

CARLOS DEL VALLE ROJAS
COMUNICAR LA SALUD
ENTRE LA EQUIDAD Y LA DIFERENCIA



Ediciones Universidad de La Frontera
Av. Francisco Salazar 01145

**Temuco – Chile
2003**

“...el aporte más significativo del documento lo constituye la mirada que el autor da al tema desde la perspectiva de las prácticas culturales [...] Igualmente, la incorporación de elementos provenientes de la cosmovisión indígena de algunos aspectos de la salud enriquece el texto y provee una mirada pocas veces encontradas en la literatura de la comunicación y salud”

Ph.D. Rafael Obregón.
Universidad del Norte, Colombia.
Programa de Comunicación Social.
E-mail : robregon@uninorte.edu.co

“Se aprecia un interés por tematizar la articulación conceptual Salud – Práctica Intercultural Medica - Comunicación, como ejes fundantes para habilitar a sus posibles lectores en el conocimiento de un fenómeno reciente en el ámbito de la salud en Chile, como lo son las prácticas interculturales sanitarias y las relaciones médico / paciente (huincas / mapuches)”.

Dr. José Nelson Barría.
Dr. en Filología.
Universidad Adventista de Chile.
Director de Investigaciones.
E-mail : jbarria@entelchile.net

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

LA SALUD COMO FENÓMENO SOCIAL: DISCURSO Y PRÁCTICA SOCIAL

CAPÍTULO II

LA SALUD COMO FENÓMENO CULTURAL: DISCURSO Y PRÁCTICA INTERCULTURAL

CAPÍTULO III

LA SALUD COMO HECHO DE LENGUAJE: DISCURSO Y PRÁCTICA COMUNICATIVA

CAPÍTULO IV

COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA SALUD: TEORÍAS, MODELOS, MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA DESARROLLAR DESTREZAS COMUNICATIVAS

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA Y RECOMENDADA EN COMUNICACIÓN, SALUD Y DESARROLLO

LISTA DE RECURSOS EN INTERNET

ANEXO 1

EVALUACION DE LOS PRINCIPALES ESTILOS DE COMUNICACIÓN

ANEXO 2

MATERIAL GRÁFICO

AGRADECIMIENTOS

Un público agradecimiento a quienes colaboraron en la elaboración de este trabajo: **COMUNICAR LA SALUD. Entre la equidad y la diferencia.**

Al Dr. Silvio Waisbord, profesor del Departamento de Periodismo y Estudios de Medios de la Rutgers University, EE.UU, por sus comentarios y presentación. Al Dr. Rafael Obregón, Profesor Asistente y Jefe del Departamento de Comunicación Social de la Universidad del Norte, Colombia, principal impulsor de la Iniciativa de la Comunicación, por su generosidad académica y su rigurosa evaluación del trabajo. Al Dr. Nelson Barría, Director de Investigación de la Universidad Adventista de Chile, por su sinceridad y sus evaluaciones. A la Dra. Gloria Coe, Asesora Regional de Comunicación Social en Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Washington, EE.UU, por su apoyo desinteresado al compartir el material que han generado.

Asimismo, agradezco profundamente a los alumnos de la Carrera de Periodismo (de la asignatura Fundamentos del Periodismo y de los electivos de especialidad Comunicación Educativa y Comunicación y Poder) y a los estudiantes de Semiología, del tercer año de la Carrera de Medicina de la Universidad de La Frontera, por su permanente motivación e inquietantes discusiones en las clases.

A Ester Cofré (mi esposa), Matrona y Docente del Programa de Especialidad en Salud Intercultural de la Fundación Instituto Indígena, por sus agudas observaciones y aportes. A Manuel Ortiz Veas, académico de la Carrera de Periodismo de la Universidad de la Frontera y su esposa, Marcia García, académica del Departamento de Ciencias Físicas de la Universidad de La Frontera, por sus certeras correcciones.

PRESENTACIÓN

Es innegable que la salud, mas allá de diferencias conceptuales, ocupa un lugar preponderante en la comunicación y en el periodismo contemporáneo. La prensa escrita y los medios audiovisuales le dedican creciente atención a la salud. Organizaciones públicas y privadas dedicadas a temas de salubridad se han dado cuenta paulatinamente de la enorme importancia de la comunicación para su trabajo.

