a 30 centímetros de la médico. El interrogatorio se reanuda con preguntas sobre el último control que se realizó hace dos días en un servicio de urgencia. Allí le entregaron salbutamol y una receta que ella no puede pagar.

La doctora lee las indicaciones prescritas por su colega. En silencio se levanta, camina desde su silla a una vitrina de vidrio ubicada a un metro a su derecha donde están las muestras médicas. El acceso a los fármacos está protegido por un candado con una clave que sólo ella conoce y que debió instalar a raíz de la constante perdida de psicotrópicos. En el interior hay corticoides para la alergia, antibióticos para las infecciones, ansiolíticos para los nervios, antidepresivos para el ánimo, cremas para la picazón y bombitas para los bronquios. La doctora saca un nebulizador con corticoides y vuelve al escritorio. Luego de explicar detalladamente como usar el medicamento, la doctora Veloso retoma la interacción clínica.

—¿Cómo ha estado usted emocionalmente? ¿Ha echado de menos a su madre?

—Tengo mucha pena, con ella hablaba todos los días. La enterraron en febrero del año pasado, desde entonces pierdo la voz en las noches y la picazón ha ido aumentando —recuerda mientras llora.

—Puede que todo esto esté dentro de un cuadro depresivo...

—Vivo sola, toda mi familia está lejos, mis parientes más cercanos están en Chiguayante. Tengo el ánimo bajo y me desvelo.

—Cuando el ánimo está bajo todo afecta más…

—Antes que falleciera mi mamá yo pintaba en tela y bordaba, pero desde que no está no he vuelto a pintar porque, además de la pena, me duelen las manos.

—¿Dónde va a pasar el año nuevo?

—Espero que mi sobrino me lleve a su casa y después a la playa. Pero igual me da miedo esta fecha, me pone nerviosa. Ir al cementerio me ayuda mucho.

La doctora indica un nuevo tratamiento: un comprimido para dormir, otro para el ánimo y dos para la picazón. Le explica con rigurosidad que debe retirarlos en la farmacia y que al despertar inicie con media sertralina y a la semana suba a una entera. Junto con eso, agregar para la alergia desloratadina en el día y clorfenamina en la noche. Para conciliar el sueño, clonazepam. Al finalizar el control enfatiza en la necesidad de que vuelva en 30 días

“Empaticé con este caso… ella está con un cuadro emocional, está somatizando por un duelo no resuelto. Los síntomas comenzaron con la muerte de la madre. La paciente ha consultado muchas veces, pero ninguno de los médicos que la ha visto ha logrado dar con la solución. Mientras, ella gasta todos sus recursos y todo su pago mensual en remedios que no le sirven, que aún no resuelven el problema y que probablemente no lo harán. Inés aún no supera la pérdida de su madre. El origen de todo es una patología del espectro de salud mental. Desafortunadamente, no hay

disponibilidad de psicólogo acá en el Cecosf y tenemos una lista de espera gigante", agrega la médico.

Inés camina tranquila al Some.

—Hola, la doctora pidió controlarme en un mes.

—No tenemos horas en un mes, tendría que ser a fines de febrero.

—¿Y mi control? Debe ser en un mes…

—Puede venir ese día temprano a buscar una hora de morbilidad.

Inés recibe la hora para el 20 de febrero, camina a la salida, guarda el papel que certifica el día de su control en una bolsa de plástico transparente donde se traslucen sus remedios, el carné de crónico y boletas de agua, luz y supermercado.

"Espero sentirme bien para no tener que volver a levantarme a las 5 de la mañana".

Análisis.

Comunicación clínica: La estructura del diálogo en la entrevista médica fue variando a medida que la profesional fue profundizando en la anamnesis. Al inicio, la médico había tomado una actitud paternalista al dar una reprimenda por las cifras elevadas de presión arterial; sin embargo, al continuar con la entrevista, se percató de que en ninguna de las evaluaciones anteriores, todas ellas en servicios de urgencia, habían tenido el tiempo de ahondar en los antecedentes emocionales que explicaban los síntomas de la paciente. Ello había gatillado una espiral de consultas y prescripciones farmacológicas dirigidas al síntoma que iba apareciendo en cada una de las ocasiones. De ahí en adelante dirigió el diálogo con preguntas abiertas, transiciones suaves y

conectadas con sus antecedentes clínicos, usando marcadores empáticos al momento de conectarse con el duelo no resuelto.

Al momento de entregar las indicaciones, la médico hizo un trabajo de sistematización, reforzó la relación de confianza, redujo la incertidumbre al explicar con claridad el origen de la picazón y cómo disminuiría si controla el cuadro de salud mental, repitiendo varias veces los puntos clave de cada una de las indicaciones.

Mediaciones comunicativas: Existe una mediación institucional, ejemplificada en la existencia de muchas atenciones médicas, diagnósticos e indicaciones, que no resuelven el problema de base por la invisibilización de una patología de salud mental y la falta de psicólogos en la red de atención primaria.

Representaciones de la enfermedad: Del análisis de la interacción se desprende que existen representaciones de las enfermedades crónicas diametralmente opuestas entre Inés y la médico.

-De acuerdo con el relato de la paciente, ella está bien de la hipertensión arterial, porque no le duele la cabeza. Para ella, una enfermedad debe tener un síntoma y al estar asintomática, su presión está normal.

-Según Inés, la picazón era producto de la tiroides: nuevamente relacionó un síntoma con alguna de sus patologías crónicas.

-Ella no reconoce como una enfermedad su cuadro ansioso depresivo, restándole importancia al fondo emocional. La paciente culpaba de sus síntomas a su cuadro de hipotiroidismo (“¿será la tiroides?”), sin percatarse de la multiplicidad de diagnósticos e indicaciones entregadas en diversos centros de salud. Su duelo

patológico lo tiene normalizado. Sólo busca ayuda cuando aparece un síntoma especifico como el dolor, la dificultad respiratoria, la picazón.

Desde la visión de la médico tratante los síntomas son producto de la somatización por un duelo no resuelto, los cuales comenzaron con la muerte de la madre y no han sido manejados de forma integral.

Este “choque” de la imagen mental o representación de la enfermedad existente entre ambas, inmoviliza a la médico, quien realiza esfuerzos comunicacionales para controlar la sintomatología. No hace nada adicional para cambiar la conducta, convencida de que si no existe una intervención psicoterapéutica no es posible obtener resultados terapéuticos.

Elementos empáticos: La profesional admite empatizar con este caso al reconocer que la paciente está somatizando por un duelo no resuelto que la ha transformado en una policonsultante en búsqueda de una solución. En la entrevista usó marcadores verbales cuando preguntó: *¿Dónde va a pasar el año nuevo?* y equivalentes empáticos de respeto y normalización, evitando en todo momento la asimetría de la sonrisa.

También se detecta un antagonismo de confrontación al momento de aclarar que la irritación en la piel no se produce por “la tiroides”, argumentando que los exámenes están en rango de normalidad.

14.8. Quinto caso: Hasta que la Muerte nos Separe

Son las 10 AM. Isolda viene a control de salud cardiovascular de buen ánimo, vistiendo unos jeans, blusa floreada y luciendo un corte de cabello hasta el mentón, alineado y bien teñido. Ella es peluquera, tiene 68 años, mide 1,53 centímetros y pesa 84 kilos. Es diabética, hipertensa, tiene el colesterol alto y según su índice de masa corporal es obesa.

Es paciente de la médico hace 20 años. Se saludan de manera cordial e inician de inmediato la interacción clínica dirigiendo las preguntas hacia la historia de sintomatología ansiosa depresiva.

—¿Cómo ha estado? ¿Le han dado crisis de pánico?

—Estuve muy angustiada por las deudas… pero no he tenido ningún episodio de esos.

Como parte del control de crónicos la profesional le toma la presión arterial, la que está normal, y al comenzar a leer los resultados de laboratorio se percata de una mejoría evidente en el control de la diabetes: la hemoglobina glicosilada, el examen que mide el control metabólico de los enfermos de esta patología, el año 2021 era de 8.9, el año 2022 fue de 7.4, y en el control de octubre de 2023 es de 6,8, una cifra en rango de normalidad.

—¿Qué tomó que le hizo tan bien para mantener a raya la diabetes?

—Me he cuidado con hartas hierbas. Además, estoy comiendo menos, ahora me digo a mí misma: ‘Hasta aquí no más llegas, no comas más’.

Antes de iniciar el examen físico, Patricia reitera su alegría por la mejoría en el valor del examen de control e Isolda refiere un dolor en la zona dorsal de hace meses

de evolución, sobre el cual la médico sostiene que es muscular, probablemente por exceso de trabajo.

—Ese dolor lo podría tratar con unas friegas que su esposo le puede aplicar.

—Ojalá pudiera hacerlo, pero duerme mucho y va mucho al baño. Está agobiado por las deudas.

—Su marido, ¿está tomando su sertralina?

—No, se la suspendí.

—¿Por qué se lo suspendió?

—Porque dormía mucho, sentía que no le hacía efecto. Además, se angustiaba. Lloraba por todo

—La sertralina es, precisamente, un fármaco para combatir los síntomas depresivos y uno de ellos es la somnolencia. No debió haberla descontinuado —responde la médico, evidentemente contrariada.

Luego de este diálogo, hubo un pequeño lapso de silencio. Isolda observa cómo la doctora anota todos los datos en la ficha clínica digital y luego le pide un favor:

—Mi marido me vio tan recuperada que comenzó a tomarse mi remedio, el genfibrocilo para los triglicéridos, así es que se me acabaron antes de fin de mes. ¿Me podría extender la receta para terminar el mes?

—Pero, el genfibrocilo no mejora el ánimo, es para mantener controlado el colesterol —precisa Patricia, quien en ese instante se percata que existe un intercambio de medicamentos en este matrimonio.

—Lo ideal es que su esposo se tome sus propios medicamentos, no los suyos. Debe retomar la sertralina de manera gradual, primero la mitad por 7 dias y luego suba a un comprimido al día.

—Espero que le ayude con el ánimo. Él lleva 4 meses sin trabajar y las licencias se las comenzaron a rechazar, ya no se las pagan.

Al terminar el control, Isolda sale del Cecosf a desarrollar el oficio que practica hace 50 años. Demoró 15 minutos en llegar a la Peluquería Unisex, ubicada en el centro de Valdivia. El local es amplio, con un ventanal luminoso y se siente ese aire de los años 80 graficado en la forma de los espejos, en los cuadros que sostienen imágenes de hombres usando estilos capilares voluminosos y las mujeres, las recordadas permanentes. Al fondo, pelucas pelirrojas, tinturas de varios tonos, colores y texturas, toallas para el lavado, todo ordenado con maestría sobre una repisa iluminada por un tubo fluorescente.

Luego de abrir la cortina, prende la televisión y opta por dejarla en un canal nacional, se acomoda el delantal y precisa: “Cuando estoy acá no me puede doler nada, si me doliera la espalda tomo una pastilla y debo olvidarme del tema, porque aquí llegan todas las clientas y la mejor psicóloga es su peluquera”.

El primero en llegar es un hombre de 45 años que busca un retoque de cabello y cultivar su barba. Luego del saludo inicial, él se sienta frente al espejo para que le instalen una capa de plástico y una toalla para evitar que termine cubierto de pelos. Mientras realiza todas estas acciones, Isolda relata que tiene 3 hijos; la mayor, alta y rubia, tiene un puesto de comida en La Serena, donde le va muy bien; el hijo del medio tiene una enfermedad renal avanzada que lo condujo a la diálisis y a cambiar la carrera

de construcción civil por la de contador auditor y así poder trabajar desde su casa. La menor le dio un nieto de 20 años, al que “adora” y con el cual almuerza todos los días.

Mientras toma la máquina de afeitar y comienza a rapar la cabellera, recuerda que comenzó a trabajar con su esposo cuando dio sus primeros pasos como peluquera, hasta que los hijos fueron seleccionados en la universidad. “Luego tuvo que ingresar de empleado, ahora lleva 4 meses con licencias rechazadas. La próxima semana iremos a apelar a la Superintendencia de Seguridad Social”. Luego de quitar con una brocha los pelos que quedan en la zona cervical y en la zona retro auricular, reflexiona sobre lo difícil que resulta poder reunir los recursos para pagar todo lo que se debe y lo lento que está el trabajo estas últimas semanas. Su vida nunca ha sido fácil y no ha estado libre de situaciones complejas. Recuerda que el 2017 se les quemó la casa. Ella y su esposo quedaron con una especie de trastorno por estrés post traumático.

“Desde esa fecha él sueña estupideces, habla y habla solo. Temo que le pase algo porque una vez, en la noche, en lugar de dos atorvastatinas, que son para el colesterol, tomó dos pastillas de relajantes musculares. De repente lo quedé mirando y estaba ido, no escuchaba, no movía la cabeza. Pensé que se me iba a morir. Incluso llamé a los carabineros para que no fueran a creer que yo lo había matado; por suerte, de repente comenzó a reaccionar. Desde ese momento le tomé miedo a las pastillas para el ánimo, por eso no le he dado la sertralina que le indicó la doctora”, reconoce.

Luego de 20 minutos Isolda finaliza su trabajo y se despide del cliente de manera cordial. Mientras ordena las toallas ubicadas frente al lavadero de cabello aprovecha de ofrecer mermeladas de frutilla y ciruelas y pasta de ají verde, las cuales

fabrica para complementar sus ingresos. A pesar de estar en la fabricación de estos productos caseros, no se tienta a consumirlos y aumentar su ingesta de calorías.

“Estuve resfriada -cuenta mientras ordena el local-. Me mandé mi olla con eucalipto, jengibre, limón, romero y miel. Durante dos días estuve tomando una taza en la mañana y una en la tarde. Yo creo en las hierbas, no me gustan tanto los remedios que me dan en la posta. Mi mamá siempre usaba medicina natural. Hace 5 meses comencé a tomar remedios naturales. Nos dieron el dato de que afuera del Hospital Regional de Valdivia una señora vendía hojas de níspero, fui a comprar y desde entonces me hago un té que preparo con eucalipto, limón y jengibre También tomo hercampuri, una hierba peruana, ¡más amarga que el natre! Con esto mejoré mi control de diabetes, la doctora me felicitó”.

“Me he sentido bien -prosigue-. El problema que tengo ahora es que me creció mucho el soplo al corazón, no entiendo de qué, me dijeron que era insuficiencia cardíaca, que el corazón había crecido por el soplo. No me explicaron qué era esta insuficiencia, no entendí mucho. Me hicieron una eco abdominal, salió que tengo el hígado graso, el corazón y la vena aorta con calcio, un poco tapada, y yo comencé a ahogarme, caminaba de aquí poquitos pasos para allá y tenía que quedarme parada. La doctora me dio rosuvastatina para el colesterol y parece que con eso ando un poquito mejor porque ahora no me ahogo, solo me canso”.

Mientras prepara el local para la próxima persona que llegue a atenderse, explica que “cuando se me sube mucho la presión empiezo a ver cosas brillantes y cuando se me baja, me da mucho frío. Nunca me explicaron cómo funciona la

enfermedad por dentro de nuestro organismo. Nosotros con mi marido somos rebuenos para leer en Internet, así que vamos resolviendo nuestras dudas y nuestros dolores".

Agrega con orgullo que para las Fiestas Patrias solo comió una empanada y casi no probó los alfajores de chancaca debido a que le tiene mucho miedo a la diabetes, "porque es como un cáncer. Antiguamente a usted le cortaban los brazos, las piernas, nadie sabía qué pasaba. A la gente del campo nadie le explicaba nada. Entonces ahora uno dice: '¡Chuta! Ahora con la diabetes se me van a complicar los órganos, el páncreas, el hígado y el corazón'".

No puede ocultar su alegría por lo bien que estaba su examen de hemoglobina glicosilada. "Me he sentido menos bajoneada, estoy viendo las cosas de otra manera, estoy más positiva. Yo veía a mi viejo con depresión y sentía que él se aferraba a mí, pero mi viejito ahora está feliz porque su médico lo encontró bien. Y tengo a mi nieto que crié yo desde chiquitito, me llena de alegría y además está en la universidad".

Antes de comenzar a atender a la próxima cliente que llegó al local, reflexiona: "Yo no podría vivir sin mi viejo, tenerlo me anima. Lo conocí siendo peluquera. Él es mi amigo, mi amor, mi amante, mi pololo, todo. Vamos a cumplir casi cincuenta años juntos y nunca hemos discutido… Tampoco podría vivir sin mi trabajo. Yo nunca he cerrado la peluquería. Llego un poquito tarde, a veces harto tarde pero, como dicen, el local es de uno, uno sabe a la hora que llega. Y mis clientes cuando saben que no llego en la mañana, vuelven en la tarde… Yo soy la mujer más feliz del mundo en la peluquería".

Análisis.

