

## LA COMUNICACIÓN EN SALUD O LA SALUD DE LA COMUNICACIÓN

*Di Pilla, Gabriela\**; *Martínez, Silvina\*\**; *Randazzo, María Paula\**; *Soto, María Agustina\**

\*Unidad de Diagnóstico y Tratamiento Fonoaudiología. Hospital Dr. Noel H. Sbarra.

\*\*Sala de Psicología. Hospital Dr. Noel H. Sbarra.

### RESUMEN

Desde Consultorios Externos del Hospital, es cada vez más recurrente la consulta por niños pequeños. En parte, es bueno, porque nos permite abordar problemáticas a tiempo, e intentar hacer un trabajo de prevención primaria, pero las condiciones discursivas y de comunicación con la que los adultos se acercan, nos hace reflexionar sobre las prácticas de la derivación y las intervenciones previas de algunos profesionales que asisten al niño.

En el ámbito de la salud, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación profesional de la salud/paciente. Implementarla de forma eficiente y confiable permite mejorar la calidad en la atención en salud.

Este trabajo intenta reflexionar sobre el vínculo de la atención en salud con las prácticas comunicativas.

### PALABRAS CLAVES

Comunicación, comunicación en salud, relación profesional de la salud/paciente/familia.

### DESCRIPTORES

RELACIONES MEDICO-PACIENTE – RELACIONES PROFESIONAL-FAMILIA –  
RELACIONES PROFESIONAL-PACIENTE – COMUNICACIÓN EN SALUD –  
COMUNICACIÓN NO VERBAL – BARRERAS DE COMUNICACIÓN

Cómo citar: Di Pilla, Gabriela; Martínez, Silvina; Randazzo, María Paula; Soto, María Agustina. La comunicación en salud o la salud de la comunicación. *Sbarra Científica* [internet] 2020 [Citado: \_\_\_\_]; 2 (Supl.). Disponible en: <http://www.hospitalsbarra.com.ar/cientifica/index.html>

## INTRODUCCION:

*“Comunicarse es una de esas experiencias sustanciales y elementalmente humanas que asumimos como parte de nuestra cotidianeidad... comunicarse es también, para muchas personas y en distintos campos de la actividad... parte de su labor, un desafío. Actividad en la que invertimos esfuerzo, ideas, herramientas y de la que esperamos resultados. Es bastante frecuente que al confrontar definiciones o nociones acerca de lo que representa para algunos sujetos la comunicación como experiencia y como trabajo, encontremos dicotomías y hasta contradicciones bastantes significativas”<sup>1</sup>. “Las habilidades comunicativas en la relación médico(a)/paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios”<sup>2</sup>.*

## DESARROLLO

En este trabajo, ilustraremos nuestra experiencia con viñetas clínicas.

- Llega a la consulta fonoaudiológica la mamá de L. de 2 años 1 mes, derivado del pediatra porque no habla, ella refiere lo mismo *“no habla nada”*. Entre varios papeles de órdenes y derivaciones entrega uno que presenta una evaluación de tres meses atrás donde se describe que el niño *“no habla, no mira a la cara, no arma juego, presenta alteración de la conducta, posible TEA y según referencia de la madre llora hasta desmayarse”*.

L. mira con curiosidad mientras converso con su mamá, se observa expectante y tímido. Me dirijo a una mesa chiquita, lo invito a sentarse, lo hace, saco una caja con juguetes de cocina y se la muestro, va sacando de a uno, los mira, los ordena y va dejando algunos en la mesa, otros en una cocina donde se pone a hacer papas en una olla. Revuelve, le pido si me da un poco, lo hace, sirve jugo, me mira y me lo da. No habla, mira a la cara, sus ojos curiosos, me sonrío. Le pido que no saque más juguetes y que vayamos a guardar, lo hace. Luego cuando se encuentra sobre la falda de su madre saca unos papeles del bolso de su mamá, me los da y dice *“tomá”*. Le digo a la mamá *“ah pero habla, me dijiste que no”*. Le pregunto si entonces dice algo más y me cuenta que dice mamá, papá, no, el nombre de la hermana, agua. Mientras conversamos L. me da otros papeles, le digo *“gracias”* y luego le digo que guarde los papeles en el bolso y lo cierre, lo hace. Entra otra persona al consultorio, abre el bolso y le da papeles en busca de continuar el juego y la interacción.