En una época donde información es una palabra clave para entender qué ocurre en las sociedades contemporáneas, la salud también es un hecho informativo. Entendida la salud como un bien público, se asume que la información es necesaria para que haya vidas más saludables. Un ciudadano sano requiere ser un ciudadano informado sobre las opciones de salud disponibles. Esto incluye desde sus estilos de vida hasta su constitución genética. El modelo de salud pública, que entiende la salud como una cuestión fundamentalmente de decisiones individuales, pone el acento en la existencia de información que permita una sociedad más sana. La información permite saber quiénes están expuestos y son proclives a ciertas enfermedades, qué conductas son recomendables y cuáles no son deseables. En este proceso, la comunicación, ya sea en el ámbito masivo (campañas de información), organizacional e inter-personal (interacción proveedores de servicios y paciente), es crucial.

Asimismo, la información compete a la distribución social de la cobertura de salud y, por ende, a las políticas de salud. La definición de salud y su distribución social es una cuestión política. Las políticas de salud, incluso aquellas que se precian de no serlo, necesitan información que obre como insumo para decidir cursos de acción. La asignación de recursos tal como las prioridades y objetivos son determinados, en parte, según la información existente. De hecho, distintos grupos que pugnan por moldear las políticas producen y esgrimen diferente información para sostener sus argumentos e invalidar otros. En varios casos, el hecho que no haya consenso y existan contradicciones en la investigación de temas específicos facilita el hecho que se construyan distintas visiones del estado de la salud. Además de su

relevancia pública y política, la información en salud tiene gran importancia como negocio. La información sobre / de salud es vital como recurso para tomar decisiones sobre medicamentos y servicios y sus probabilidades de generar ganancias para la industria de la salud. La creciente mercantilización de la salud precisa de información para la toma de decisiones, tanto de investigaciones empresariales como financieras. De ahí que una parte importante de la información (publicidad, noticias) que circula, es producida por laboratorios y empresas farmacéuticas.

En la producción y consumo de información de salud, los medios cumplen un papel fundamental. Para la mayoría, cada vez los medios son la principal fuente de información sobre salud, superando tradicionales y modernos proveedores de servicios (matronas, médicos, enfermeras, centros de salud y otros). La salud es un buen negocio para los medios ya que concita el interés de audiencias y de avisadores. Los talk-shows están repletos de información sobre un sinnúmero de temas de salud, particularmente aquellos que afectan a mujeres o tienen un componente atractivo y sensacionalista que atraiga buenos ratings. Los noticieros permanentemente alertan sobre enfermedades y epidemias. Los programas de ficción suelen tocar o centrarse en temas de salud, ya sea las telenovelas domésticas y regionales como los enlatados estadounidenses.

De ahí que la calidad de la información que los medios ofrezcan sea de vital importancia. La gran cantidad de información en internet ha agudizado este problema, ya que la mayoría rara vez pasa por los parámetros de calidad establecidos, de la autoridad de aquellos que tienen legitimidad social para juzgar: ¿cómo evaluar la catarata de información que fluye de las redes electrónicas a las que cualquier cibernauta tiene acceso?, ¿quién decide qué información es válida?, ¿qué asidero tiene la información presentada en medios dentro de contextos de entretenimiento y no de información?; y

¿cuáles son las consecuencias de la multiplicación de las bocas de oferta de información en salud?.

Esta explosión de información mediática realza la responsabilidad social que los medios tienen (y deben tener) respecto a la información ofrecida. Por eso es necesario que haya productores de información (periodistas, editores, guionistas) con buen conocimiento y entrenados en temas de salud, como así también medios que respondan o estén inspirados en el interés público. Esto es necesario para brindar información válida que permita a los ciudadanos tanto tomar decisiones informadas, como conocer el estado de la salud en una comunidad y en un país. Es curioso que a pesar de la gran variedad de información de salud, generalmente, las poblaciones tengan ideas distorsionadas sobre cuáles son los principales problemas de salud en una sociedad. Parecería que más información no es sinónimo de conocimiento, tanto individual como social sobre salud.