Comunicación clínica: Desde la entrada al box la interacción fue cordial, evidenciándose una cercanía construida en años de relación terapéutica. La médico, al conocer en profundidad los antecedentes biopsicosociales de la paciente, prácticamente no utiliza tiempo de la consulta médica en ver el computador, sino que va construyendo el diálogo en base a preguntas cerradas, cuando quiere obtener un dato específico: "¿Ha tenido crisis de pánico?" y abiertas cuando desea entender un resultado terapéutico, como la disminución de la hemoglobina glicosilada. Las transiciones entre cada pregunta son suaves, siguen un hilo conductor, para garantizar la transferencia de los datos clínicos, cumpliéndose varios requisitos de la comunicación efectiva como la construcción de una relación de confianza, la claridad con que se transmiten las indicaciones y resuelven las dudas, manejando las expectativas y la reducción de la incertidumbre.

Mediaciones comunicativas: Existen diversos elementos que están mediando en la comprensión de la enfermedad, sus representaciones y alcances terapéuticos.

En el caso del manejo de la diabetes, es observable una **mediación cultural** en el momento en que la paciente decidió cuidarse con hierbas, ya que su madre las usaba. Utilizó hojas de níspero, con las cuales se preparó un té e incluso tomó hercampuri, a pesar de ser muy amarga, acción mediada por la tradición familiar y las creencias populares que le atribuyen acciones sanadoras a la medicina natural.

Esta **mediación familiar** en base a las creencias familiares se puede evidenciar también en el hecho de que el esposo comenzó a usar los fármacos de ella al ver su evidente mejoría anímica y emocional, acción que no guarda ninguna relación con la

finalidad del fármaco genfibrozilo, el cual es usado para bajar los niveles de triglicéridos, responsables de una patología asintomática denominada hipertrigliceridemia. Esta mediación puede resultar iatrogénica cuando la esposa decide cambiar una indicación médica y suspender un fármaco antidepresivo, por miedo a que su esposo tenga algún evento coronario o neurológico luego de sobrevivir a una intoxicación medicamentosa que ella misma causó al darle por error dos comprimidos de un relajante muscular en lugar de atorvastatina; desde esa fecha, él se ha mantenido en un estado depresivo permanente al no tener acceso a la sertralina.

Finalmente, es importante destacar que ella atribuye su mejoría clínica a **una mediación emocional:** "Yo no podría vivir sin mi viejo, tenerlo me anima. Él es mi amigo, mi amor, mi amante, mi pololo, todo. Vamos a cumplir casi cincuenta años juntos". De este párrafo se deduce que ella busca la mejoría clínica para cuidar de su esposo y nieto.

Representaciones de la enfermedad: La representación de las enfermedades en la paciente no tiene ninguna relación con los principios fisiopatológicos de la medicina. Para ella, la diabetes es sinónimo de cáncer (ambas enfermedades tienen un final trágico) y la insuficiencia cardiaca es consecuencia del colesterol acumulado en las arterias que terminó tapándolas y generándole un cansancio que ha ido disminuyendo con la rosuvastatina.

Lo paradojal de esta situación es que, a pesar de esta evidente diferencia de la representación patológica entre el médico y la usuaria, se lograron los resultados terapéuticos solicitados por el Ministerio de Salud de Chile: la hemoglobina glicosilada,

el año 2021 era de 8.9%, el año 2022 es de 7.4% y en el control de octubre del 2023 fue de 6,8%.

Ella en su relato argumenta que la principal motivación para controlar sus patologías crónicas es la situación de su nieto y su esposo, ya que ambos dependen de ella. Este antecedente del contexto familiar sería relevante en su buen control metabólico.

Elementos empáticos: El diálogo entre la médico y la paciente fluyó con normalidad debido a que se conocen hace 20 años, cercanía que se manifiesta en el uso de **marcadores verbales**

("¿Cómo ha estado? ¿Le han dado crisis de pánico?"), o de **equivalentes empáticos** de confirmación de valía ("¿Qué tomó que le hizo tan bien para mantener a raya la diabetes?").

La profesional usó además el **antagonismo de confrontación** al percatarse de que estaba dejando de tomar sus remedios para dárselos al esposo ("El genfibrocilo no mejora el ánimo, es para mantener controlado el colesterol. Lo ideal es que su esposo se tome sus propios medicamentos, no los suyos. Debe retomar la sertralina de manera gradual, primero la mitad por 7 dias y luego suba a un comprimido al día").

14.9. Sexto caso: Interacción Fallida

María Cristina tiene 60 años. Es diabética, dislipidémica, y carga también con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por vivir durante años con un fumador, sin haber ella probado en toda su vida un cigarrillo.

Recuerda que estuvo años en tratamiento y ningún médico lograba compensarla: unos decían una cosa y daban un medicamento, luego iba donde la enfermera, que “andaba apurada” y no le resolvía ninguna duda, solo empeoraban sus enfermedades. Hace un año comenzó a tratarla el doctor Castro: él le explicó con claridad qué tenia, cómo sus enfermedades le dañaban los riñones y la vista, le cambió los remedios por unos mejores, que aunque los tiene que comprar y son más caros, le han hecho bien, no ha tenido diarrea ni dolor de estómago. Ahora está de mejor ánimo y sus exámenes mejoraron.

A las 10 de la mañana la doctora Valenzuela la llamó al box para comenzar su control de crónicos. Luego del saludo inicial, María Cristina se sienta, cruza los brazos, aleja su silla del escritorio y responde que ha tenido zumbidos en los oídos y debe dormir con dos almohadas para no ahogarse en la noche. Agrega también que ha sufrido mareos y sudoración, síntomas que relaciona con bajas de azúcar.

La doctora, luego de revisar la ficha electrónica por varios minutos, le explica que, de acuerdo con sus exámenes, su diabetes está en rangos de normalidad al igual que la presión arterial. Sin embargo, el colesterol está elevado y eso puede resultar peligroso.

Al momento del examen físico fue medida, pesada, auscultada en la zona cardiaca y pulmonar y examinada en abdomen y extremidades, destacando la

presencia de edema (hinchazón) en ambas piernas, lo que orienta a una insuficiencia cardiaca, patología nombrada por la médico sin ahondar en la explicación del cómo apareció la descompensación y las consecuencias futuras.

A pesar de lo minucioso del examen clínico y del tiempo que se tomó la profesional, no hubo diálogo entre ambas. Sin mirarla, la médico le informa que su peso está normal, al igual que su presión arterial, deteniéndose es su dislipidemia.

—Su colesterol está alto, ¿está tomando su atorvastatina?

—No.

—Tiene que hacerlo, es importante para proteger su corazón. Además, debe cuidar su alimentación.

—…..

—Le voy a pedir un examen de fondo de ojo para el próximo control, en junio de este año.

—Está bien.

—¿Por qué va al kinesiólogo?

—Por el pulmón, estoy en la sala ERA.

La médico anota rápidamente los datos en la ficha electrónica y sin entregar las indicaciones finales, se despide de la paciente y le recuerda volver en junio. Luego de cerrar la puerta reconoce que a pesar de ser la alimentación la clave en este caso, omitió la indicación y derivación nutricional: “Me bloqueé, sentí una tremenda resistencia de ella, cuando me miraba, al cruzar los brazos, en todo momento se mostró distante. Me hizo dudar y tensionó mi forma de interactuar con ella, sentí que sólo quería retirarse, no supe por qué”.

Al otro lado de la puerta, María Cristina se sienta un momento en la sala de espera y le comenta a una vecina que aguarda a ser atendida que lamenta haber venido a este control: “Me cambiaron de médico sin avisar, la que me atendió no conocía bien mi ficha, no tenía idea de los remedios que tomaba. Me preguntó para qué iba al kinesiólogo, cuando llevo años en control por el pulmón. Vine a perder el tiempo, no me tocó con el doctor Castro”.

Análisis:

Comunicación clínica: La relación que se da en la interacción le otorga sentido al contenido, debido a que tiene un aspecto emocional que condiciona cómo se entiende el mensaje y las conductas que genera. En este caso existió un fracaso en la comunicación clínica por el rechazo de la paciente a ser parte del diálogo terapéutico, debido a que había construido una relación de confianza con su médico tratante durante un año, periodo en el cual logró buenos resultados. Pero sin mediar aviso ni explicación le cambiaron al profesional tratante. Lo que aceleró el quiebre fue que esta última no empatizó con el relato de la paciente que describía dificultad para dormir, mareos y sudoración, desestimándolo e infravalorando la eventual relación con la diabetes.

En este caso se evidencia también una falla interaccional que se da en la puntuación de la secuencia de los hechos. Ambas personas no cuentan con la misma información, pero no lo saben. La médico nunca supo que la molestia de la usuaria se debió a que le cambiaron su profesional de cabecera sin avisar.

Mediaciones comunicativas: Existe una **mediación emocional (**Four-Pome, 2010) que tiene su origen en la confianza creada entre el médico y la paciente y es el principal elemento mediador en esta adherencia terapéutica. También se observa una

mediación **institucional** (Orozco, 1997, 2002) que aparece cuando este lazo se rompe de manera abrupta, al cambiar el profesional tratante sin aviso ni consentimiento, afectando la capacidad de crear significado terapéutico en el receptor.

Representaciones de la enfermedad: En este caso, existe una representación de enfermedad que es similar entre la usuaria y el médico tratante, este último consiguió que María Cristina entienda qué es la diabetes y la importancia de mantener en equilibrio la ingesta de calorías a través de la alimentación y el uso adecuado de los medicamentos combinados.

Elementos empáticos: Al existir un fracaso en la comunicación clínica por el rechazo de la paciente a ser parte del diálogo terapéutico, queda clara la ausencia de elementos empáticos.

Un elemento a analizar fue la desconexión con el relato de la paciente que describía insomnio, mareos y el interés del profesional por llevar todo hacia el diagnóstico de diabetes, con la **ausencia de marcadores y equivalentes empáticos.**

Durante la entrevista hubo una **asimetría de sonrisa** lo cual generó que ambos interlocutores consideren la relación como fría y distante.

14.10. Séptimo caso: El Rol de las Mediaciones

Al igual que un futbolista que está por entrar a una cancha de fútbol, Rosa se persigna al ingresar al box de la doctora para su control de rutina. Viene acompañada de su pareja desde hace 5 años, Rubén.

Se sienta rauda frente a la médico, sonríe de manera afectuosa, saluda rápidamente y responde que ha estado bien, pero muy preocupada porque tiene una tía que murió ahogada cuando se le llenaron de líquido los pulmones. Teme que le pase lo mismo y que los calambres que ha comenzado a sentir sean un síntoma premonitorio de un colapso respiratorio.

La médico, quien manifiesta cercanía y conocimiento del caso, explicó que no cree factible que tenga un colapso pulmonar al igual que su tía, primero porque no evidencia ningún síntoma respiratorio y, segundo, porque no siempre las enfermedades son heredables, sino que lo importante es que ella esté bien y no piense negativamente.

Rosa es una mujer con un evidente retraso cognitivo, tiene buena apariencia, luce limpia, con jean, zapatillas y polerón bien cuidados. Tiene 45 años, mide un metro y 50 cms. y está con sobrepeso. Sonríe con facilidad y está muy conectada a cada una de las palabras que pronuncia la doctora. Pregunta siempre que no entiende, aunque no le respondan con exactitud a cada uno de sus requerimientos, ya que a veces integra tres dudas en una sola pregunta, como por ejemplo: “si el (eventual) colapso pulmonar le puede dar a alguien de mi familia, ya que escuché en la radio que andan muchas enfermedades en el aire y las vacunas no pueden matar a todos los bichos.

Así que yo no me voy a poner este año la de la influenza, porque cada vez que lo hago me enfermo dos semanas en cama".

Ella no siempre estuvo en estas condiciones. Hace dos años vivía sola, en precarias condiciones sanitarias y estuvo a punto de fallecer producto de una cetoacedosis diabética, una de las peores complicaciones de la enfermedad gatillada por un descontrol absoluto entre ingesta de calorías y la insulina circulante.

Afortunadamente esta historia no tuvo un final trágico. Rosa conoció a Rubén, un obrero con escolaridad completa que comenzó a organizarle la vida. Al principio esta relación fue mirada con desconfianza por el equipo de salud del Cecosf, incluida la doctora. Pensaron que él quería aprovecharse de su vulnerabilidad, pero resultó todo lo contrario: a los arreglos en la vivienda se sumó el uso de insulina que él administró religiosamente, logrando que en tres meses bajara su hemoglobina glicosilada de 14 a 9,6, lo que parecía imposible el año anterior.

—Los exámenes mejoraron pero debemos hacer un ajuste en la alimentación. La insulina no es suficiente.

—Pero si yo sólo tomo Cachantún sin gas y no como dulces. ¿Por qué será que a veces siento calores, como bochornos?

—Consumir liquido es una muy buena decisión. La voy a derivar a una nutricionista para realizar algunos ajustes en la dieta.

Mientras se desarrolla el examen físico, Rosa comenta que ha subido de peso y que ha sentido algunos bochornos, pero está feliz porque su presión está normal y mejoró el nivel de azúcar en su sangre. La médico sonrió, la tomó de la mano antes de

asentir a cada una de sus afirmaciones, agregando que los pulmones y el corazón se escuchan bien.

Terminado el examen físico, la entrevista cierra con Rosa alegre y concentrada en las gestiones que realiza la médico con el propósito de conseguir una máquina que permita medir la glucosa en el hogar. Tras la despedida, se vuelve a persignar y sale junto a su pareja a retirar los medicamentos, agradecida y con todas sus dudas resueltas.

En la ventanilla de la farmacia, Rubén mastica su decepción al sentir que en realidad no tomaron en cuenta ninguna de las preguntas que formuló Rosa y que eran importantes para ella. Como el origen de sus calambres, si estos tendrán o no relación con las várices; si los bochornos son por la diabetes o está entrando a la menopausia.

Análisis:

Comunicación clínica: Una interacción contextualizada a las condiciones biopsicosociales del paciente (nivel educacional, creencias, redes sociales de acompañamiento, lugar de residencia) constituye un pilar terapéutico que favorece la adherencia al tratamiento. En este caso existe un conocimiento profundo del contexto social y familiar de la paciente, incluso la profesional estuvo en los momentos de la descompensación diabética grave y en el origen de la relación de Rosa y Rubén. Desde el punto de vista de la dimensión comunicativa, en todo momento el diálogo estuvo diseñado con el propósito de mejorar la adherencia y los resultados terapéuticos, consolidando la mejoría clínica obtenida con el apoyo de Rubén, quien tiene la responsabilidad de aplicar la insulina de acuerdo a los esquemas. La profesional mostró flexibilidad al momento de responder las consultas, formulando las

frases apegada al contexto sociocultural, repitiendo las veces que fuera necesario las ideas fuerza.

Mediaciones comunicativas: Existe una notoria presencia de los elementos del contexto social en el proceso de recepción del mensaje, una **mediación cultural** marcada por la religiosidad, una **mediación cognitiva** secundario a un daño neurológico que termina con una baja escolaridad y una situación de dependencia. **La mediación familiar** podría considerarse la más importante a la hora de mejorar los resultados terapéuticos, ya que después de conocer a su pareja, quien le arregló la casa y comenzó a administrar insulina, mejoró su hemoglobina glicosilada de 14% a 9,6%.

Representaciones de la enfermedad: Para la usuaria sus patologías representan un desafío que va más allá de lo humano, adquiere dimensiones metafísicas, donde la ayuda divina es fundamental en el éxito terapéutico, al igual que los conocimientos que posee la médico, los cuales no son cuestionables.

Elementos empáticos: Esta relación de larga data explica la fluidez con que usó marcadores gestuales en el examen físico cuando la tomó de la mano en señal de aprobación, siguiendo en todo momento el relato de Rosa. Durante el control también surgieron equivalentes empáticos de legitimación como “consumir líquido es una muy buena decisión”.

14.11. Octavo caso: La Importancia de la Comunicación no Verbal.

Andrea tiene 28 años y cursa un embarazo de 32 semanas. Ingresó a las 9 de la mañana al box de atención médica, motivada por una sensación de dolor y calambre en la muñeca y codo derecho.

Luego de un breve saludo, tomó asiento y empezó a explicar que cuando tenía dos meses de embarazo comenzó a sentir una especie de cansancio en el brazo que después le fue tomando el codo y la muñeca. Al principio no le dio mayor importancia, pero las molestias fueron aumentando hasta sentir una especie de hormigueo.

“Siento la mano hinchada en comparación a la otra. Hace unos días comencé a experimentar falta de fuerza para sostener objetos como una taza, platos, una tijera, esto me asustó de sobremanera porque tengo miedo que no pueda sostener a mi bebé cuando nazca”. Para reforzar su relato se subió la manga del polar gris que vestía e indicó la zona donde la sensación era más intensa, desde la zona pulgar hasta la muñeca.