Le pregunto a la mamá que pasó en esos tres meses que no coincide el informe con lo que se observa del niño. Nos cuenta que vinieron unas hermanas mayores a vivir con ellos y éstas lo tratan como “normal”.

¿Y cómo lo trataban antes? ¿Cómo es eso que ahora es normal y antes no? ¿Qué no pudo ver la mamá antes, o sólo vio lo que le dijeron, que eran más “no” que lo que sí tiene L.?

En otra parte de la entrevista la madre refiere que uno de los profesionales pediatras que lo atienden dijo que es autista y el neurólogo que le hizo el electroencefalograma le dijo que como a los 18 meses tuvo una convulsión (única vez que hizo ese episodio), “*el retraso en el habla es porque le ha quedado un cablecito pelado en la cabeza*”.

¿Cómo recibe una madre, un padre, la familia este tipo de noticias? ¿Cómo las interpreta? ¿Cómo se condiciona la crianza con la palabra de otro? ¿Qué peso tiene ésta en un niño en desarrollo? ¿Y en cómo es mirado por la familia?

Se cumple en este caso el centrarse en el problema discapacitante reduciendo la realidad de este niño a su problema, olvidando sus fortalezas, sus otras capacidades y posibilidades y el lugar en que quedan los padres que, desde su no saber pero preocuparse, consultan con profesionales que arrojan diagnósticos que implican a más de una disciplina como el caso del autismo, y que este diagnóstico no se reduce a una descripción conductual sesgada por algunos indicadores.

Hablamos de reflexionar sobre las formas de comunicar, de buscar las palabras, de conocer el contexto no solo del niño, sino de las familias. Familias que tomarán esas palabras según su historia.

*“Cuando problemáticas de orden social, educativo, político, económico e incluso emocional son abordadas como si fueran problemas biológicos, estamos igualando el mundo de la vida humana al mundo de la naturaleza. Esto trae como consecuencia que se exceptúen de responsabilidad las instancias de poder, en cuyas entrañas son generadas y perpetuadas, las más de las veces, tales dificultades.” “Cuando se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre al niño, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición (...). A partir de aquí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización”<sup>3</sup>.*

El diagnosticar nos permite poner nombre a lo que al niño le ocurre, poder conocer y así abordar un tratamiento. Estos diagnósticos, necesarios para enfrentar y programar un abordaje de tratamiento, en algunas disciplinas es relevante para el profesional que buscará en su quehacer revertir al mismo, dada la corta edad del niño y las potencialidades que conlleva en la adquisición de varios aspectos

de su desarrollo. El tema es el uso temprano de nombres diagnósticos que condicionan a la familia, al entorno e incluso a algunos terapeutas en su proceder para con ese niño.

- La mamá de M., un bebé de 10 meses, asiste a la consulta con informe del pediatra y neurólogo: *“Niño que al momento de la prueba presenta mala atención y colaboración”, “niño con desarrollo atípico, riesgo TEA”*. La madre solicita evaluación fonoaudiológica para iniciar los trámites para el Certificado Único de discapacidad.

¿Cómo se le pide a un bebé de 10 meses que colabore? ¿Cómo se comunica una sugerencia de consulta? ¿Cómo piensa esa mamá a su hijo de 10 meses con el solicitar un certificado de discapacidad?

- T. de 3 años recién cumplidos llega a la consulta con su mamá porque le dijeron que es autista. Los padres de T. consultaron hace unos meses con el pediatra porque no habla. El pediatra solicitó una audiometría y una consulta fonoaudiológica de evaluación del lenguaje. Como apremió la pandemia y el pediatra no volvió a trabajar consultaron con otro quien les dijo que tenía autismo y los derivó a un psiquiatra, a un centro donde va a recibir todas las terapias, más la solicitud de Certificado Único de Discapacidad (CUD). Todo realizado en una sesión, la evaluación y el diagnóstico a cuyo niño y familia este profesional veía por primera vez.

¿Cómo procesar en tan poco tiempo tanta inmensidad de palabras y orientaciones hacia un hijo de quien a partir de esto se pueden suscitar más dudas que certezas, o apropiarse de las “certezas médicas” transmitidas y tratar de resignificar toda una historia a futuro familiar y de ese niño ya nombrado como “discapacitado”?