No es fácil separar la gran cantidad de intereses que confluyen en este proceso de generación y distribución de información. Lo que es buen negocio para una empresa farmacéutica no necesariamente lo es para una comunidad. Las dolencias y enfermedades que afectan a quienes tienen menores recursos son menos factibles de ser investigadas y solucionadas que aquellas que afectan a sectores acomodados o con ingresos para pagar medicamentos. Asimismo, el interés comercial en desarrollar una droga puede coincidir con las expectativas de gran parte de la ciudadanía para encontrar una solución a enfermedades hasta ahora incurables. El conocimiento de cómo el entorno social afecta la salud y las opciones de vida, requiere una pluralidad de información que responda a las necesidades de las mayorías y sea sensible a las minorías; más que aquello que venda, sea sensacionalista o únicamente dé ganancia. La cirugía plástica y la desnutrición, la disfunción sexual y la diarrea infantil, la depresión y el cólera son temas de salud que afectan a comunidades disímiles; sin embargo, unos temas más que otros encajan mejor

en los principios que gobiernan la producción de información en nuestras sociedades. Esas son condiciones casi inevitables que, explícita o implícitamente, moldean lo que socialmente se conoce y se accede en cuestiones de salud. A pesar del crecimiento notable de la salud como información y comunicación, hay pocos estudios en América Latina al respecto. Hay un vacío enorme que es necesario cubrir para entender mejor cómo la revolución informativa en la región afecta y produce ideas y conductas de salud.

El presente libro de Carlos Del Valle es una gran contribución a superar esta deficiencia. Con un complejo y sofisticado bagaje teórico, Del Valle nos ayuda a elucidar cuestiones centrales y brinda un mapa de temas urgentes que los estudiantes y estudiosos de la comunicación debemos analizar. El libro coloca a la salud y la información en una relación en varios niveles. Un análisis con profundidad de estos vínculos requiere una perspectiva tanto teórica como metodológica que eluda dogmas y abra el juego a una variedad de enfoques complementarios. La diversidad analítica va de la mano con una rigurosidad necesaria. La comunicación en / para la salud por si sola es insuficiente, si no se considera cómo se construye la idea de salud en una sociedad a través de prácticas y discursos. Del Valle muestra con destreza el camino que debemos recorrer para comprender mejor cómo se entiende la salud y la comunicación en una región donde la existencia de desigualdades en el acceso a la salud convive con diferencias abismales en prácticas saludables y en la definición de la cultura de la salud.

Silvio Waisbord

Director and Associate Professor
Journalism Resources Institute
Department of Journalism and Media Studies
Rutgers University
Estados Unidos

INTRODUCCIÓN

Recomiendo leer este trabajo en dos sentidos. Primero, en su sentido más general, como un intento interdisciplinario al integrar: (a) **la comunicación y la interculturalidad** (desde las perspectivas teórico-metodológicas: semiótica, discursivo-textual, genealógica, de la crítica de hechos o teoría de las factuaciones y del análisis conversacional), (b) **el amplio ámbito del quehacer profesional en salud**; y (c) **la cultura y el desarrollo**, pues entendemos los avances en la discusión comunicación y salud como un aporte importante a las estrategias y políticas de desarrollo (no cabe duda que comunicación y salud son variables claves del desarrollo). Y en segundo sentido, como un planteamiento más específico, que contribuye con técnicas, experiencias y ejemplos al amplio trabajo en Comunicación para la Salud en contextos culturales concretos.

Este manual integra diversos trabajos realizados por quienes me preceden en la reflexión y discusión. Investigadores y teóricos que han aportado sólidamente en este ámbito y han inspirado mi trabajo. Ellos son citados y merecen un reconocimiento.

Asimismo, hay aportes basados en experiencias de trabajo con estudiantes y profesionales de la salud en la IX Región de Chile. Se trata de clases, talleres y cursos dictados por el autor.