La médico, ubicada a más de un metro de distancia de Andrea, no alejó su mirada de la pantalla del computador mientras la futura madre emitía su relato. Tampoco ahondó en los antecedentes clínicos del motivo de consulta ni en el contexto familiar, económico o laboral. Concentró su atención en torno a la existencia de alguna patología reumatológica en la familia, lo que ella denominó en el momento como una “enfermedad de las bisagras”, acto seguido comenzó a llenar unas órdenes de exámenes. No se levantó de la silla, no realizó el examen físico, ni preguntó en qué lado del cuerpo era el dolor.

Andrea, visiblemente contrariada por la forma en que iba conduciéndose la entrevista médica, alejó su silla del escritorio y cruzó sus brazos. Contraargumentó que no existe nadie en su familia con alguna enfermedad articular o inmunológica, y que ella pensó en su momento que podía ser todo producto de los años que se dedicó a la peluquería antes de quedar embarazada, incluso por usar demasiado el celular, una especie de tendinitis. Luego de entregar estos antecedentes consultó si puede tomar algo para el dolor.

La profesional hizo hincapié en el hecho de que, por su embarazo, solo puede tomar paracetamol y poner las manos en el agua. Luego de digitar en el teclado, entregó una orden para exámenes inmunológicos y otra para una radiografía de manos y muñeca.

—Pero ¿puedo hacerme una radiografía si estoy embarazada?

—Mejor que esperemos a que nazca el bebé —corrigió la profesional, ante la evidente desconfianza de Andrea.

La embarazada tomó sus papeles y luego de una fría despedida salió del box.

Análisis:

Comunicación clínica: Analizando la dimensión comunicativa de este caso clínico, desde el inicio de la entrevista se observa que no existe interacción. No hubo espacio para la transferencia, ni alguna intención de reducir la incertidumbre por parte de la profesional. Es claro que el diálogo no tuvo un efecto terapéutico ya que no se resolvió el motivo de consulta e incluso la usuaria cuestionó uno de los exámenes por considerarlo teratogénico.

La comunicación no verbal no cumplió los parámetros necesarios para garantizar la efectividad terapéutica. La profesional no fijó la mirada, no se sincronizó la conversación porque prácticamente no la hubo. Y, debido a que ella estuvo digitando datos en el teclado del computador la mayor parte del tiempo no existió transferencia de emociones básicas. Incluso Andrea, al recibir la indicación de una radiografía, asumió una postura cerrada, cruzando los brazos y alejando su silla del escritorio. Esta conducta puede entenderse por el hecho de que la médico omitió el examen físico, el cual resulta fundamental en la evaluación, formulación del diagnóstico y las indicaciones.

Desde el punto de vista sociocultural, las preguntas formuladas por la profesional, además de imprecisas, no buscaron ahondar en las variables del contexto social y laboral, sino que iban dirigidas a configurar una hipótesis diagnóstica. Tampoco abrió el espacio para conocer la interpretación dada por la paciente a sus signos o síntomas físicos, considerando las mediaciones culturales, sino que fue esta última quien refutó la hipótesis inmunológica de la patología por una de origen laboral, tendinitis, por su trabajo de peluquera.

Elementos empáticos: Con los antecedentes expuestos, es claro que desde el punto de vista de la dimensión empática no se percibieron marcadores gestuales o visuales, menos algún equivalente de respeto, valía, apoyo o normalizaciones.

14.12. Noveno caso: Representaciones Sociales Versus Realidad Clínica

Hoy es lunes y don René no tenía ganas de levantarse. No tanto por el frío o sus dolores de rodillas, sino porque les cree cada vez menos a los médicos. Está a punto de cumplir 83 años, nació y se crio en el campo hasta que murió su madre. Estudió hasta sexto básico, jugó alguna vez fútbol, empezó a fumar a escondidas a los 14 años, tuvo su primer contrato de obrero industrial a los 18 años, respiró polvo químico por décadas y cargó sacos de cemento hasta que jubiló. Se casó y tuvo 9 hijos, 7 en el matrimonio y dos extramaritales.

Hace más o menos 25 años le diagnosticaron hipertensión arterial y nunca le explicaron de qué se trataba la enfermedad. Le dieron unas pastillas para que tomara una en la mañana, otra en la noche, las cuales nunca usó porque no le dolía nada, se sentía bien. Por lo tanto, concluyó que no estaba enfermo y que el médico se había equivocado. Juntaba muchos remedios, bolsas llenas de pastillas amarillas y blancas (enalapril y furosemida), las que terminaba arrojando al basurero porque su madre nunca tomó remedios (puras hierbas) y vivió hasta los 90 años.

Sin embargo, hace 7 años sus piernas comenzaron a hincharse durante el día, pero al despertar en las mañanas el síntoma disminuía. Su hija le sugirió preguntar a un especialista. Él accedió: fue evaluado por un cardiólogo, quien luego de examinarlo y analizar el ECG (electrocardiograma) le dijo que le estaba fallando el corazón por no haberse tomado los remedios que le habían recetado. No muy convencido, volvió a tomar las pastillas. Pero las abandonó a la semana ya que en el día andaba mareado y en la noche no podía dormir por los calambres. Además, le prohibieron beber y fumar, sacrificio que no estaba dispuesto a hacer, así que volvió a las agüitas de yerbas que le

preparaba una nieta siguiendo una receta que había escuchado en la feria. También le dieron unas bombitas (inhaladores) para la tos, cuyo nombre no recuerda, que le limpiaron el pecho, pero que reemplazó por inhalaciones de eucalipto y hojas de diario en el pecho con Mentholatum para cuando sentía ruidos bronquiales.

Hace menos de un año, una mañana despertó con un fuerte dolor en la espalda y latidos en el cuello. Su hija lo llevó al hospital y lo dejaron un mes hospitalizado. Recuerda que un médico le explicó que su corazón comenzó a palpitar muy acelerado y desentonado (arrítmico) lo que causó la puntada en el esternón, los mareos, el decaimiento y lo tuvo a punto de tener que tomar una nueva pastilla para adelgazar la sangre y evitar que los coágulos se le fueran a la cabeza. Cuando lo dieron de alta, lo primero que hizo fue pedirle a la nieta que le actualizara el tratamiento con hierbas, ya que no estaba en sus planes tomar tantas pastillas; sin embargo, en esta oportunidad ella no quiso: “Vi a mi abuelo demasiado débil, me di cuenta de que las hierbas medicinales no serían suficientes”.

Hace dos meses, don René fue llevado al servicio de urgencia del Hospital Base de Valdivia porque no podía respirar, se ahogaba, sus labios estaban azules, tenía las piernas hinchadas, no comía ni bebía agua. Luego de una serie de exámenes y radiografías le diagnosticaron neumonía y le indicaron antibióticos endovenosos, pero no mejoró. Lo tuvieron que ingresar a una sala de observaciones, donde un internista se percató de que los pulmones estaban llenos de agua por una falla cardiaca, no por una infección en el pulmón. “Los médicos esta vez estuvieron a punto de matarme, uno dijo que era un microbio, me dio unos remedios que no sirvieron para nada, estuvieron experimentando conmigo”, recordó.

Hoy le toca control de crónicos y va acompañado de su hija Ángela, quien explica, apesadumbrada, que "nunca quiso tomar remedios, recién el 2014 aceptó que lo acompañara a un control y ahí me di cuenta que no hacía caso de las indicaciones. Siempre fue llevado de sus ideas, ahora nos toca cuidarlo nosotros", reclama.

A las 10 AM ingresan al box, luego de un cordial y afectuoso saludo. La médico, tras revisar los antecedentes en el computador, enfatiza que está inasistente a controles desde hace 1 año, conducta inapropiada en su condición clínica definida por un deterioro orgánico marcado por cansancio extremo a los mínimos esfuerzos, dificultad respiratoria producto de la insuficiencia cardiaca y el daño pulmonar. Dicho esto, le indica que se dirija a la camilla para el examen físico mientras digita e ingresa información a la ficha electrónica.

Cabizbajo, respirando agitado, tembloroso, don René avanza lento a la camilla acompañado de su hija; en esta oportunidad, sentarse, levantar los brazos y sacarse la chaqueta representa un esfuerzo agotador. La médico, tras desconectarse del computador, realiza con detalle el examen físico y concluye que debe ser evaluado por cardiología a la brevedad, ya que es poco lo que puede hacer en atención primaria por su insuficiencia cardiaca y el daño pulmonar.

"Nadie sabe bien lo que tengo", murmura, mientras la hija le ayuda a vestirse. Solo el hecho de volver a ponerse la ropa, bajarse de la camilla y avanzar a sentarse para continuar con la entrevista médica le resulta agotador.

Al cerrar el control, la médico enfatiza la prohibición absoluta de consumir alcohol, repasando cada uno de los fármacos que debe usar para sus enfermedades.

Tras despedirse y abandonar el box, don René manifiesta que “los médicos me tienen aburrido, me tiran de un lado a otro, nunca terminan de pedir exámenes, no se ponen de acuerdo, no saben lo que tengo. Uno dice que es el corazón, otro el pulmón; la semana pasada me dijeron que tenía problemas en la próstata, pero ‘tenía que estar contento, ya que no era cáncer’ y que más adelante me iban a poner una sonda en el pene para orinar en una bolsa. ¡Cómo voy a estar contento con lo que me dijeron!”.

Análisis.

Comunicación clínica: Desde el primer control médico relatado por el usuario, la comunicación con el médico no fue efectiva ya que este no construyó un lazo de confianza ni logró que el receptor comprenda las características fisiológicas de la enfermedad y las complicaciones de un mal manejo, lo que terminó causando la insuficiencia cardiaca y respiratoria.

Las preguntas eran directas buscando sólo antecedentes biomédicos, en lugar de abiertas para detectar alguna situación del espectro psicosocial que pueda estar afectando otros planos, como el emocional, sin ahondar en la presencia de variables sociales que pudieran causar el aumento de la dependencia.

Existe un trastorno a nivel del contenido y la relación, don René está en desacuerdo en ambos planos. No confía en los médicos y difiere completamente de ellos en su concepción de enfermedad (Watzlawick et al., 2017). Con las frases “nadie sabe bien lo que tengo”, “los médicos me tienen aburrido” o “¡cómo voy a estar contento porque no era cáncer si más adelante me iban a poner una sonda en el pene para orinar en una bolsa!”, dichas por don René en el box y a la salida del control de salud, queda demostrado que la comunicación clínica no fue efectiva ya que el usuario

salió decepcionado, con las mismas dudas y desconfianzas, y clínicamente sin ninguna respuesta terapéutica.

Representaciones de la enfermedad: Este fracaso terapéutico fue favorecido por la representación de la hipertensión arterial que tenía el paciente. Según las creencias de don René, para estar enfermo debía aquejarle un dolor, sentirse mal y está asintomático.

Mediaciones comunicativas: ***La mediación cultural*** invalidó el discurso médico y anuló cualquier posibilidad de adherencia farmacológica, imponiéndose incluso el dato de la longevidad de su madre, que llegó a cumplir 90 años usando hierbas para tratar las enfermedades. Lo anterior también motivó el abandono del tratamiento indicado por el cardiólogo, cuando los síntomas de descompensación podían haberse manejado. Volvió a recurrir a la medicina natural con la ayuda de la nieta y cambió los nebulizadores para el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) por inhalaciones de eucalipto.

En este caso, una de las principales complejidades de la interacción clínica es que no puede producirse ni comprenderse un discurso sin que los participantes manejen una cantidad considerable de conocimientos, situación que resulta compleja en el caso de la hipertensión arterial, la cual es asintomática en la primera etapa. No afecta la vida cotidiana, pero el daño es lentamente progresivo hasta que deteriora de manera irreversible el sistema cardiovascular, renal y neurológico. Para lograr el control metabólico de esta enfermedad debe existir confianza en el médico tratante, comprensión absoluta de las indicaciones, que incluyen aspectos nutricionales,

actividad física, restricción del consumo de alcohol y tabaco. Todo lo cual es complejo con don René por su nivel educacional y sus fuertes creencias culturales.

Elementos empáticos: Analizando el control cardiovascular presenciado, la distancia entre el profesional y el paciente quedó manifestada en la ausencia de empatía al momento de la entrevista clínica. No se usaron marcadores ni equivalentes empáticos. Lo anterior queda graficado cuando la médico enfatiza la importancia de no beber, lo que el paciente había dejado de hacer hace un año, en lugar de conectar con los problemas respiratorios y la fragilidad manifestada luego de recorrer menos de tres metros, desde que se bajó con dificultad de la camilla y caminó con gran esfuerzo hasta su silla.

14.13. Décimo caso: Una Imagen (Mental) Vale Más que Mil Palabras

Marzo de 2023, mediodía. Ingrid, 60 años, auxiliar paradocente, llegó a su hora médica decidida a resolver una duda que la aquejaba desde noviembre de 2022, cuando asistió a su control de salud cardiovascular por dislipidemia.

Luego del saludo inicial, afectivo y cercano, comenzó a narrar que en aquella oportunidad, el médico que revisó sus exámenes le informó que era diabética y debía cuidarse para no terminar al cabo de los años ciega o dializada, indicándole que tomara metformina de 850 mg antes de almorzar. Sin ninguna convicción comenzó a usar el fármaco y dos horas después de la primera dosis sintió un fuerte dolor estomacal, como retorcijón, y le vino una diarrea que la tuvo media hora en el baño. A pesar de todo siguió por dos semanas usando el remedio hasta que lo suspendió debido a que los efectos secundarios eran incompatibles con su vida familiar y laboral.

—El médico estuvo equivocado en su diagnóstico. Es imposible que tenga diabetes porque no tengo ningún síntoma, no me duele nada, no tengo sed, no ando orinando a cada rato, ni tampoco siento hormigueos en las manos o los pies. Nada que ver con lo que me pasó el año 2012, cuando comencé a sentir mareos, bochornos y me encontraron el colesterol alto. Comencé a tomar atorvastatina en la noche y los síntomas desaparecieron —explica Ingrid.

El médico le pide un poco de tiempo para ver su ficha clínica, tras lo cual hace un llamado telefónico y pide que le envíen los últimos exámenes de laboratorio. Mientras llegan los datos, profundiza sobre los antecedentes socioeconómicos, familiares y escolares de Ingrid.

—A mí me crio mi abuela. A los 20 años me junté con el padre de mi primer hijo y nos fuimos a vivir juntos. Eso no resultó. Conocí a otro hombre, tuve un segundo hijo y seguimos juntos en una casa con todo lo necesario. Ahora no dependo de nadie, tengo mi sueldo, trabajo de auxiliar en una escuela.

Al término del relato, llegan los exámenes actualizados, tras lo cual el médico pregunta:

—¿Usted sabe qué es la diabetes?

—Cuando se enferman por comer azúcar y yo uso gotas para endulzar.

—Revisando los exámenes, efectivamente usted no es diabética, pero si no comienza a cuidarse va a terminar siéndolo.

—¡Qué alegría más grande! Yo sabía que el otro médico se había equivocado.

El médico saca un papel y comienza a explicar que de acuerdo con los resultados de laboratorio ella no cumple con la condición de diabética, pero que es

portadora de una condición donde existe resistencia a la insulina, una especie de desequilibrio entre las calorías que consume y las que ella gasta con sus actividades diarias.

—¿Usted es cristiana?.

—Si, católica.

—Mire, las calorías son como el diablo. Están en todas partes y se disfrazan, están más presentes en los alimentos salados que en los dulces. Más en el pan, en los tallarines, que en las manzanas.

—O sea, ¿hay más azúcar en el pan que en las manzanas?

—Correcto, así que de ahora en adelante coma la mitad de los alimentos salados y los cambia por frutas y ensaladas. Por ejemplo, en lugar de un plato de fideos, coma la mitad y rellena con ensalada. Si queda con hambre, coma una manzana.

A los minutos la paciente captó la idea de que hay más calorías en el pan que en cualquier otro alimento, que eran insuficientes las gotas, que no era diabética, pero que si no se cuida va a terminar siéndolo en menos de un año.

Al finalizar la entrevista clínica, el médico le pidió para 6 meses una batería de exámenes completos, incluyendo glicemia y hemoglobina glicosilada, resultados con los cuales podrá evaluar el cambio en los hábitos de Ingrid.

Luego de un abrazo de despedida, la paciente deja el box entusiasmada.

“En septiembre volveré con nuevos exámenes. Quedé tranquila, se había equivocado el otro médico. Ahora me explicaron bien, entendí todo: debo comer más

sano, tomar más agua, caminar más, si no voy a terminar diabética de verdad", expresó antes de partir a su casa.

Análisis.

Comunicación clínica: En la primera interacción clínica realizada en noviembre del 2022, donde fue diagnosticada como diabética, hubo un trastorno comunicacional a nivel del contenido y la relación (Watzlawick et al., 2017). Ingrid, en las primeras semanas post diagnóstico, se vio obligada a dudar de su percepción de salud y enfermedad e iniciar el uso de metformina, medicamento que tomó durante dos semanas a pesar de los cuadros de diarrea, por temor a perder sus controles. Sin embargo, era tan fuerte su representación de la diabetes que la duda respecto a un mal diagnóstico jamás dejó de acecharla. Para ella, una enfermedad debe doler o invalidar de alguna forma, y ella estaba completamente asintomática.