Los padres deciden hacer una consulta con fonoaudiología antes de ir al centro. T. se comunica con algunas palabras sueltas, cuesta mantener la mirada con el otro, se sonríe y busca al otro cuando un juego le da placer. No pide verbalmente, llora (sin lágrimas) y señala cuando quiere algo. Es un niño tranquilo, deambula con curiosidad, le gusta dibujar y que lo aplaudan cuando hace alguna línea. El juego simbólico se encuentra presente, algo desorganizado, no hace participar a otros (¿expresión evolutiva de un juego solitario?) Con el acompañamiento del adulto, sosteniendo la actividad, persiste en juegos y exploraciones de objetos que no son conductas estereotipadas, ni rutinarias, ni repetitivas, ni vacías de contenido.

Se observan inquietudes y angustia de los padres ante el diagnóstico de autismo por lo que se deriva a psicología para un trabajo conjunto.

Indagando en la historia de T. a los 5 meses estuvo internado un mes por una afección respiratoria. Desde ese entonces es tomado en la familia por un niño al que no hay que dejarlo llorar para que no se ponga mal, todo lo que T. quiere está a su alcance con un gesto o rabieta.

Como un rey, T. tiene su familia a su disposición ante cualquier movimiento y todo a su alcance. La madre refiere que como era un bebé tranquilo ella se abocó a su hija mayor, escuela, club, T. iba por todos lados, no era demandante. Si quería algo la madre interpretaba su gesto o malestar y se lo daba. Poca palabra desde el entorno circulaba a partir de esta “tranquilidad” de T, lo gestual siempre primó como forma de comunicación. T. ya tiene 3 años y no habla. Ahora se nota que ya no es un bebé y la palabra no aparece.

Levin<sup>4</sup> dice de la condición del hablante *“Se habla desde la propia historia, configurada por experiencias dichosas y dolorosas, insertas en un contexto social-cultural y amasadas en el saber de generaciones pasadas. Se habla desde un lugar afectivo y social. Se habla también desde una integridad: lo conocido, lo no conocido pero posible de conocer y lo desconocido, aquello que nunca arribará al conocimiento, que existe dentro nuestro y constituye un saber. Se habla también desde lo controlable, no controlable e incontrolable.”*

¿Hay necesidad por parte de T. de la palabra? ¿Tiene T. la oportunidad de algo que decir? ¿Necesita de la palabra siendo que su entorno no la utiliza en ese modo relacional? ¿Cómo manejan a partir de ahora, la ansiedad de un diagnóstico del que tanto se habla actualmente y cómo se maneja tanta información? ¿Todos los padres que reciben este tipo de noticias interpretan igual esa información, cómo la transfieren?

Siguiendo a Untoiglich<sup>3</sup> *“Un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución de su subjetividad, entramado con los Otros ya atravesado por la época histórica que le toca vivir. Cuando los padres de un pequeño realizan una consulta esto puede establecer un hito relevante es su historia, y con frecuencia hay un antes y un después no sólo en la vida de ese niño sino también en la de sus padres, y por lo tanto, los profesionales tenemos que ser conscientes de ese poder que está determinado por un saber que nos suponen y del cual debemos hacernos cargo”.*

No sólo trabajar con los niños sino con los padres; qué sienten ante determinadas situaciones, dichos que involucran a su hijo. En este trabajo hay que hacer una búsqueda de la historización de los progenitores, sus creencias, sus proyecciones sobre ese niño.

Cómo comunicamos como profesionales de la salud es la pregunta que surge. Deberíamos preguntarnos si somos conscientes del poder de nuestras palabras en cuanto personas formadas en salud y asistiendo a una población donde los padres depositan su confianza en nuestra palabra autorizada.

Muchas veces se inicia un tratamiento temprano porque el niño presenta alguna característica que se encuentra dentro de una lista de indicadores precoces de patologías tempranas o protocolos. Esto nos lleva a reemplazar el concepto como dice Morici<sup>5</sup> de *“prevención precoz por predicción*

*precoz*”, en tanto el niño entra en un círculo de consultas y terapias que retienen al sujeto en una posición de “niño con problema”.

¿Cómo afirmar un diagnóstico sin haberle dado la oportunidad y el tiempo previo de ser abordado en su historia y entorno a un niño que se encuentra en desarrollo? *“Podemos ver indicadores de que algo anda mal, encontrar las causas y observar el intrincado entramado vincular en juego, pero predecir cuál va a ser la evolución de ese niño en estructuración, sólo da cuenta de la arrogancia del paradigma que se pretende como un saber absoluto*<sup>5</sup>.