El trabajo contempla cinco capítulos que describen y comprenden desde distintos ámbitos la salud: en el **primero**, como discurso y práctica social; en el **segundo**, como discurso y práctica intercultural; en el **tercero**, como discurso y práctica comunicativa; en el **cuarto**, observamos la salud en sus necesidades teóricas y técnicas, tendientes a generar destrezas comunicativas específicas. Y en el **quinto**, se plantean algunas reflexiones y propuestas. Las referencias bibliográficas son complementadas por referencias específicas disponibles y una lista de recursos en internet. Finalmente, hay dos anexos, un test para analizar los estilos de comunicación y fotografías descriptivas de distintas situaciones.

Respecto de los conceptos que subyacen en los planteamientos: hay una adscripción a la **Comunicación Social**, que supone una mirada a la comunicación

desde y hacia la **rentabilidad social** y no comercial; una adscripción a la **Salud Pública**, que constituye un esfuerzo por apoyar este sector de la salud que, habitualmente, **no cuenta con recursos para diseñar sus estrategias de comunicación y llevarlas a cabo**, como lo hace la salud privada. Y, finalmente, una adscripción a **la Cultura, la Interculturalidad y el Desarrollo Humano**, que constituye una apelación a que todos los esfuerzos teóricos y prácticos tiendan a elevar y equiparar la **condición humana** en un modelo no sólo de crecimiento en infraestructura y recursos, sino en un modelo sustentado en la **dignidad humana** y el enfrentamiento de todo aquello que la vulnere.

Complementariamente a estas adscripciones conceptuales, el trabajo está influenciado transversalmente por dos ejes: la **interculturalidad**, como una forma de comprender, reproducir y materializar el mundo que nos rodea; y la **interdisciplinariedad**, como una manera de analizar, comprender e interpretar los fenómenos de dicho mundo. Asimismo, se plantea el desafío de vincular en armonía dos requerimientos sociales: **la equidad**, como una demanda a la que debe aspirar cualquier sociedad democrática para alcanzar un desarrollo real y sustentable; y **la diferencia**, como la base de cualquier aspiración democrática. En este sentido, la diferencia debe ser representada como parte integral del sistema social y comunicacional y no como un estado de excepción. Debemos comprender(nos), reproducir(nos) y materializar(nos) en la diferencia, pero **no** en la diferencia que lleva a la discriminación o la integración paternalista, sino a la convivencia en su complejidad.

CAPÍTULO I

LA SALUD COMO FENÓMENO SOCIAL: DISCURSO Y PRÁCTICA SOCIAL

"Hay, sin duda, una correlación histórica entre dos hechos: antes del siglo XVIII, la locura no era sistemáticamente internada; ella era esencialmente considerada como una forma de error o de ilusión [...] La práctica del internamiento, iniciada el siglo XIX, coincide con el momento en el cual la locura es percibida menos en relación a un error que en relación a una conducta regular y normal [entonces la locura aparece como] perturbación en la manera de decir, querer, tener pasiones, de tomar decisiones y de ser libre".

(FOUCAULT, 1973. Traducción del autor)

CAPÍTULO I

LA SALUD COMO FENÓMENO SOCIAL: DISCURSO Y PRÁCTICA SOCIAL

Generalidades: La salud como práctica y discurso social

En el presente capítulo, y desde el punto de vista analítico, se considera la salud como una forma de producción de prácticas y discursos (saberes, habilidades y competencias), que resulta de ciertas condiciones de posibilidad social y cultural para dichos saberes, habilidades y competencias. Y el proceso de producción del discurso y las prácticas en salud es legitimado institucionalmente (por el sistema de salud y las entidades formadoras); por lo tanto, ciertas características de estos discursos y prácticas deben ser entendidos en el contexto de las instituciones que los legitiman. Asimismo, como todo proceso productivo, supone procesos de economía productiva (reducción de la complejidad de sus prácticas, economía del lenguaje y el discurso, etc.). En este contexto, los saberes, habilidades y competencias son incorporadas en los procesos de "medicalización" de la sociedad.