Cinco meses después, la comunicación entre el médico y la paciente cumplió varios requisitos de la comunicación efectiva. Se logró construir una relación de confianza, escuchando y considerando que ella pudiera tener razón, poniendo en duda el anterior diagnóstico, disminuyendo al máximo el tiempo usado en digitar en el computador, privilegiando el diálogo por sobre el registro de los datos.

En la entrevista hubo transferencia de la información, con transiciones lentas y dirigidas a las preguntas abiertas, dejando que sea la paciente quien hable. El profesional mostró empatía desde el inicio, al saludar de manera cordial, al pedir los exámenes de laboratorio para validar el relato, legitimando el punto de vista de Ingrid, sin cuestionarla, sin caer en una visión paternalista. El cierre del encuentro fue cordial, afectuoso, con una serie de compromisos que deben cumplirse antes de seis meses.

Para generar un cambio conductual, debe existir en el diálogo terapéutico un proceso de interacción simbólica, donde el enfermo y el profesional tratante compartan significados comunes, considerando que las personas orientan sus actos hacia las cosas que son significativas para ellas, como las creencias, sus redes familiares, la comunidad donde trabajan y de este modo se genera la interacción social (Blumer, 1968). En este caso, el médico transmitió con claridad la hipótesis diagnóstica, usó analogías para explicar qué es la diabetes, apelando al contexto educacional y las creencias de la usuaria, en lugar de usar un lenguaje técnico.

Mediaciones comunicativas: En el control cardiovascular el médico uso una ***mediación cultural***, la ***religiosa,*** para explicarle cómo medir y controlar el consumo de carbohidratos. “Las calorías son como el diablo. Están en todas partes y se disfrazan”

Representaciones de la enfermedad: Desde el punto de vista de las representaciones involucradas y evidenciadas en la segunda interacción clínica, cuando ella decide cambiar de médico y buscar una segunda opinión, si bien tenía razón en que estaba mal diagnosticada, el profesional se percató de dos situaciones de relevancia terapéutica:

-La primera es que, si bien no cumplía con todos los requisitos para ser diagnosticada como diabética, de no ocurrir un cambio en sus hábitos alimenticios y conductuales, en menos de un año sí lo iba a ser; por lo tanto, entendió que el primer médico había tomado una conducta adecuada en el contexto de una usuaria que no muestra disposición a cambiar: la había comenzado a tratar “por adelantado” como diabética.

-La segunda: ella se mueve en base a sus creencias, incluso puede hacer cambios permanentes si las indicaciones se conectan con lo que cree. Eso quedó reflejado cuando, 10 años atrás, tuvo un cuadro clínico caracterizado por bochornos y mareos, típico de un cuadro de menopausia. En el control médico de aquel entonces, a causa de un examen de sangre alterado fue diagnosticada de una patología asintomática: dislipidemia (colesterol alto), y comenzó a tomar atorvastatina todas las noches. Con posterioridad al control estos síntomas comenzaron a disminuir por razones distintas al uso de aquel fármaco, pero ella relacionó los bochornos al colesterol alto y, como estos desaparecieron, fue “gracias a la atorvastatina”.

Consciente de aquello, el profesional recurrió a las analogías con que ella se podía conectar, como las religiosas, para crear una representación calórica de los carbohidratos, lo cual funcionó. En ningún momento intentó cambiar las creencias de la paciente, sino que utilizó esa matriz cultural para intentar hacer un cambio conductual, enfoque absolutamente distinto al profesional que la atendió en noviembre de 2022.

Elementos empáticos: El profesional al notar que la paciente estaba disconforme y desconfiada con el diagnóstico utilizó una estrategia de ***empatía de cambio***, es decir utilizó tiempos y gestos empáticos con el propósito de construir confianza y una nueva relación con la enfermedad.

14.14. Undécimo caso: Información que no Informa

Don Juan, pescador de 54 años, y su nieta toman desayuno como todos los días. Prefieren el pan amasado con una primera capa de mantequilla, cubierto de mermelada casera y café con azúcar; ella lo mismo, pero con té. Hoy a diferencia de otros días, él sale de su casa más temprano porque debe llegar a su control de crónicos.

Vive a 5 cuadras del Centro de Salud Familiar, al fondo de un pasaje en una acogedora casa de madera junto a su esposa, su suegra, una hija y su nieta. Trabaja de pescador, pero cuando el mar no está bueno hace algunos trabajos mecánicos, incluso planta algunas hortalizas para autoconsumo.

Desde el año 2020 no asistía a su control debido a que estuvo un año completo trabajando en una isla, llegando a ganar casi un millón de pesos mensuales. “Como tenía, había que aprovechar mi bonanza económica. Ni me acordé de mis enfermedades, además me sentía muy bien, no me dolía nada… Mi esposa me preparó todos los días un litro de té de hierbas en base a palo negro, cogollo de murta, hojas de palto, hojas de níspero y matico…anduve bien”.

Cerca de las 8 horas llega al Cecosf, ingresa a la sala de espera media hora adelantado. Mientras espera que lo atiendan relata a un conocido, que anda en los mismos asuntos, que está como un roble: “Mi señora me anda trayendo cortito. Hace 10 años que estoy enfermo. Me enteré de que era diabético cuando sufrí un infarto cerebral, me hospitalizaron y cuando me fui para la casa, salí además hipertenso y con el colesterol alto. Desde ese día mi señora me cuida. Además, en la mañana y en la noche le pido a Dios que no me abandone y me sane de estas enfermedades”.

A las 08.30 horas es recibido por su médico tratante, quien lo reconoce de inmediato.

—Tanto tiempo sin verlo, hace 3 años que no lo veía por acá.

—Me he sentido bien, estuve más de un año trabajando en Isla del Rey y no podía dejar el trabajo, está muy escaso. Me he sentido mareado, siento un pito en el oído cuando muevo así la cabeza (hace la acción pidiendo que lo mire mientras la médico escribe los datos en el computador).

—¿Cómo está su suegra, su esposa?

—Mi señora muy bien, me tiene cortito con los remedios. Mi suegra está postrada.

Terminadas estas preguntas, toman la presión y lo pesan: está en 82 kilos, tres menos que el último control. Luego lo suben a la camilla para examinar pulmón y extremidades inferiores, donde detectan los primeros síntomas de neuropatía diabética.

Finalizado el examen físico, mientras Juan se baja de la camilla. La profesional anota en el computador todos los hallazgos y cinco minutos después señala:

—Sus exámenes no están buenos y tiene la presión alta. Considerando su antecedente de accidente cerebrovascular debería usar insulina.

—No quiero usar insulina, prefiero cuidarme con las comidas y portarme bien.

—Debe tener una dieta equilibrada.

—Es raro, yo apenas como dos panes con mantequilla y mermelada casera al desayuno y a la once.

—Le voy a dejar nitrendipino en la noche, el otro remedio lo suspende. Y media pastilla de hidroclorotiazida en la mañana. ¿Anda con su carnet de crónico?

—No, porque recién el lunes vine a buscar remedios.

Acto seguido explica una serie de detalles a considerar en la dieta, solicita un electrocardiograma y un control seriado de presión arterial. Todas estas indicaciones entregadas en menos de dos minutos.

—Nos vemos en 3 meses. Si no baja el azúcar, va a tener que usar insulina en la noche.

Luego de la despedida, a la salida del box murmura, con una evidente expresión de preocupación “no entendí todo de lo que me dijo, solo me entregó estas recetas y ahora voy a ir al Some y a la farmacia para que me entreguen los medicamentos”.

Mientras retornaba a su casa no lograba entender cual pastilla era la que debía dejar de tomar y lo atemorizaba la idea de tener que usar insulina. Al llegar, respondió afirmativamente a cada una de las preguntas del interrogatorio de su esposa respecto a cómo se desarrollo el control médico y comenzó a preparar las maletas para irse el día siguiente a Isla del Rey a trabajar.

“A él siempre lo encuentran bien, nunca le duele nada”, señala Mónica, quien lleva casada 30 años con Juan. Ella tiene hipertensión arterial, prediabetes, artrosis, artritis y “probablemente fibromialgia, a causa de los nervios…yo antes me levantaba todas las mañanas con dolor, sentía como que me daban una paliza, tuve que pedir que me cambien de médico, el que me atendía no me examinaba, me miraba de lejos, siempre pegado en el computador, siempre me daba la misma receta y me citaba a un nuevo control”.

“Cuando reclamé en el Cecosf me comenzó a atender el Dr. Castro, cuando lo vi lo encontré muy joven, pero en la primera atención todo cambió: leyó completamente mi ficha y entendió lo que me pasaba, me examinó bien, me tomó la presión y me cambió los remedios. Yo antes sentía mucho calor y dolor de cabeza por la presión, ahora eso desapareció, aún no sé qué cosa es la artrosis o por qué se produce la artrosis, pero ya no me duelen los huesos. Me levanto con mucho mejor ánimo para cuidar a mi madre que está postrada y tiene 94 años”, agrega.

A las 14 horas vendrá a buscarlos su hijo en camioneta para irse a Isla del Rey, la cual está a una hora de viaje desde Valdivia. Su próximo control es en seis meses, así que “voy a tener tiempo para hacer dieta”, concluye Juan.

Análisis.

Comunicación clínica: Existe una relación de confianza construida durante años la cual le permite al profesional omitir la indagatoria de los datos del contexto y concentrarse en los datos de laboratorio y en las nuevas indicaciones; sin embargo, las transiciones entre una y otra son bruscas, entregando mucha información en poco tiempo, sin verificar que el paciente entendió el cambio y uso del nuevo fármaco antihipertensivo, las modificaciones a la dieta, o por qué pidió un electrocardiograma o un control seriado de presión arterial.

En relación con el uso de la comunicación no verbal, la mirada nunca estuvo fijada en el paciente, la mayor cantidad del tiempo se utilizó viendo el computador, nunca existió una intención comunicativa al usar los recursos kinésicos. Respecto a la intensidad y velocidad del paralenguaje, la profesional no dio el énfasis necesario al momento de

interactuar y, al entregar excesiva información en poco tiempo, terminó abrumando al paciente.

Mediaciones comunicativas: En el relato se manifiesta la presencia de una ***mediación cultural*** asociada al uso de medicina natural representado en *el té de hierbas en base a palo negro, cogollo de murta, hojas de palto, hojas de níspero y matico,* al cual le atribuye parte de su respuesta terapéutica. También existe una fuerte influencia de la religión manifestada en la frase "*en la mañana y en la noche le pido a Dios que no me abandone y me sane de estas enfermedades".*

Los 3 años que transcurrieron entre el último y el actual control dejan en evidencia la existencia de una ***mediación contextual*** ligada a lo socioeconómico y a lo laboral, la cual provoca una falta de adherencia al tratamiento y a las indicaciones.

A nivel familiar existen elementos que ayudan a entender cómo es el proceso para lograr una adecuada respuesta clínica, los cuales quedaron graficados en el relato de la esposa quien solicitó cambio de medico tratante porque no la examinaban, la miraban de lejos, prefería estar "pegado al computador" y le daban siempre la misma receta.

Representaciones de la enfermedad: Vuelve a manifestarse la creencia de que la ausencia de síntomas es sinónimo de un buen control metabólico en patologías como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia. El paciente al sentirse bien, asintomático, no sintió la necesidad de retomar su tratamiento, a pesar de que había sufrido un accidente cerebrovascular.

Otras representaciones que aparecieron en el relato fueron la relación entre insulina y fase terminal de la enfermedad, similar a la etapa de cuidados paliativos del cáncer, lo que provoca el rechazo a su uso a pesar de ser indicada por el médico tratante.

Para la esposa, la hipertensión genera la sensación de calor y dolor de cabeza, y la fibromialgia tiene un origen neurológico, interpretaciones diametralmente distintas al origen fisiopatológico y manifestación semiológica de estas enfermedades, reconociendo además que no entiende como funciona la artrosis y por qué aparece.

Del relato puedo deducirse que no entienden su enfermedad y en el tiempo que dura la atención médica no se ha corregido esta situación.

Elementos empáticos: En la interacción clínica la profesional utilizó un marcador empático verbal al preguntar sobre el estado de salud de la esposa -portadora de varias enfermedades crónicas- y la suegra -esta última de 94 años y postrada-, las cuales representan una carga familiar.

La profesional percibió que los hábitos de alimentación no permitían un adecuado manejo de la diabetes, manifestando un **antagonismo de confrontación** al dejar claro que se pospondrá el uso de insulina a la espera de un cambio conductual evaluado en 3 meses más.

14.15. Duodécimo caso: En el Nombre del Padre

Ariel, hoy a las 10 de mañana tenía control de crónico con una doctora, pero al llegar al box le informaron que lo habían agendado mal y debe volver en dos semanas. Lo que no quiso decir cuando le comunicaron del error administrativo es que en esa fecha viajará por trabajo a Arica y luego a Valparaíso: “Me comí la rabia calladito, a pesar de todas las disculpas que me dieron del Some”, señaló.

Hace 20 años le dijeron que tenía diabetes e hipertensión, luego dislipidemia, obesidad y gota. Desde aquel primer diagnóstico lo han visto por lo menos 15 médicos.

Cuando se está acostumbrando con uno, viene otro con nuevas indicaciones; sin embargo, lo que no cambia son los malos resultados de sus exámenes. En el último control tuvo una hemoglobina glicosilada de 13% , una presión de 160/90 y una crisis de gota.

“Los primeros médicos que me atendieron me explicaron qué era lo que tenía, de ahí en adelante solo me ven los exámenes. Hace 16 años uso insulina, los controles terminan siendo cuanto hay que subir a la dosis y consejos que no- logran nada”.

Por momentos está cansado de esta situación, siente que no progresa. “Hay periodos en que ando bien con los remedios, me inyecto y los tomo correctamente, pero si me pasa algún problema con mi pareja o tengo problemas económicos, puedo pasar meses sin usar insulina o tomar las pastillas. Además, cuando me siento bien, sin dolor o molestias, considero que no es necesario tomarlos”.

Ariel tiene 40 años, mide 1 metro con 80 centímetros, pesa 120 kilos, vive con su pareja y su hijo de 10 años, estudió electricidad durante la enseñanza media, trabaja en proyectos comunitarios y asesorías en publicidad. Recuerda que toda su vida ha tenido sobrepeso, es un rasgo familiar, pero a partir de los 20 años ha ido incrementando hasta llegar a esta compleja situación de multipatologías.

Esboza una sonrisa irónica cuando recuerda que en su último control, el médico no lo examinó, no le preguntó qué hacía o con quién vivía pese a que era la primera vez que lo atendía. Miró los exámenes y lo derivó a una nutricionista para que baje de peso debido a que era candidato a una cirugía bariátrica. “Me indicó un régimen estricto con las comidas, pero no lo voy a poder iniciar ya que debo comenzar un viaje de

trabajo por el norte y el centro del país, pero apenas pueda me pongo las pilas para poder operarme".

Ariel es el tercero de cuatro hermanos, su madre falleció hace algunos años, también era diabética e hipertensa y "a diferencia de mi esposa, ella era muy ordenada con las comidas, evitaba la chatarra y nos hacía comer más frutas y verduras".

"Nuestra vida no ha sido fácil en lo afectivo. Hace 10 años falleció mi hermano mayor de un ataque al corazón. Tenía diabetes, esa enfermedad que da por consumir mucha azúcar y que te daña la sangre, también tenía el colesterol alto, pero nunca entendí que tuvo que ver esto último en su fallecimiento ".

"Cuando era adolescente no me llevaba bien con mi papá, teníamos caracteres muy distintos, chocábamos siempre, especialmente en la forma en que se relacionaba con mi madre. Yo siempre la protegía, pero él era violento. Terminó enamorándose de otra persona y se fue de la casa. Vivimos una especie de maltrato financiero, nosotros como hermanos tuvimos problemas para estudiar. Actualmente hay cosas que me molestan de él, pero en la Biblia dice 'Honra a tu padre y a tu madre', así que siempre acaté eso".

Durante los últimos años, luego de la partida de su madre y hermano, comenzó a estar más cerca de su padre, también diabético, hipertenso y secuelado de un accidente cerebrovascular. "La semana pasada me tocó ser su chofer cuando fue donde una médica naturista que cobra 10 mil pesos por una botella de yerbas. La verdad es que yo no creo en ese tipo de remedios, siendo honesto no he visto ninguna mejoría con mi papá, así que yo le sigo la corriente y lo apoyo en su tratamiento alternativo".