Los diagnósticos nos organizan, orientan para dirigir o redirigir nuestras prácticas, pero no olvidemos que nuestro campo de trabajo incluye niños en desarrollo, en cambios constante, orgánicos, mentales, culturales y sociales. *“...los profesionales que nos ocupamos de la salud mental (y agregaremos todo profesional de la salud que trabaja con niños) de los más pequeños, tendríamos que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas”*<sup>3</sup>.

Y todo esto se comunica de una u otra manera y en esas formas de comunicar se observan formas de tomar ese mensaje. Padres que se angustian, algunos se vuelven activos y estudiosos de la causa que los atraviesa, otros pasivos y expectantes, unos obedientes de todo camino a recorrer en busca del CUD por sobre toda otra pregunta, otros a la espera de la solución por parte del terapeuta. No es fácil para la familia. *“No se nos enseña cómo criar y educar a nuestros hijos. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada lleva implícito un mayor esfuerzo, mayor dedicación y tiempo por parte de los padres hacia sus hijos. Una formación continuada por parte de los mismos les llevaría a afrontar de forma más eficaz la tarea de educadores principales de sus hijos, en lugar de buscar un especialista que les resuelva todos y cada uno de sus problemas”*<sup>6</sup>.

Tomamos esto de una “formación continuada”, no como una carrera de especialización en el tema, sino, volver a preguntarse por las pautas de crianza, y lo que los atraviesa en lo histórico vivencial con este niño en particular. Nos encontramos con padres que la toma de ese diagnóstico les impide poder contar cuentos –si total es sordo y no va a entender-; les dificulta el ofrecimiento de comidas, –como es autista es selectivo por eso no le ofrezco todo-; no lo llevan a encuentros con otro, –como es hiperactivo, es antisocial y la va a pasar mal-, y así podemos seguir con una larga lista de profecías autocumplidas.

Comunicar no es dar un mensaje simplemente en este rol de profesional de la salud que nos compete. Es tan importante y relevante como cualquier otra práctica que incluya nuestro quehacer. Recordamos las palabras del Dr. Cusminsky<sup>7</sup>: *“La comunicación es la esencia del ejercicio médico que se pone en juego en cada encuentro, en cada visita, las que nos une o separa definitivamente de la madre y su hijo”*. Y agrega *“si la familia es el nido donde se genera la vida del nuevo ser que ha*

de estar a nuestro cuidado ¿Cómo no atender a su problemática? ¿Cómo no averiguar su composición, sus expectativas y posibilidades?”.

La manera en que los profesionales de la salud comunican, los procesos de comunicación eficiente que se usan con los pacientes tiene un impacto crucial en la recepción del diagnóstico y la vivencia del tratamiento por parte de ellos y su familia.

En un trabajo de revisión sobre comunicación pediátrica realizado por Kohlsdorf y Costa Junior<sup>8</sup>, los autores aportan que la *“comunicación eficiente tiene consecuencias directas sobre la satisfacción del usuario con la atención, el cumplimiento de la atención y las recomendaciones, el recuerdo y la comprensión de las instrucciones de tratamiento y medicación, la mejora de las respuestas fisiológicas y los síntomas, el manejo de eventos estresantes, una mejor percepción del apoyo social y mejor adaptación a la planificación terapéutica. La atención pediátrica implica una mínima interacción en tríadas (médico-acompañante-paciente), situación que implica una dinámica interactiva bastante diferente a las consultas con pacientes adultos en las que sólo una díada, en general, participa en los procesos comunicativos.”*

En otro trabajo de Leidiene Ferreira y col.<sup>9</sup>, concluyen que *“el miedo, la incertidumbre, el estrés y la ansiedad, de los pacientes/familia, indican efectos perjudiciales con respecto al uso o no uso de la comunicación por parte del profesional de la salud, y sugieren que el comportamiento de algunos profesionales se basa en el modelo biomédico de atención de salud. La comunicación es un recurso que permite al profesional de la salud establecer relación interpersonal con los individuos. No siempre el profesional de la salud considera a la familia en su plan de trabajo, dirigiéndose sus acciones exclusivamente a la enfermedad del niño. De esta manera, la familia y el niño no son atendidos en sus necesidades y no son percibidas en su totalidad, pasando prácticamente desapercibidos los aspectos emocionales, las inseguridades, las dudas del niño y de sus familiares.”*

Mata<sup>1</sup> dice que *“Un discurso genera, al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos posibles. Del análisis de las propiedades de un discurso no podemos nunca deducir cuál es el efecto que será en definitiva actualizado en la recepción”*. Lo que sí tendremos en claro, que probablemente surgirá un efecto, se producirá un cambio, que no en todos se presentará del mismo modo.