Desde el punto de vista comunicacional, consideramos la salud como un hecho de lenguaje que se manifiesta concretamente en nuestra sociedad y que, como lenguaje, es un fenómeno eminentemente comunicativo. Y es comunicativo no sólo por su presencia efectiva en la vida cotidiana, sino también porque pone al descubierto ciertas dificultades comunicacionales.

Este capítulo constituye un aporte para comprender la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema, en el marco de un tipo de relaciones muy particulares. Y precisamente en el seno de estas relaciones yace una serie de representaciones sociales y factualidades para describir el mundo.

Naturalmente, éste es un enfoque para analizar, discutir y comprender los fenómenos sanitarios en su dimensión social; por lo tanto, hay una mirada crítica y parcial. No hay neutralidad en este análisis, puesto que la neutralidad no existe en los discursos.

La "medicalización" : el estado, la economía y la salud.

Según FOUCAULT (1990), la intervención médica es un fenómeno iniciado fuertemente en el siglo XVIII, el cual ha dejado una profunda huella en la historia de la humanidad. Pero, ¿cuáles han sido las condiciones de posibilidad de la intervención?: (a) las mejores condiciones socioeconómicas, (b) los fenómenos de adaptación y resistencia del organismo y (c) las medidas de higiene, etc. En este contexto, el concepto de "medicalización" consiste en una amplia y densa red que desde la intervención médica engloba la existencia, la conducta y el cuerpo humano.

Y dicho fenómeno, está ligado a un proceso de integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud al desarrollo económico de las sociedades. Así se conjugan biohistoria, medicalización y economía de la salud.

Entre los principales factores que caracterizan la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XX, FOUCAULT (1990) establece:

a. La medicina del Estado. Se desarrolla principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII, siendo fundamental el conocimiento no sólo de los recursos naturales de una sociedad, sino también las condiciones de su población y del funcionamiento general de la maquinaria política. De esta manera, el conocimiento y control de las prácticas médicas se integran a los procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento. Es a partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, cuando las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población.

En Francia, Inglaterra y Austria comienzan a calcular la fuerza activa de sus poblaciones, originándose estadísticas de natalidad y mortalidad y recuentos de población. Sin embargo, en Francia e Inglaterra esta preocupación sólo se limita a datos de natalidad y mortalidad, sin intervenciones eficaces y organizadas para cambiar los indicadores negativos de salud. Al contrario, en Alemania se desarrolló una práctica médica efectiva centrada en el mejoramiento de la salud de la población, como lo fue el caso de la "medizinische Polizei" o "policía médica" (creada en 1764), cuya función era más que llevar estadísticas de mortalidad y natalidad. Efectivamente,

era un sistema completo de observación de la morbilidad, sobre la base de información solicitada a los hospitales y médicos en ejercicio en diferentes ciudades y regiones. Además de la policía médica, en Alemania se normaliza la práctica y el saber médico, dejándolo en manos de la Universidad y, especialmente, en manos de la propia corporación de los médicos.

b. La medicina urbana. Francia es el ejemplo de esta segunda trayectoria en el desarrollo de la medicina social. Aquí no es la estructura del Estado el eje articulador, sino que la urbanización, esto es, el desarrollo de la vida urbana. Surge con la necesidad de constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano en forma coherente y homogénea, regido por un poder único y reglamentado. Se puede resumir que hasta el siglo XVII, en Europa, el peligro social estuvo en el campo, pero a fines del siglo XVIII, los conflictos urbanos se hacen más frecuentes con la proletarización. Así surge una actitud de temor, de angustia frente a la ciudad. Nace el temor urbano, el miedo y la angustia a la ciudad: miedo a los talleres y fábricas que se construyen, a la altura de los edificios y a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más frecuentes, etc.