Ariel toma una pastilla para la presión, otra para el colesterol, una aspirina, una metformina, otra para la gota y se inyecta insulina en la mañana y en la tarde. “En el último control me encontraron la presión en 190/100, por eso sentía mi corazón latir más rápido, así que voy a comer menos sal, aunque va a estar difícil con las fiestas de fin de año y con tanto viaje. Además, siempre se me arma un enredo con los medicamentos, existe una descoordinación entre el médico y la enfermera respecto a las instrucciones de cómo debe usarse; por ejemplo, la insulina, el médico me dice que me inyecte antes de tomar once o cena y la enfermera me dijo que sea después de la once o antes de acostarme”.

Antes de entrar a su casa, afirma con resignación “son demasiadas pastillas y muchas indicaciones, por eso al final uno se termina aburriendo”.

Análisis.

Comunicación clínica: El médico en el último control no realizó anamnesis o entrevista médica en profundidad. Se dedicó a ver los exámenes, a confirmar que no estaba compensado y a derivar. No se interesó en las variables sociales del contexto de Ariel. No hubo interacción médico-paciente.

Mediaciones comunicativas: En el relato se evidencia una *mediación institucional* cuando el usuario relata dos indicaciones distintas entre dos profesionales “siempre se me arma un enredo con los medicamentos, existe una descoordinación en las instrucciones de cómo deben usarse; por ejemplo, la insulina, el médico me dice que me inyecte antes de tomar once o cena y la enfermera me dijo que sea después de la once o antes de acostarme” o al momento de informarle que “lo habían agendado mal y tendrá que volver en dos semanas”,

También existe una *mediación afectiva o emocional:* “si me pasa algún problema con mi pareja o tengo problemas económicos, puedo pasar meses sin usar insulina o tomar las pastillas”.

En el relato se observa una *mediación cultural (religiosa): “*hay cosas que me molestan, pero en la Biblia dice ‘Honra a tu padre y a tu madre’, así que siempre acaté eso”.

Es clara además la presencia de una *mediación educacional* que tiene relación con sintomatología de las enfermedades crónicas: “…cuando me siento bien, sin dolor o molestias, considero que no es necesario tomarlos”.

Representaciones de la enfermedad: En el caso queda clara la diferencia entre la representación de la hipertensión arterial desde el punto de vista de los profesionales de la salud y el paciente, ya que para este último esta enfermedad hace que “sienta mi corazón latir más rápido”.

Al momento de ahondar en la diabetes, Ariel la atribuye a comer azúcar, a los alimentos dulces, siendo que existen alimentos como el pan, las papas, el arroz o los fideos que son salados e igualmente tienen decisiva incidencia en la enfermedad.

Sorprende que a pesar de llevar 20 años en control de sus patologías crónicas aún no sepa qué significa tener el colesterol sobre 200 mg/dl y los riesgos para su salud.

Elementos empáticos: En el caso analizado no es posible observar acciones empáticas de parte del médico tratante.

15. Análisis de los Casos que no Lograron la Compensación Cardiovascular

De acuerdo a las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud de Chile (Minsal, 2018) se considera no compensado:

- En el caso de la hipertensión arterial, cuando una o un paciente diagnosticado con HTA tiene una cifra tensional sistólica c ≥ 140 mmHg y/o una diatolica ≥ 90 mmHg,. En personas mayores de 80 años es lograr una PA ≤150/90 mmHg.
- En el caso de la diabetes tipo II la recomendación es lograr una cifra de hemoglobina glicosilada menor a 7% y bajo 8% en mayores de 80 años.

En ocho de los doce casos estudiados (2,3,4,6,8,9,11,12) no se logró la compensación que busca el Ministerio de Salud Chileno evidenciándose en cada uno de ellos una serie de elementos comunicacionales, culturales, sociales y emocionales generando interacciones patológicas.

15.1. Problemas en la C*omunicación Clínica* Detectadas en Estas Interacciones

- <u>Desacuerdo a nivel del contenido de la comunicación médico paciente:</u>

En el caso 2 no hubo acuerdo a nivel del contenido (Watzlawick et al., 2017). El médico utilizó preguntas abiertas y cerradas, pasando de una a otra con transiciones breves, buscando conectar con la paciente, quien en todo momento presentó oposición a los argumentos clínicos. Sin embargo, este desacuerdo no perturbó la relación (Watzlawick et al., 2017). El profesional no despliega ninguna habilidad de comunicación efectiva y asume que, mientras no se resuelvan las variables sociales que rodean el caso, no es factible intervenir para mejorar los resultados terapéuticos.

- Desacuerdo a nivel del contenido y de la relación en la interacción:

En el caso nueve se observa una de las principales complejidades del diálogo clínico donde no puede producirse ni comprenderse un discurso sin que los participantes manejen una cantidad considerable de conocimientos o tengan una visión compartida sobre la enfermedad, situación que resulta particularmente compleja en el caso de la hipertensión arterial, la cual es asintomática en la primera etapa. Para lograr la adherencia terapéutica debe existir confianza, comprensión absoluta de las indicaciones farmacológicas, nutricionales, actividad física y conductuales como la restricción del consumo de alcohol y tabaco. El paciente tiene un bajo nivel educacional y creencias culturales que surgen de su historia familiar y laboral gatillando un trastorno a nivel del contenido y relacional, un desacuerdo en ambos planos. El paciente no confía en los médicos y difiere completamente de ellos en su concepción de enfermedad.

- El aspecto emocional condiciona el resultado terapéutico.

En el caso 6, queda de manifiesto que la relación que se da en la interacción le otorga sentido al contenido, debido a que tiene un aspecto emocional que condiciona cómo se entiende el mensaje y las conductas que genera. En este caso, lo que aceleró el quiebre fue que la profesional no empatizó con el relato de la paciente que describía dificultad para dormir, mareos y sudoración, desestimándolo e infravalorando la eventual relación con la diabetes.

- Mala utilización de la comunicación no verbal

En los casos 3, 8 y 11 el médico no fijó la mirada en el paciente. La mayor cantidad del tiempo la utilizó viendo el computador, nunca existió una intención comunicativa al

usar los recursos kinésicos. Respecto a la intensidad y velocidad del paralenguaje, la profesional no dio el énfasis necesario al momento de interactuar e incluso a un paciente le entregó mucha información en poco tiempo.

- Desprolijidad en el diálogo terapéutico:

En cuatro de los ocho casos, se observa un abuso de las transiciones abruptas cambiando de un tema a otro, sin un objetivo terapéutico claro, buscando acortar el tiempo de la consulta. Las preguntas eran cerradas buscando solo antecedentes biomédicos, en lugar de abiertas para detectar alguna situación del espectro psicosocial.

Existe una excepción en el caso 4 ya que la estructura del diálogo en la entrevista médica fue variando a medida que la profesional fue profundizando en la anamnesis. Al inicio, la médico había tomado una actitud paternalista al dar una reprimenda por las cifras elevadas de presión arterial; de ahí en adelante dirigió el diálogo con preguntas abiertas, transiciones suaves y conectadas con sus antecedentes clínicos, usando marcadores empáticos al momento de conectarse con el duelo no resuelto. El médico hizo un trabajo de sistematización, reforzó la relación de confianza, redujo la incertidumbre al explicar con claridad el origen de la picazón y cómo disminuiría si controla el cuadro de salud mental, repitiendo varias veces los puntos clave de cada una de las indicaciones.

En el caso 6 se evidencia también una falla interaccional que se da en la puntuación de la secuencia de los hechos. Ambas personas no cuentan con la misma información, pero no lo saben. La médico nunca supo que la molestia de la usuaria se debió a que le cambiaron su profesional de cabecera sin avisar.

15.2. El Rol de las Mediaciones en el Fracaso Terapéutico

En los casos estudiados las mediaciones pueden generar que el paciente suspenda o cambie una indicación farmacológica, rechace el diálogo terapéutico o invalide el diagnóstico del médico.

En los casos donde no se logró la adherencia terapéutica existieron mediaciones múltiples, predominando las culturales y las afectivas.

-En el caso 2, Rosa, la madre de una hija con Síndrome de Down, suspendió el uso de metfotmina detectándose la presencia de aquellas *referenciales e institucionales* (Orozco, 1997) y *familiares* (López del Refugio et al., 2010).

-En el caso 3, se combinó una *mediación contextual* socioeconómica (la pobreza y la falta de trabajo) y cultural de corte religioso: “soy cristiana, tengo fe”.

-En el caso 6, una *mediación afectiva* motivó el rechazo del paciente a ser parte del diálogo terapéutico, debido a que había construido una relación de confianza con su médico tratante y sin mediar aviso ni explicación se lo cambiaron (*mediación institucional*).

-En el caso 9, la *mediación cultural* invalidó el discurso médico y anuló cualquier posibilidad de adherencia farmacológica, imponiéndose incluso el dato de la longevidad de su madre, que llegó a cumplir 90 años usando hierbas para tratar las enfermedades.

-En el caso 11, hay una *mediación cultural* asociada al uso de medicina natural y una fuerte influencia de la religión, una *mediación contextual* ligada a lo socioeconómico y a lo laboral, la cual provoca una falta de adherencia al tratamiento y a las indicaciones y *una mediación familiar*, graficada en el relato de la esposa, quien

solicitó cambio de médico tratante porque no la examinaban, la miraban de lejos, prefería estar pegado al computador y le daban siempre la misma receta.

15.3. Representaciones de la Enfermedad como Pilar en el Fracaso Clínico

Existen visiones contrapuestas entre la médico y la paciente, en torno a los síntomas, la alimentación y la acción terapéutica de los fármacos.

En *relación con la sintomatología,* las representaciones cognitivas, que son estructuras tanto mediadas como mediadores de la acción y la comunicación, marcan el fracaso de la adherencia terapéutica. En seis casos las y los pacientes afirman que no están enfermos porque están asintomáticos, no sienten dolor. Para este grupo de personas una enfermedad debe doler o invalidar de alguna forma.

-En el caso 2, respecto al dolor de cabeza, la profesional plantea un origen tensional y Rosa, al tenerlo normalizado, lo desestima, tomando una actitud oposicionista. Lo mismo ocurre con los síntomas propios del climaterio (bochornos): la profesional los desestima e intenta relacionarlos a un efecto adverso de la paroxetina (antidepresivo). La usuaria rechaza de plano la explicación porque no suda, solo tiene calor.

-En el caso 3 existe una interpretación diferente de la hipertensión arterial. Para el médico, el origen del mal control metabólico de esta patología se fundamenta en la presencia de un cuadro ansioso depresivo que gatilla la falta de adherencia terapéutica, por eso ajustó la dosis farmacológica con la finalidad de bajar las cifras tensionales. Sin embargo, la usuaria terminó frustrada y confundida, porque ella considera que su enfermedad sería totalmente mejorable si la médico la escuchara y entendiera que

cuando llega a su casa tiene los valores normales. Lo paradojal de esta relación es que la paciente a pesar de tener esto claro, igual acepta las indicaciones, toma el fármaco, hace un cuadro de hipotensión, se marea, sufre una caída y termina en el servicio de urgencia.

-En el caso 4 existen representaciones de las enfermedades crónicas diametralmente opuestas. Ambos interpretan los síntomas de acuerdo con sus matrices culturales, que son distintas. Ella considera que no está enferma, porque no le duele la cabeza, piensa que debe tener un síntoma y al estar asintomática, su presión está normal, tampoco considera como parte de una enfermedad del espectro de la salud mental sus síntomas ansioso depresivos, sino que los relaciona a un cuadro de hipotiroidismo.

Esta situación se repite en el caso 9, donde el fracaso terapéutico fue favorecido por la representación de la hipertensión arterial que tenía el paciente, ya que para estar enfermo debía aquejarle un dolor, sentirse mal y él está asintomático. Y en el caso 11 vuelve a manifestarse la creencia de que la ausencia de síntomas es sinónimo de un buen control metabólico en patologías como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia. Al estar asintomático no sintió la necesidad de retomar su tratamiento a pesar de que había sufrido un accidente cerebro vascular.

-En el caso 12 nuevamente aparece la disonancia de la sintomatología de la hipertensión arterial, ya que hace que “sienta mi corazón latir más rápido” y la diabetes surge “por comer azúcar y alimentos dulces”.

En relación con la alimentación se observan visiones contrapuestas entre médico y paciente. Por ejemplo, respecto a los alimentos y los carbohidratos, el médico

relacionó el aumento de peso y los dolores articulares con un consumo excesivo de carbohidratos, lo cual es considerado inverosímil por la paciente quien argumentó que come poco y no toma azúcar.

En relación con los efectos terapéuticos de los fármacos surgen ideas en los pacientes que van desde eventuales adicciones, bochornos o enfermedades terminales, la cuales no guardan ninguna relación con las bases fisiopatológicas que sustentan la medicina.

-En el caso 9, la paciente afirma que su cuerpo se está acostumbrando al paracetamol (no produce adicción); le produce náuseas el celecoxib o Celebra (no tiene efectos adversos gastrointestinales) ; y la paroxetina le da calor, antidepresivo que no genera este síntoma.

-En el caso 11 apareció la relación entre insulina y fase terminal de la enfermedad, similar a la etapa de cuidados paliativos del cáncer, lo que provoca el rechazo a su uso a pesar de ser indicada por el médico tratante. Para la esposa, la hipertensión genera la sensación de calor y dolor de cabeza, y la fibromialgia tiene un origen neurológico, interpretaciones diametralmente distintas al origen fisiopatológico y la manifestación semiológica de estas enfermedades, reconociendo además que no entiende cómo funciona la artrosis y por qué aparece. Queda claro que ambos no entienden su enfermedad.

15.4. La Ausencia de Elementos Empáticos Predispone al Fracaso

En cinco de los ocho casos analizados hubo ausencia de marcadores y equivalentes empáticos. En los casos 6 y 12 hubo una desconexión con el relato de los pacientes; incluso en el primero de ellos hubo un fracaso en la comunicación clínica por el rechazo de la paciente a ser parte del diálogo terapéutico al existir una **asimetría de sonrisa,** (Borrell Carrió, 2011) lo cual generó que ambos interlocutores consideren la relación como fría y distante.

Sin embargo, en tres de los ocho casos, a pesar del uso de herramientas empáticas no hubo un adecuado resultado terapéutico. En el caso 11 el profesional uso un marcador verbal al preguntar sobre el estado de salud de la esposa, pero percibió que los hábitos de alimentación no permitían un adecuado manejo de la diabetes, manifestando un **antagonismo de confrontación** al dar 3 meses más para evaluar su uso.

En el caso 2, el médico actuó con empatía, no existió una *asimetría de sonrisa***,** se vio una marcada *empatía de cambio* con frases destinadas a darle un giro emocional al dialogo marcado por respuestas oposicionistas: “sus exámenes están relativamente bien, no han empeorado”. Y existieron equivalentes empáticos como la confirmación de respeto a pesar de que las interpretaciones de los síntomas de las enfermedades eran diferentes entre ambas. Sin embargo, era el contexto social lo que abrumaba a la paciente.

16. Análisis de los Casos que Lograron la Compensación Cardiovascular

De los doce casos estudiados, en cinco de ellos (1,5,7 y 10) se observaron mejorías clínicas y de laboratorio luego de finalizado el periodo de estudio. Para la hipertensión arterial cifras tensionales sistólicas < o igual a 140 mmHg y/o una diastólica < o igual 90 mmHg. Para diabetes tipo II una cifra de hemoglobina glicosilada menor a 7% y bajo 8% en mayores de 80 años.

16.1. Aciertos de la comunicación clínica en aquellas interacciones exitosas

- Existe una relación de confianza construida durante años:

Predominando la cordialidad y el buen trato, tanto al inicio de la consulta como al final.

- Se utilizan los recursos de la comunicación no verbal:

Al momento de la interacción se evitó ingresar los datos de la anamnesis y el examen físico al computador, privilegiando el uso de la gestualidad, la mirada, manejando adecuadamente el tono de la voz.

- Se usan adecuadamente las herramientas del diálogo terapéutico:

Cuando es un control y existe una relación médico-paciente construida o en vías de consolidarse, las preguntas son cerradas, debido a que el profesional posee un conocimiento profundo del contexto social y familiar de quien consulta.

Por el contrario, en el primer encuentro fueron preguntas abiertas para permitir que surja la mayor cantidad de antecedentes para construir el contexto y las

transiciones entre cada una de ellas son suaves, siguen un hilo conductor, para garantizar la transferencia de los datos clínicos.

En ambas situaciones existió claridad en la transmisión de las indicaciones, resolviendo las dudas, con disposición a enseñar y repetir las veces que sea necesario.

16.2. Las Mediaciones Familiares y las Emocionales son Claves en la Adherencia Terapéutica

En relación a l*as mediaciones comunicativas,* en tres de los cuatro casos existía una *mediación familiar.* El liderazgo de una esposa durante la entrevista, o aquel novio que arregló la casa y comenzó a administrar insulina, bajando la hemoglobina glicosilada de 14% a 9,6%, venciendo una **mediación cognitiva** secundaria a un daño neurológico.