Estos conceptos básicos de comunicación se deberían tener en cuenta a la hora de relacionarse con el paciente, desde lo discursivo y lo gestual que comunica tanto como la palabra hablada.

¿Cuáles son las condiciones que facilitan la efectividad para una correcta comunicación en salud? Según de Dios Lorente y Jiménez Arias<sup>2</sup> resaltan, un clima psicológico favorable, más la capacidad

y habilidades de escucha, necesarias a desarrollar en los participantes del proceso comunicativo. Agregando que los elementos que más afectan la comunicación pacientes- familiares/profesionales de la salud, se encuentran el no dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente; no fomentar el respeto y la confianza, ni escuchar y reconocer al paciente y sus familiares como fuente importante de información, no diseñar adecuadamente el mensaje y propiciar su mala transmisión, utilizar términos incomprensibles, etc.

## CONCLUSIONES

En las instituciones de salud el qué y cómo se comunica trae aparejada un alto porcentaje de insatisfacción, así como también el fracaso o éxito en el diagnóstico que depende de un adecuado intercambio comunicativo.

Se han ponderado históricamente las habilidades individuales y las destrezas personales de muchos profesionales, sin involucrar al paciente/familia en la toma de decisiones.

Mejores resultados tanto en la salud del niño, vínculo con la familia, adherencia al tratamiento, se relacionan con las habilidades comunicativas en la relación profesional de salud/paciente/familia.

Es necesario repensar nuestra praxis profesional, la configuración y establecimiento del vínculo profesional/paciente. Dedicar el tiempo necesario, adecuando el mensaje a nuestro interlocutor y reconociendo las condiciones mínimas para lograr una comunicación eficaz. Desarrollando en esta práctica el respeto y la confianza, tener en cuenta el recurso significativo del trabajo interdisciplinario, y por sobre todo, aceptar el rol activo del paciente, considerando a él y su familia como fuente importante de información, respetando su historia y su contexto. Tomarse el tiempo para humanizar nuestras prácticas.

## BIBLIOGRAFIA

Míguez MN, Sánchez L. Matías: una infancia patologizada por la conducta. *Revista Ruedes* [internet]; 2016 [Citado: 23 de agosto de 2020]; 5(7): 143-172. Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/8399/sanchezymiguezruedes7.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8399/sanchezymiguezruedes7.pdf)

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mata, María Cristina. Nociones para pensar la comunicación: material elaborado para la Asignatura Extensión Rural. Córdoba: Facultad de Ciencias Agrarias, Universidad Nacional de Córdoba, 1985. [internet] En: Mata, María Cristina. Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva. Módulo 2. Curso de Especialización Educación para la Comunicación. Buenos

- Aires: La Crujía; 1985. [Citado: 15 de agosto de 2020] Pp. 40-45. Disponible en: <http://www.agro.unc.edu.ar/~extrural/Mata.pdf>
2. de Dios Lorente, J; Jiménez Arias, M. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan* [internet] 2009 [Citado: 26 de agosto de 2020];13 (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n1/san10109.pdf>
  3. Untoiglich, Gisela, et al. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc, 2013.
  4. Levin, J. Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica. Bs. As. Lugar Editorial. 2002.
  5. Morici, S. Ser niño en tiempos de medicalización y etiquetamiento precoz. *Actualidad Psicológica* 2015; 40 (443): 15-17.
  6. Floyd Rebollo, M; Dago Elorza, R. La importancia de buena comunicación entre el médico y el niño, la familia, y otros profesionales. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva* [internet] nov 2014 [Citado: 23 de agosto de 2020]; 7(3): 148-163. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400010)
  7. Cusminsky, Marcos. Meditaciones de fin de siglo. *Arch. argent. Pediatr* [internet] 2000 Feb [Citado: 26 de agosto de 2020]; 98(1): 51-54. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00\\_51\\_54.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_51_54.pdf)
  8. Kohlsdorf, Marina; Costa-Junior, Áderson Luiz. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [internet], 2013 [Citado: 22 de agosto de 2020]; 30(4): 539-552. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007>
  9. Leidiene Ferreira, S, et al. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enfermería Global* [internet] 2015 ene [Citado: 22 de agosto de 2020]; (37): 192-203. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/docencia4.pdf>