En dos de los casos se observan **mediaciones afectivas o emocionales.** En uno de ellos, cruzadas por una relación de confianza que queda de manifiesto cuando el matrimonio entrega una torta al equipo en señal de gratitud y en la otra donde la paciente expresa que “no podría vivir sin mi viejo, tenerlo me anima. Lo conocí siendo peluquera; él es mi amigo, mi amor, mi amante, mi pololo, todo. Vamos a cumplir casi cincuenta años juntos”.

En tres casos destaca una mediación cultural, dos de los cuales tienen un componente religioso y en todos se observa una creencia en el uso de hierbas transmitida por la madre o la abuela.

16.3. Uso Médico de las Representaciones de la Enfermedad

En el caso 5, para la paciente la diabetes es sinónimo de cáncer (final trágico) y la insuficiencia cardíaca es consecuencia del colesterol acumulado en las arterias que terminó tapándolas y generándole un cansancio que ha ido disminuyendo con la rosuvastatina. A pesar de esta evidente diferencia entre la representación del médico y la usuaria, se lograron buenos resultados terapéuticos: la hemoglobina glicosilada el año 2021 era de 8.9%; el año 2022 es de 7.4% y en el control de octubre del 2023 fue de 6,8%. Ella en su relato argumenta que su principal motivación para controlar sus patologías crónicas es su nieto y su esposo, ya que ambos dependen de ella.

En otro caso hubo una representación de un fármaco que difería entre ambos: la inyección llamada neurobionta, a la cual el paciente le atribuyó un efecto positivo para múltiples dolencias. Al ser vitaminas, hidrosolubles e inocuas, el médico las usó con un fin transaccional.

Para generar un cambio conductual, debe existir en el diálogo terapéutico un proceso de interacción simbólica, donde el enfermo y el profesional tratante compartan significados comunes, considerando que las personas orientan sus actos hacia las cosas que son significativas para ellas, como las creencias, sus redes familiares, la comunidad donde trabajan y de este modo se genera la interacción social (Blumer, 1968). En uno de los casos, el número 10, el médico usó una mediación cultural religiosa de la paciente para crear una analogía y usarla para explicar qué es la diabetes, apelando al contexto educacional y las creencias de la usuaria, en lugar de usar un lenguaje técnico. “Las calorías son como el diablo. Se esconden en lo salado”. En este mismo caso la usuaria hizo un cambio permanente cuando se conectó una

indicación con sus creencias: la aparición de síntomas como bochornos y mareos, característicos de la menopausia, coincidieron con un examen de colesterol en la sangre que estaba alterado y que motivó la indicación de atorvastatina todas las noches. Los síntomas de menopausia desaparecieron de manera natural, pero ella lo relacionó al uso del fármaco y el colesterol.

En uno de los casos el manejo de su patología va más allá de lo humano, adquiere dimensiones metafísicas, donde la ayuda divina es fundamental en el éxito terapéutico, al igual que los conocimientos que posee la médico, los cuales no son cuestionables.

16.4. Mejoría Clínica y Uso de Marcadores Empáticos

En los casos estudiados (1, 5, 7 y 10) fueron utilizados marcadores gestuales, como un saludo y abrazo fraternal al inicio y término de la interacción clínica. En el examen físico se tomó de la mano en señal de aprobación, siguiendo en todo momento el relato de una usuaria (Rosa). También se utilizaron **marcadores verbales**: ¿Cómo ha estado? ¿Le han dado crisis de pánico?

Al momento de detectar la presencia de representaciones de la enfermedad y sus fármacos se usaron *equivalentes empáticos* como la *confirmación de respeto* al validar su opinión respecto al uso de “las neurobiontas” para subir las defensas y el jarabe para la tos, acción que configuró un *juicio de legitimación* a la interpretación dada por el paciente al origen de su sintomatología, al igual que al afirmar que “consumir líquido es una muy buena decisión” o una confirmación de valía: ¿Qué tomó que le hizo tan bien para mantener a raya la diabetes?”.

Al notar que el paciente mostró desconfianza con el diagnóstico, se utilizó una estrategia de ***empatía de cambio,*** con tiempos y gestos empáticos con el propósito de construir confianza y una nueva relación con la enfermedad y para mejorar la adherencia terapéutica se usó el **antagonismo de confrontación** al percatarse que una usuaria estaba dejando de tomar sus remedios para dárselos al esposo.

17. Conclusiones

En relación **al primero de nuestros objetivos específicos, *las características de los rasgos del contexto y situación de los procesos de comunicación clínica,*** se observó que las condiciones socio económicas y sanitarias estructurales afectan el desempeño de los profesionales y la ejecución de los tratamientos e indicaciones que deben recibir los pacientes. La falta de acceso a las prestaciones de salud es una de las barreras que deben superar las personas que viven en Los Barrios Bajos y están inscritos en el Cecosf del sector, esperan desde las 6 AM por un cupo de atención médica, muchas veces sin éxito, y cuando lo conseguían el sistema no era capaz de concretar los tratamientos indicados por los profesionales debido a que solamente disponía a la semana de 11 horas de nutricionista, 8 de psicólogo y 3 de kinesiólogo, cuando debían tener mínimo 44 horas por cada uno de ellos.

A nivel de infraestructura, este Centro de Salud Familiar funcionaba en un edificio que fue construido como una sede social y, posteriormente, reacondicionado. Sin embargo, con el paso de los años terminó con niveles de hacinamiento laboral y falta de box clínicos para realizar las atenciones requeridas. A lo anterior, si sumamos las

deficiencias informáticas que impiden agendar los cupos de atención con normalidad, las barreras de acceso a las prestaciones sanitarias resultan difíciles de superar para una población mayoritariamente vulnerable.

En relación a la formación académica de las personas observadas en los 12 casos ninguno alcanzó estudios superiores, ocho de ellos tienen educación media completa y cuatro básica incompleta, nivel de escolaridad que permite explicar las dificultades observadas al momento de comprender las indicaciones y prescripciones farmacológicas dispensadas en cada uno de los controles médicos, generando que salgan de cada control con una bolsa de remedios que no utilizaban correctamente y que, al final de día, terminaban acumulados en algún rincón del hogar. Para contrarrestar lo anterior, la red de apoyo familiar resultó determinante para lograr que las personas ingieran los fármacos en el horario y la dosis correcta e interpreten adecuadamente la aparición de alguna molestia segundaria, atribuyéndola o no a una interacción farmacológica, descompensado o mejorando la sintomatología.

En relación al segundo de nuestros objetivos específicos, los rasgos de los procesos de comunicación clínica, el éxito terapéutico ha sido posible sobre la base de un conocimiento profundo de las variables sociales y culturales del paciente de parte de los médicos (Duranti y Goodwin,1992). Este nivel de interacción fue viable luego de una serie de controles de salud en los cuales hubo recopilación y análisis de los antecedentes clínicos y sociales del paciente, permitiendo la existencia de conocimientos compartidos “common ground” sobre la estructura de lo implícito y explícito del concepto de enfermedad así como las presuposiciones e implicancias del buen o el mal control metabólico (van Dijk, 2002). El profesional indagó en torno a las

variables económicas y culturales, las experiencias vividas, los sentimientos asociados a la salud y enfermedad, sus contradicciones o dependencias emocionales, logrando que la relación sea significativa y genere las condiciones para el intercambio simbólico (Cuba-Fuentes et al., 2016).

Al momento de ***analizar los rasgos de los procesos de comunicación clínica conducidos por los médicos del Cecosf,*** vimos que en los casos donde hubo buena adherencia terapéutica los profesionales emplearon recursos de la comunicación no verbal en las etapas de anamnesis y examen físico, principalmente la kinésica y el paralenguaje.

Al inicio del control clínico, el saludo fue en un tono de voz amable, usando el nombre de la persona, con frases empáticas para propiciar el diálogo sin influir o interrumpir, identificando el motivo de consulta y evitando los registros en papel o computador.

En el desarrollo de la entrevista usaron preguntas abiertas, no sugestivas, con un manejo coherente de la gestualidad, la mirada y las manos, evitando los mandatos antagónicos entre sí a nivel de relación y contenido, con transiciones suaves descartando las acentuadas o abruptas. Al momento del examen físico explicaron lo que se buscaban y lo que podían encontrar en coherencia con los postulados de Kurtz (2002) y Moore (2010), utilizando marcadores empáticos verbales del tipo ¿Cómo ha estado? ¿Le han dado crisis de pánico?

Al momento del cierre de la interacción se explicó con claridad la hipótesis diagnóstica considerando las mediaciones detectadas y las representaciones de la enfermedad. Los médicos chequearon si el paciente comprendió el alcance de la

patología, las indicaciones terapéuticas y las eventuales complicaciones derivadas del mal control. También consultaron la existencia de dudas respecto a la patología o sobre el plan terapéutico con el propósito de lograr el compromiso de la o el paciente de seguir las indicaciones y volver a control.

Por su parte, en los casos donde las personas no lograron las cifras de compensación terapéutica hubo ausencia de elementos empáticos, a una desconexión entre el relato del paciente y las indicaciones formuladas por el médico y a la presencia de mediaciones comunicacionales, principalmente las culturales y las emocionales, que pueden generar la suspensión de una indicación farmacológica, el rechazo al diálogo terapéutico o la invalidación de un diagnóstico.

Respecto a nuestro tercer objetivo específico, ***contrastar las representaciones de los participantes sobre los componentes del proceso de comunicación clínica*** es fundamental entender que el sistema de salud estatal durante décadas ha ejercido un discurso de autoridad, dictaminando quien está enfermo o sano, cómo curarse del dolor y los síntomas que lo aquejan, cuales vacunas deben usarse y a qué edad, entre otras estrategias implementadas en forma centralizada. Sin embargo, esta situación cambió con el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles las cuales en sus primeras etapas son asintomáticas, generan incredulidad en quien las padece ya que se siente bien, sin molestias, a pesar de los exámenes de laboratorio que, de acuerdo con las normas ministeriales, están alterados.

Es aquí donde el discurso médico entra en contradicción con la representación de la enfermedad instalada en el paciente. En relación con la sintomatología*,* la

ausencia de dolor o molestias en la cronicidad metabólica pone en duda el diagnóstico de la enfermedad. En torno a la alimentación se observan visiones contrapuestas respecto a los alimentos y los carbohidratos, para los usuarios estos últimos deben ser dulces por lo tanto el pan, las papas y los fideos “no suben el azúcar en la sangre”. Respecto a los efectos terapéuticos de los fármacos surgen ideas que van desde eventuales adicciones, bochornos o enfermedades terminales, las cuales no guardan ninguna relación con las bases fisiopatológicas que sustentan la medicina.

Las representaciones cognitivas son estructuras tanto mediadas como mediadoras de la acción y la comunicación; por lo tanto, al existir una contraposición de visiones sobre la enfermedad se relativiza el discurso médico, el profesional no puede avanzar en el relato de manera efectiva y surge una predisposición al fracaso terapéutico. Por el contrario, cuando el médico valida las creencias de las y los pacientes con el propósito de generar un cambio conductual, utilizando equivalentes empáticos como la confirmación de respeto al apoyar el uso de “las neurobiontas”, sin confrontación y las conecta con una indicación médica o un síntoma, en todos los casos observados mejora el control metabólico.

En cuanto al cuarto objetivo específico, a la hora de ***contrastar las mediaciones comunicativas predominantes que explican las actuaciones y desempeños de los participantes*** queda claro que los médicos trabajan bajo una serie de normas y protocolos sanitarios que configuran un estricto control institucional. El sistema se encuentra basado en un rendimiento de dos a tres atenciones por hora, con escaso tiempo para destinar a la atención de los pacientes con múltiples enfermedades, anotando los hallazgos de la entrevista e

indicaciones en un computador, soportando las fallas del sistema informático, la escasez de horas de kinesiólogo para tratar el dolor osteoarticular o la ausencia de podología para la prevención de las complicaciones del pie diabético. Esta dimensión socio estructural afecta de manera relevante la adherencia terapéutica y los resultados esperados a nivel ministerial.

En los casos estudiados las mediaciones culturales, familiares, emocionales o múltiples pueden causar que el paciente suspenda o cambie una prescripción farmacológica, rechace o favorezca el diálogo terapéutico, invalide o internalice el diagnóstico y cuestione o acepte las indicaciones del médico, condicionando cómo se entiende el mensaje.

En tres de los cuatro casos analizados, en los cuales hubo éxito terapéutico, existió una *mediación familiar* graficada en la esposa que durante la entrevista entregó los datos del contexto y luego reforzó las indicaciones, o aquel novio que arregló la casa y comenzó a administrar insulina; En dos de ellos se observaron *mediaciones afectivas o emocionales*, uno marcado por una relación de confianza y gratitud y, el otro donde la esposa afirmó no poder vivir “sin mi viejo, tenerlo me anima”.

Las mediaciones culturales pueden llegar a invalidar el discurso médico y anular cualquier posibilidad de adquirir una conducta de adherencia terapéutica basada en prescripciones farmacológicas e indicaciones nutricionales, kinesiológicas o psicoterapéuticas. En dos casos las personas usaron hierbas medicinales y los conocimientos derivados de la medicina intercultural transmitida por la madre o la abuela en lugar de los remedios entregados en el Cecosf.

En tres casos existieron mediaciones múltiples que impidieron el anclaje cognitivo de las indicaciones médicas. En el primero de ellos, *institucionalmente*, muchos médicos y varios diagnósticos confundieron e invisibilizaron un cuadro de salud mental de una mujer que jamás pudo ser tratado por falta de psicoterapia en el Cecosf o una *red familiar* de apoyo que pueda financiarla ; en el segundo, *el sistema de salud hizo* el cambio del profesional tratante sin previo aviso y el desconocimiento del *apego emocional* construido durante un año impidió la interacción clínica, y en el tercero, una madre con *situación económica vulnerable, sin escolaridad*, debe cuidar de una hija con Síndrome de Down, sin contar con una *red de apoyo familiar* y sin el *respaldo de los profesionales* de salud suspendió su tratamiento contra la diabetes.

En relación a nuestro quinto objetivo específico, el diálogo terapéutico fue variando en cada uno de los 12 casos según las características de quienes llegaban al box. Al ***evaluar el diseño de los procesos de interacción en atención a los rasgos del contexto y situación comunicativa,*** todos comenzaron con la anamnesis, para dar paso al examen físico, el análisis de los resultados del laboratorio e imágenes, la formulación de hipótesis diagnósticas y la entrega de indicaciones. Esta estructura secuencial es exitosa al enfrentar cuadros biomédicos, principalmente agudos e infecciosos, pero demostró deficiencias en el abordaje de las patologías crónicas, en las cuales el contexto social resultó más relevante que la fisiopatología al momento de lograr un resultado terapéutico evidenciándose; por ejemplo, en el caso nueve, un desacuerdo a nivel del contenido y de la relación al no producirse ni comprenderse un discurso debido a que los participantes no manejaban la misma cantidad de conocimientos ni tenían una visión compartida sobre la enfermedad. En esta situación

no hubo un diseño comunicacional capaz de abordar los elementos del contexto, el médico actuó desde su agencia ignorando la matriz del receptor.

En cuatro de los ocho casos hubo mala utilización de la comunicación no verbal y desprolijidad en el diálogo terapéutico; observándose, transiciones abruptas, cambiando de un tema a otro, sin un objetivo terapéutico claro, usando preguntas cerradas centradas en lo biomédico, en lugar de abiertas para detectar los elementos del contexto. En uno de ellos también se observó una falla interaccional en la puntuación de la secuencia de los hechos al no contar con la misma información, pero ambas partes no lo sabían, la médico nunca entendió que la molestia de la usuaria se debió a que le cambiaron su profesional de cabecera sin avisar, desatención con un origen más institucional o socioestructural, para la cual tampoco existió un diseño.

En los casos de comunicación exitosa hubo un diseño en el proceso de interacción clínica. La agencia médica generó un marco primario social que proporcionó una base de entendimiento (Goffman, 1974) con una estrategia o acción comunicativa para conectar con la visión social o valores legitimados por el paciente para entenderse y coordinar un plan a seguir (Habermas, 1992), detectó las representaciones de la enfermedad que estaban presentes en la persona que consultó, adecuó su discurso y entendió que los buenos resultados se logran integrando el contexto social y los elementos de la cultura a la visión fisiopatológica.

En la situación comunicativa se utilizaron adecuadamente los recursos de la comunicación no verbal, se evitó digitar en el computador, privilegiando el uso de la gestualidad, la mirada y el manejo del tono de la voz. Se emplearon las herramientas del diálogo terapéutico, con preguntas cerradas cuando existía una relación médico-

paciente construida o en vías de consolidarse, y abiertas en los primeros encuentros para que surja la mayor cantidad de antecedentes para construir el contexto. Se usaron transiciones suaves, tras un hilo conductor, para garantizar la transferencia de los datos clínicos y las indicaciones, resolviendo las dudas, con disposición a enseñar y repetir las veces que sea necesario.

Al finalizar nuestro trabajo de investigación podemos concluir que en los procesos de comunicación en contextos clínicos conducidos por los médicos del Cecosf Barrios Bajos de Valdivia no siempre los participantes manejaban la misma información contextual, dominaban el lenguaje técnico que sustenta la semiología, coincidían en las representaciones de la enfermedad o estaban conscientes de cómo las mediaciones afectaban la forma de entender la información, impidiendo la adherencia terapéutica en tres de cada cuatro casos estudiados.

Una comunicación clínica contextualizada se define por la precisión diagnóstica, la eficiencia de los recursos disponibles en relación a las variables socioeconómicas del paciente, el logro de la satisfacción usuaria, el uso de elementos empáticos, el manejo de las expectativas y la validación de la matriz cultural. En nuestro caso de estudio, estas características están presentes en 1 de cada 4 casos en los cuales se lograron los resultados terapéuticos solicitados por el Ministerio de Salud de Chile.

18.- Discusión

Una intervención terapéutica debe rediseñar la interpretación de la realidad en los casos donde el médico requiera modificar o instalar una conducta para sanar o compensar. En esta transformación cognitiva, la comunicación es una herramienta clave que se gestiona a través de los lenguajes, influyendo en cómo se perciben las enfermedades y si se ejecutan o no las indicaciones.

Sin embargo, la adherencia terapéutica termina siendo una tarea compleja. En primer lugar, porque en la compensación metabólica de las patologías crónicas interviene una dimensión socio estructural compuesta de múltiples variables culturales, afectivas, económicas, laborales, institucionales, entre otras, las cuales son difíciles de resolver porque requiere la coordinación de diferentes actores sociales que van desde la familia y la comunidad hasta los distintos niveles del Estado; en este escenario el profesional tratante debe extremar sus recursos para desarrollar el enfoque clínico. En segundo lugar, porque aparecen en el diálogo terapéutico una serie de mediaciones comunicacionales, de las cuales no se habla en la formación académica de pregrado, con la fuerza de invalidar las estrategias surgidas del método clínico. En tercer término, porque las representaciones sociales de las enfermedades pueden ser tan distintas, entre médico y paciente, que la energía necesaria para ponerlos de acuerdo es tan grande que no hay tiempo para ello. A pesar de todo lo anterior, esta especie de fracaso es una oportunidad para comenzar a trabajar en identificar cada uno de los

elementos que están afectando en compensación metabólica, ampliando la mirada, sumando a lo biomédico, lo social, la esfera de la psicología y las disciplinas que estudien las representaciones y las mediaciones, para generar un campo de conocimientos que permitan diseñar una nueva estrategia enfrentar la prevalencia de la diabetes, hipertensión y dislipidemia.

Actualmente en Chile existe un esfuerzo liderado por el Ministerio de Salud, surgido desde el área de la odontología, donde se utiliza la entrevista motivacional con el objetivo de fomentar en los pacientes cambios de comportamientos en beneficio de su salud. En España se ha reportado que la entrevista motivacional es efectiva para aumentar la adherencia al tratamiento de personas con patologías crónicas (Castilla-Nieto, 2016) y en México se pudo observar una disminución en los niveles de hemoglobina glicosilada en casi todos los pacientes cuando se usó este enfoque de la psicología (Flores & Sosa, 2013).

Al cierre de este trabajo es necesario exponer una reflexión sobre los límites de esta investigación. Uno de ellos está relacionado con los elementos que median en las actitudes y el desempeño de quienes ejercen la medicina, los cuales no fueron abordados en profundidad, ya que en esta oportunidad el foco estuvo puesto los pacientes. Dicho esto, cabe señalar que en el tercer relato el médico expuso parte de su propia historia clínica, bosquejando como una patología de salud mental predispone a la empatía y a la comunicación efectiva, mostrando una línea de investigación que puede ser objeto de estudio para estudiantes de post grado del campo de la comunicación y la salud.

Referencias

Abric, J. C. (2004). *Prácticas sociales y representaciones.* México D.F, México: Ediciones Coyacán, S.A. de C.V.

Ajzen I, Fishbein M. *Undestanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.

Aguado, J. M. (2004). *Introducción a las teorías de la comunicación y la información*. Universidad de Murcia.

Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 192-196.

Alcocer Cruz, D. G. (2013). De la Escuela de Frankfurt a la recepción activa. *Razón y Palabra* (82) [Fecha de consulta: 28 de diciembre de 2021]. ISSN: . Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199525737022

Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., y Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, *28*(5), 57-63

Álvarez,V., García, E., y Gil, J. (1999). La calidad de la enseñanza universitaria desde la

perspectiva de los profesores mejor valorados por los alumnos. *Revista de Educación 319,* 273-290.

Amezcua, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería (edición digital) 2000; 30. Disponible en:* *http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php*

Azpurua, F. (2005). La Escuela de Chicago. Sus aportes para la investigación en ciencias sociales. *SAPIENS*, *6*(2), 25-36. Recuperado en 09 de junio de 2021, de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152005000200003&lng=es&tlng=es.

Baeta, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y salud*, *13*(2), 81-83.

Ballester, C. P. (2007). La Etnografía de la comunicación. Un modelo olvidado. En VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile AG.

Banchs, M. A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: Representaciones sociales y salud. En T. R. Salazar y M. D. L. García (Eds.), *Representaciones sociales: teoría e investigación* (pp. 219-253). Guadalajara, México: Editorial CUCSH-UdeG.

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982; 37: 122-47.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of

schizophrenia. *Behavioral science*, *1*(4), 251-264.

Bateson, G., Birdwhistell, R., Goffman, E., Hall E. T., Jackson, D., Scheflen, A., Watzlawick, P. y Sigman, S. (1982): *La nueva comunicación*. *Barcelona, Kairós*.

Bateson, G. (1947). Sex and culture. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *47*(5), 647-660.

Belintxon, M., y López de Dicastillo, O. (2014, September). The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review. En *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 3, pp. 401-409).

Benazet, A. B. (2003). *Etnografía de un centro de salud* (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz).

Bermúdez, L. y González, L. (2011). La competencia comunicativa: elemento clave en las organizaciones. *Quórum Académico*, 8(1),95-110. Recuperado en 09 de agosto de 2022. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199018964006.

Bernal Rodríguez, S., Pereira Alba, O. y Rodríguez Jiménez, G. (2018). *Comunicación humana interpersonal. Una mirada sistémica.* Corporación Universitaria Iberoamericana. Ed. ĬbērAM.

Birdwhistell, R. (1952). *Antropología de la gestualidad*. Editorial Gustavo Pili, Barcelona.

Birdwhistell, R. (1971). *Kinesics and context. Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1970.

Blanco, L. (2007). Aproximación al paralenguaje. *Hesperia: Anuario de filología hispánica*, *10*, 83-97.

Blumer, H. (1968). *Symbolic Interaccionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Borrell Carrió, F. (2003). Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. *Medicina Clínica*, *121*(20), 785-786.

Borrell Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, *136*(9), 390-397.

Borrell Carrió, F., Clèries, X., Paredes, D., Borrás, J., Sans-Corrales, M. y Mascort-Roca, J. (2012). Proceso de Bolonia (VI): Aprendiendo comunicación para la salud en el Grado de Medicina. *Educación Médica*, *15*(4), 197-201.

Briozzo, L. (2007). La crisis como oportunidad: Reformulando la relación sanitaria. *Revista Médica del Uruguay*, *23*(3), 139-139.

Bragagnolo, Dr. Julio César, Frechtel, Dr. Gustavo, & Mazza, Dra. Carmen Sylvia. (2022). Diabetes y Obesidad. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes, 56(1), 1-4. Recuperado en 29 de agosto de 2024, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-94202022000100001&lng=es&tlng=es.

Busse, P. y Godoy, S. (2016). Comunicación y salud. *Cuadernos.info*, (38), 10-13. Recuperado en 17 de agosto de 2021, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-367X2016000100001&lng=es&tlng=es.

Cabello, A. M. (2006). La Escuela de Birmingham: el Centre for Contemporary Cultural Studies y el origen de los estudios culturales. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, *5*(2), 53-54.

Cabello, A. M. (2008). Comunicación, cultura e ideología en la obra de Stuart Hall. *Revista internacional de sociología*, *66*(50), 35-63.

Campo-Cabal, G., Álvarez, J. y Morales, A. M. (2006). La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *35*(4), 547-569.

Capurro, G. (2021). Witnessing the Ward: On the Emotional Labor of Doing Hospital Ethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, *20*, 1609406921998919.

Cardós García, J. J., Lillo Crespo, M., Climent Rubio, A., Hernández Urrutia, E. y Mejías Moreno, B. (2016). Aproximación etnográfica al concepto de salud y enfermedad en la tribu turkana: proyecto para la mejora de la salud de los nómadas del Triángulo de Ilemi, Kenia. *Salud colectiva*, 12, 173-188.

Castilla-Nieto, R. (2016). Entrevista motivacional en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas. Motivational interviewing in the treatment of people with chronic diseases. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 113-123.

Ceberio, M. R. (2016). Terapia breve sistémica: una breve introducción. *Artículo*

presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II. Trenque Lauquen. Argentina.

Cerruti, P. (2019). Comunicación, política y poder: Una reconsideración de la obra de Harold Lasswell. *Austral Comunicación*, *8*(2), 191-220. https://doi.org/10.26422/aucom.2019.0802.cer

Cestero, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz. *Estudios de Lingüística*, *28*, 125-150.

Chacón, Eliana. (2017). Uso de la etnografía en la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. *Revista chilena de infectología*, 34(6), 615. https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182017000600615

Chamorro P., A. y Tocornal M., C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios atacameños*, (30), 117-134. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-10432005000200007.

Chaves Terra, A., y Heidtmann Vaghetti, H. (2014). Proxemics Communication in Nursing Work: an integrative literature review. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 23-34. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100003

Christensen Rosales, H. (2019). Relación Médico-Paciente: Factores para una

crisis. *Doctoral dissertation, Universidad del Desarrollo. Facultad de Medicina. Centro de Bioética*.

Cisneros, A. (2015). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales. *Sociológica México*, (41), 103-126.

Cisneros, Y., Hernández, G., Jiménez, M. y Hernández-Castellanos, G. (2013). Valoraciones sobre la crisis del método clínico en el nuevo milenio. *Correo Científico Médico*, *17*(1), 64-69.

Clua García, R. (2020). Aportes del método etnográfico para el diagnóstico de salud de usuarios de drogas adscritos a programas de reducción de daños. *Index de Enfermería*, 29(3), 147-151. Epub 25 de enero de 2021. Recuperado en 22 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200010&lng=es&tlng=es.

Cófreces, P., Ofman, S. y Stefani, D. (2014). La Comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4(1), 19-34. https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4(1).19-34

Corona Martínez, L. A., (2006). El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente.. MediSur , 4 (3), 50-53.

Cuba-Fuentes, M., Contreras Samamé, J. A., Ravello Ríos, P. S., Castillo Narro, M. A., y Coayla Flores, S. A. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista médica herediana*, *27*(1), 50-59.

Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales, 11(21), 109–140.*

De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *NURE investigación: Revista Científica de Enfermería*, (25).

De Moragas Spà, M. (2011). Mediaciones: Mediación y comunicación. La mediación social y los enfoques de la teoría de la comunicación. *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*, (114), 40-46.

Díaz, H. A. (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*, 33-49.

Díaz, M., Alvizu, K., Dávila, G., Silva, S., Lessire, L. y Díaz, L. A. (2022). Lenguaje y comunicación del médico con el paciente: revisión sistemática. *Salus*, *26*(3), 23-33.

Diez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, *73*(20), 27-34.

Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G. y Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, *144*(5), 585-592. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005

Donoso, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como

manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, *18*(2),184-193. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/832/83232594008.pdf

Durá, J. (2006). La relación médico-paciente: ¿Una necesidad olvidada? *Ginecología y Obstetricia de México*, *74*(8), 429-434.

Duranti, A. y Goodwin, C. (1992). Repensar el contexto: el lenguaje como un fenómeno interactivo.

Eco, U. y Cantarell, F. S. (1972). *La estructura ausente: introducción a la semiótica* (No. 04; B820, E2.). Barcelona: Lumen.

Eco, U. y Cantarell, F. S. (1994). *Signo*. Bogotá: Labor.

Emanuel, E. J. y Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 13.

Escandell, M. V. (1996). *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Ariel.

Eslava, E. y Pongutá, C. F. (2018). Pragmatismo norteamericano. Condiciones para el conocimiento en sus orígenes: hacia una construcción de epistemologías de las Américas. *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, *39*(119), 175-214.

Espinoza-Suárez, N. R., Zapata del Mar, C. M. y Mejía Pérez, L. A. (2017). Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. R*evista de Neuro-Psiquiatría*, 80(2), 125-136. https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105

Fanjul, C. (2008). La importancia de la comunicación no verbal en la

configuración de la imagen corporativa. *Revista ICONO 14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, *6*(2), 58-78.

Fernández, J. T., y Franco, B. P. (2005). La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. *Atención Primaria*, *35*(6), 306-310.

Feo Acevedo, C. y Feo Istúriz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em debate*, *37*, 84-95.

Figueredo Borda, N. (2017). La investigación cualitativa en ciencias de la salud: contribuciones desde la etnografía. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(spe), 14-19. https://dx.doi.org/10.22235/ech.v6iespecial.1445

Fisher J, Fisher W, Miscovich S, Kimble D, Malloy T. (1996). Changing AIDS risk behaviour: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. *Health Psychol,* 15: 114-23.

Fiske, J. (1984). *Introducción al Estudio de la Comunicación*. *Colombia: Editorial Norma. S.A*.

Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, *23*(2), 183-193.

Foucault, M. (1978). Historia de la medicalización. Página 36. *Oficina Sanitaria Panamericana*.

Four-Pome, M. P. (2010). Las emociones en mediación. *Revista de mediación* (5), 16-

2.

Gajardo, A. y Lavados, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Persona y bioética*, *14*(1), 48-55.

García, F. y Ceberio, M. (2016). *Manual de Terapia Sistémica Breve*. Editorial Mediterráneo.

García, M. G., Recoder, M. L. y Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud colectiva*, *13*, 391-409.

García-Vera, E. M., Robles-Rodríguez, A., Villegas-Bernabé, M. de L., Figueroa-García, J. y Mota-Cumpean, A. E. (2016). La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*, *23*(2), 63-66. https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2016.2.54788

Gamarnik, C. E. (2009). Estereotipos sociales y medios de comunicación: un círculo vicioso. *Question*, *1*.

Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa.

Girón, M., Beviá, B., Medina, E. y Simón Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.

Guillen-León, L. A., Campos-Sánchez, C. M. y Acosta-Escanaverino, I. (2021). Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, *24*(5), 271-273.

Goffman, E. *The presentation of self in everyday life*. 1959. *Garden City, NY*, *259*.

Goffman, E. (1971). *Ritual de la interacción*. Editorial Tiempo Contemporáneo.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.

Goffman, E. y Ginsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada* (pp. 1-11). Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez Granada, J. A. (2018). La comunicación en la APS: una experiencia más allá de los medios. Revista de Comunicación y Salud, 8(1), pp. 11-25. DOI: http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2018.8(1).11-25

González, C. E. V. (2008). El marco semiótico de la cultura: un reto para el estudio de la comunicación. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14(27), 133-147.

González Menéndez, R. (2004). Exigencias y trascendencia humanística de la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *20*(5-6) Recuperado en 01 de agosto de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500015&lng=es&tlng=pt.

Guasch, O. (1991). *La sociedad rosa*. Barcelona: Anagrama.

Guerrero-Vaca, D. J., Guerrero-Vaca, D. I., Escobar-Zabala, O. D. y Herrera-Abarca, J. M. (2022). La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del Conocimiento*, 7(4).

Gumucio-Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social: clave del

desarrollo participativo. *Signo y Pensamiento*, (58), 26-39.[. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=860/86020038002

Gutiérrez, S. (2015). Diferentes aproximaciones metodológicas para el estudio de las representaciones sociales. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/297007408

Habermas, J. (1992). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos* (pp. 113-158). Madrid: Cátedra.

Hall, E. T. (1972). *La dimensión oculta* (Vol. 6). siglo XXI.

Hall, S. (2006). Estudios culturales: dos paradigmas. *Estudios*, *2006*, 07-01.

Hall, E. T. (1968). Proxemics. *Current Anthropology*. University of Chicago Press.

Hall, E. T. (1963). Proxemics: The Study of Man's Spatial Relations and Boundaries", Man's image in Medicine and Anthropology.

Hamui-Sutton, A., Grijalva, M. G., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barrios, P., Sandoval-Ramírez, E., García-Téllez, S. E., Durán-Pérez V. D. y Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, *20*(1), 17-26.

Haquin, D. M. (2011). La perspectiva multimodal sobre la comunicación: desafíos y aportes para la enseñanza en el aula. *Diálogos educativos*, (22), 3-14.

Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S. y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud pública*, *19*, 393-395.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., y Hernández-

Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, *8*(2), 137-144.

Herrera Medina, N. E., Gutiérrez Malaver, M. E., Ballesteros Cabrera, M., Izzedin Bouquet, R., Gómez Sotelo, A. P. y Sánchez Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, *12*, 343-355.

Hoggart, R. (1957). Los usos de la alfabetización . Transaction Publishers.

Hymes, D. (1971). *Competence and performance in linguistic theory. Acquisition of languages: Models and methods*. Ed. Huxley and E. Ingram. New York: Academic Press. 3-23.

Hymes, D. (1972). Models of the interaction of language and social life, en Gumperz, J. J. y Hymes, D., eds., *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of communication*, Holt, Rinehart and Winston, New York,1986.

Hymes, D. (1977). Foundations in Sociolinguistics. An Ethnographic Approach. Tavistock Publications, Londres.

Hymes, D. (1980). Toward ethnographies of communication: the analysis of communicative events. *Language and social context*, Paolo Giglioli. Penguin Books, London.

Hymes, D. H. y Bernal, J. G. (1996). Acerca de la competencia comunicativa. *Forma y función*, (9), 13-37.

Infante, A. (2005). Aspectos culturales e interculturales relacionados con la gestión del espacio en la enseñanza de español lengua extranjera. *Revista Electrónica De Didáctica Del Español Como Lengua Extranjera*, *5*.

Jackson, D. D. (2009). La homeostasis familiar y el médico. *CIC. Cuadernos de información y comunicación*, *14*, 15-20.

Jakobson, R. (1970). *Course in general linguistics (Original: Essais de linguistique générale)*. Les Editions de Minuit.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social II: Pensamiento y Vida Social*, Barcelona: Paidós, 469-494.

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *Revista Internacional de Investigaciones Psicológicas*, 4 (1), 70-79. [Recuperado el 14 de enero de 2021]. ISSN: 2011-2084. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2990/299022819009

Knapp, M. L. (1982). *La comunicación no verbal: El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.

Krogh, E., Medeiros, S., Bitran, M., y Langer, Á. I. (2019). Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 618-627.

Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, *29*(2), 23-29.

Ladino, S. L. (2014). La semiótica de Peirce aplicada a la semiología médica: El "Infarto", el "Electrocardiograma" y la "Quinoterapia" como fenómenos de referencia. *Miradas*, *1*(12).

Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Madrid:

Alianza Editorial.

Laso Ortiz, E. L. (2015). Cinco axiomas de la emoción humana: Una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, *26*(100), 147-162.

Lasswell, H. D. (1926). *Técnica de propaganda en la Guerra Mundial* (Tesis doctoral, Universidad de Chicago).

López del Refugio-Gamiño, M., Alarcón-Armendáriz, M. E. y Cepeda-Islas, M. L. (2010). La educación para la salud y las diversas mediaciones comunicativas que intervienen. *Perinatol Reprod Hum*, *24*(2), 140-145.

López, R. (1998). Crítica de la Teoría de la Información. *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, (3), 3.

Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Martín-Barbero, J. (2012). De la comunicación a la cultura: perder el "objeto" para ganar el proceso. *Signo y Pensamiento*, *31*(60), 76-84. https://doi.org/10.11144/Javeriana.syp30-60.dccp

Martín Serrano, M. (1976): Mediación, en DEL CAMPO, Salustiano (dr.): Diccionario de Ciencias Sociales. Madrid: Instituto de Estudios Políticos patrocinado por la UNESCO, pp. 179-184. ISBN: 84-259-0434-X. Reeditado en 4 volúmenes por Planeta Agostini (1987-1988). ISBN: 9508850051.

Martín Serrano, M. (1985): Mediación cognitiva y estructural. En: De la mediación de los medios de comunicación. MORAGAS, Miquel de (ed.): *Sociología de la comunicación de masas. I. Escuelas y autores*. Barcelona: Gustavo Gili, pp. 141-162.

Martín, M., y Campo, S. D. (1976). Mediación. En *Diccionario de Ciencias Sociales* (pp. 179-184). Madrid: Instituto de Estudios Políticos.

Martínez, D. P. (2015). René Girard y la teoría del doble vínculo de Palo Alto (René Girard and double bind theory of Palo Alto). *Revista de Filosofía*, *40*(2), 10.

Martínez-González, M. A. y de Irala, J. (2005). Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde. *Medicina clínica*, *124*(17), 656-660.

Martínez, J. M. (2018). La relación médico-paciente (Vol. 9). Edicions Universitat Barcelona.

Mayerhofer, N. (2013). La influencia de la comunicación multimodal en la construcción inicial del modelo ser vivo. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, (Extra), 2244-2250.

Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago.

Mead, G. H., y Mazía, F. (1993). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Editorial Paidós.

Mehrabian, A. (1972): *Nonverbal Communication*. Chicago: Aldine Atherton.

Mejía Estrada, A. y Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39 (Supl. 1), 832-842. Recuperado en 14 de enero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es&tlng=es

Mendoza, C., Ramos-Rodríguez, C., y Gutiérrez, E. (2016). Relación médico-

paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico* (Lima), 16(1), 14-19. Recuperado en 16 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=es&tlng=es.

Miguélez, M. M. (2005). El método etnográfico de investigación. *Etnografía miguelez*, 2005, vol. 16, p. 1-3.

Molina-Chailán, Pía, Mendoza-Parra, Sara, Sáez C., Katia, & Cabrera F., Salvador. (2020). Perfil biopsicosocial del paciente con tuberculosis y factores asociados a la adherencia terapéutica+. Revista chilena de enfermedades respiratorias, 36(2), 100-108. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482020000200100

Moore, Ph., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, *138*(8), 1047-1054. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016

Moreno, J. A. (2015). Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *7*(2), 47-62.

Moreno Rodríguez, M. A. (1998). Crisis del método clínico. *Revista cubana de medicina*, *37*(2), 123-128.

Moreno Rodríguez, M. A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: Un aspecto del método clínico. *Revista cubana de medicina*, *39*(2), 106-114.

Moulian Tesmer, R. (1999). Matices en la interacción: Hacia una taxonomía de la comunicación humana. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 3, 21-29.

Moulian, R. (2012). *Metamorfosis ritual desde el ngillatún al culto pentecostal:*

teoría, historia y etnografía del cambio ritual en comunidades mapuche williche. Ediciones Kultrún.

Moscovici, S.(1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Huemul S.A.

Mucci, M. (2008). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? *Psicodebate*, *8*, 61-78.

Núñez, C. F. (2021). *La gestión de la comunicación como aporte a la mejora de la calidad de la relación médico-paciente y de la gestión del paciente* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. Revista De Psicología, 26(2), 219-254. https://doi.org/10.18800/psico.200802.002

Ofman, S. D., Pereyra Girardi, C., Cófreces, P. y Stefani, D. (2015). Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. *Liberabit*, Lima. *21*(1), 59-70.

O'Mahony, S. (2019). *Can medicine be cured?: The corruption of a profession*. Head of Zeus Ltd.

Ordóñez Vázquez, N. A. y Monroy Nasr, Z. (2021). La relación médico paciente vista desde la experiencia de los familiares de enfermos de cáncer en etapa terminal. *Apuntes de Bioética*, 4(2), 107-123.

Orozco, Guillermo (1997). Medios, audiencias y mediaciones: el reto de conocer para transformar. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15800806

Orozco, G. (2002). Mediaciones tecnológicas y des-ordenamientos

comunicacionales. *Signo y pensamiento*, *21*(41), 21-33.

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, *16*(3), 226-232. Recuperado en 05 de junio de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.

Ortiz P, Manuel, & Ortiz P, Eugenia. (2007). Health psychology: A key to understand therapeutic adherence. *Revista médica de Chile*, *135*(5), 647-652. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014

Oyarzun Ebensperger, E. (2017). Crisis del modelo médico actual. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *82*(6), 659-665.

Pedrosian, E. Á. (2013). Mediaciones en el universo de las policlínicas de atención primaria. Un ejercicio etnográfico sobre los flujos de comunicación e información en el campo de la salud. Augusto Guzzo. *Revista Acadêmica*, (11), 105-123.

Peirce, 1974. La ciencia de la semiótica. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Pellicer Palacín, M. (2010). Lo que decimos sin palabras o aspectos no verbales en la comunicación intercultural. En El español en contextos específicos: enseñanza e investigación (pp. 815-828). *Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera.*

Pérez Gómez, Á. V. P. (2012). La etnografía como método integrativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *41*(2), 421-428.

Petra-Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en educación médica*, *1*(4), 218-224.

Pilleux, M. (2001). Competencia comunicativa y análisis del discurso. *Estudios filológicos*, (36), 143-152. https://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132001003600010

Poyatos, F. (1970). Paralingüística y kinésica: para una teoría del sistema comunicativo en el hablante español. In *Actas del Tercer Congreso Internacional de Hispanistas* (pp. 725-738). El Colegio de México.

Poyatos, F. (1986). Enfoque integrativo de los componentes verbales y no verbales de la interacción y sus procesos y problemas de codificación. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 125-156.

Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal (Vol. 13)*. Madrid: Ediciones AKAL.

Pupo, B. A. (2003). Barreras que afectan la comunicación médico-paciente. Hospital “Lucía Iñiguez Landín". Febrero-junio 2002. *Correo Científico Médico de Holguín*, *7*(2), 2.

Prochaska J, Di Clemente C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychother Theory Res Pract; 19: 276-88.

Querejeta, M. (2009). Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE/CIF. *Revista española de salud pública*, *83*(6), 771-773.

Ramírez González, R. (2009). La noción de mediación semiótica en el enfoque constructivista vygotskiana. Omnia, 15(1), 70-81.

Reguillo, R. (2005). Los estudios culturales. El mapa incómodo de un relato inconcluso. *Redes.com: Revista de estudios para el desarrollo social de la comunicación*, (2), 189-199.

Ribeiro-Alves, A. (2012). La autonomía del paciente desde una perspectiva bioética. *Journal of Oral Research*, *1*(2), 90-97.

Rivera Michelena, N. y Blanco Horta, F. (2001). La dimensión comunicativa en la práctica médica. El valor de la entrevista. *Educación Médica Superior*, *15*(3), 301-311.

Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Portal de la Comunicación*, 1-20.

Rizo García, M. (2006). La psicología social como fuente teórica de la comunicología: Breves reflexiones para explorar un espacio conceptual común. *Andamios* [online]. Vol. 3, n° 5. [Recuperado el 16 de junio de 2021], pp.163-184. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632006000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1870-0.

Rizo García, M. (2011). De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal. *Quórum académico*, *8*(15), 78-94.

Rodrigo, M. (1995). *Los modelos de la comunicación*. Madrid: Tecnos.

Rodríguez Sanz, J., Kurtz Luna, C. y Álvarez-Ude Cotera, F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, *18*(7), 401-409. https://doi.org/10.1016/S1134-2072(11)70155-4

Rosentock I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* ; 2: 1-8.

Roter, D. L. (2001). La comunicación con los adultos mayores en el contexto médico. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, *36*(3), 16-17.

Ruiz Marín, E. (2004). Ver a las mediaciones simplemente como unidades

nos hace caer en un error: la fragmentación. Una propuesta metodológica para la investigación de las mediaciones. *Punto Cero*, 0*9*(08), 64-68. Recuperado en 02 de agosto de 2023 de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100011&lng=es&tlng=es

Ruiz Moral, E. G., Moral, R. R., de Torres, L. Á. P., Rejano, J. M. P. y Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. (2010). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Atención Primaria*, *42*(3), 162-168.

Saa, D. (2008). Relación médico paciente. *Colombia Médica*, *39*(3), 287-290. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283/28339310.

Saint Martin, F. P. (2007). Mediaciones en salud. *Salud Problema*, (17), 35-38.

Sandoval, L. (2009). Bateson y el modelo comunicativo de Palo Alto. 1a ed. - Rada Tilly: Del Gato Gris, 2014.

Santiago, R. H., Carlos, M. V., Roberto, F. Á., y Antonio, P. C. (2009). La comunicación no verbal: ¿qué interpretan nuestros pacientes? Habilidades y terapéutica. Año 2009. Volumen 16. Página 40-43.

Schmidt, S. (2013). *Proxémica y comunicación intercultural: la comunicación no verbal en la enseñanza de E/LE*. Universitat Autónoma de Barcelona.

Shomaly, D. (1994). Comunicación, metacomunicación y paradoja: la vigencia de la" Escuela de Palo Alto".

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M., y Salcedo, C. (2006). Self-assessment of core

clinical skills in medical graduates: Medical interview, physician patient relationship and communication. *Anales de la Facultad de Medicina*, *67*(1), 30-37. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000100006&lng=es&tlng=en.

Solana, A. A. (2013). *Estudio transcultural de la actividad física y de la actividad sedentaria de los adolescentes de dos ciudades del eje pirenaico franco-español: Análisis descriptivo y factores de influencia.* (Doctoral dissertation). Universidad de Zaragoza, España.

Soriano, J. (2007). Las nuevas reglas de la etnografía de la comunicación. Portal de la Comunicación. Disponible en: https://www.academia.edu/31596756/Las_nuevas_reglas_de_la_etnograf%C3%ADa_de_la_comunicaci%C3%B3n

Soria Trujano, R., Vega Valero, Z., Nava Quiroz, C., y Saavedra Vázquez, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit,* 17(2), 223-230. Recuperado en 04 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es.

Stellyes, C. E. V. (2017). Comunicación en el currículo médico. *Medicina UPB*, *36*(1), 59-70.

Taylor, S. J. (1977). The custodians: attendants and their work at state institutions for the mentally retarded. Syracuse University.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, *2*, 194-216.

Thomas, M. y de Gracia Blanco, M. (2008). El origen del movimiento cibernético: las conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de Historia de la Psicología*, *29*(3), 261-268.

Toledo, N. (2018). Tesis realizada en el marco del proyecto de investigación de la Universidad Austral de Chile. DID S - 2017 – 49. “Formas de habitar el territorio durante el proceso de industrialización nacional desarrollista, Barrios Bajos-Miraflores, Valdivia 1938-1973”.

Torres, N. G. (2007). El paradigma de la mediación: crítica y perspectivas. *Mediaciones Sociales*, (1), 195-213.

Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M., y Pando-Moreno, M. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*, 101-110.

Traverso, G. (2009). La terapía Gestalt:¿ un enfoque humanista o existencial?.

Ugarte, A. Orígenes cibernéticos de la comunicación y salud (health communication). Revista de Comunicación y Salud.Universidad de Granada. https://www.easp.es/web/blogps/2018/05/15/la-promocion-de-la-salud-y-los-medios-de-comunicacion/

Urteaga, E. (2009). Orígenes e inicios de los estudios culturales. *Gazeta de antropología*, *25*(1).

van Dijk, T. (2001). Algunos principios de una teoría del contexto. *Revista latinoamericana de estudios del discurso*, *1*(1), 69-82.

van Dijk, T. (2002). Conocimiento, elaboración del discurso y educación. *Escribanía*, (8),5-22.

van Dijk, T. A. (2015). Cincuenta años de estudios del discurso. *Discurso & Sociedad*, *9*(1), 15-32.

Varguillas Carmona, C. S. y Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. Laurus, 13(23),249-262.[Fecha de consulta: 15 de octubre de 2023]. ISSN: 1315-883X. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102313

Vázquez Sánchez, M. C. (2018). Pérdida visual y auditiva y su posible asociación con la función cognitiva en el adulto mayor. Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas programa de doctorado en ciencias de la visión Facultad de Óptica y Optometría, Santiago de Compostela 2017.

Vergara, L. G. (2011). Habermas y la teoría de la acción comunicativa. *Razón y palabra*, *75*(1), 01-19.

Vesperi, M. D. (1985). *City of Green Benches*. Ithaca: Cornell University Press.

Vidales, C. E. (2009). La relación entre la semiótica y los estudios de la comunicación: Un diálogo por construir. *Comunicación y sociedad*, 11, 37-71. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000100003&lng=es&tlng=es.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication.* W. W. Norton & Company.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (2017). *Teoría de la comunicación humana.*

Interacciones, patologías y paradojas. Herder Editorial.

Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Herder Editorial.

Wiener, N. (1949). Cybernetics: or Control and communication in the animal and the machine. Cambridge: Technology Press.

Winkin, Y., & Birdwhistell, B. (1984). *La nueva comunicación*. Ed. Kíros.

Weaver, W. (1953). Recent contributions to the mathematical theory of communication. *ETC: a review of general semantics*, 261-281.

Zola, I. (1999). La medicina como institución de control social. *De la Cuesta Benjumea C,(comp). Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia*, 23-46.