Un ejemplo conmovedor lo constituye el procedimiento aplicado cuando surgía alguna epidemia: (a) las personas debían permanecer en un único lugar, (b) la ciudad se dividía en barrios a cargo de una autoridad única, (c) los vigilantes de calle debían presentar un informe diario al alcalde; (d) los inspectores pasaban revista diariamente a los habitantes, para registrar los vivos y muertos, y (e) se desinfectaba casa por casa. Los objetivos de la medicina urbana eran: (a) analizar los lugares de acumulación que podían provocar enfermedades, especialmente de los cementerios, apareciendo el cementerio individualizado, la sepultura reservada a las familias, donde se escribe el nombre de cada miembro; (b) el control de la circulación de elementos como el agua y el aire, pues el aire era considerado uno de los grandes factores patógenos. Surgen las grandes avenidas, como una forma de facilitar el acceso limpio del aire, obstruido por las casas, muros, etc.; y (c) la organización de las distribuciones y secuencias, es decir, la disposición adecuada de las fuentes, desagües o lavaderos fluviales.

En síntesis, la medicalización de la ciudad permitirá: (a) la conexión entre la profesión médica y otras ciencias, como la química, (b) el desarrollo de una medicina

no del hombre, sino de las cosas, una medicina de las condiciones de vida: la medicina urbana; y (c) aparece la noción de salubridad.

c. La medicina de la fuerza laboral. La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. ¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico?. Porque el hacinamiento no era aún un problema serio y porque el pobre funcionaba al interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana. Eran los pobres quienes repartían cartas, recogían la basura, etc. Formaban parte de la instrumentalización de la vida urbana. Se puede afirmar que, a diferencia de la medicina alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX, en Inglaterra, una medicina basada en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

Incorporación del hospital a la tecnología moderna.

El hospital como instrumento terapéutico es relativamente moderno, pues data de fines del siglo XVIII. Como institución, el hospital, inaugura una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada. En principio, el hospital constituía una entidad que recogía a quienes "iban a morir". Esta representación termina con la medicalización del hospital. Y surge no como una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino como una reacción a los efectos negativos del hospital. Lo anterior se conjuga con la revalorización del individuo, pues su capacidad y sus actitudes empiezan a tener un precio para la sociedad. Durante el desarrollo del hospital como tecnología moderna, ocurren dos situaciones fundamentales:

(a) La incorporación de la clínica como dimensión esencial del hospital, transformándolo no sólo en un lugar de cura, sino también de formación, capacitación y transmisión del saber.

(b) La aplicación de la disciplina del espacio médico, donde se aísla el individuo, se le instala en una cama y se le prescribe un régimen. Así se realiza una medicina individualizante. El individuo será observado, vigilado, conocido y curado, surgiendo como objeto del saber y la práctica médica.

EXPERIENCIA

Caso de la campaña comunicacional del virus Hanta en Chile.

Un ejemplo, a propósito de algunos planteamientos expuestos, lo constituye el caso de la campaña comunicacional del virus Hanta realizada en Chile entre 1997 y 1998. En una tesis dirigida por el autor, se registra todo el material de difusión empleado en los diferentes medios, con el propósito de analizar el discurso utilizado y con ello, por cierto, los emisores, destinatarios, códigos etc. Sin entrar en detalles sobre la investigación –por razones de espacio-, señalaré que a partir del material difundido por el Ministerio de Salud de Chile, se puede establecer que los destinatarios eran los turistas –nacionales y extranjeros-, con frases como: **“En paseos detengamos el Hanta virus”, “Disfrutemos el tiempo libre con seguridad...En excursiones...Casas de veraneo”, “Disfrutemos nuestras vacaciones con tranquilidad...Al acampar...Casas de veraneo”** (Ver anexo de dípticos de la campaña). Dichas frases señalan claramente:

- a. Una orientación de la campaña hacia los turistas como destinatarios (denotación).
- b. Una preocupación por los aspectos económicos, evitando una disminución de la población de turistas producto del temor al virus Hanta (connotación).

Pero debido a la muerte de aproximadamente diez trabajadores, habitantes de sectores rurales, reorientaron la campaña hacia ese segmento, hasta ese momento excluido de ella. Naturalmente, la exclusión de este sector como destinatario de la campaña, se basaba en la creencia (de los responsables del diseño comunicacional) que los habitantes y trabajadores de los sectores rurales conocían la zona y tenían una suerte de “conducta inmune” al virus Hanta. Ello se plasmó en los mensajes, que al no dirigirse a ellos provocó un natural descuido. Pero no sólo los diseñadores comunicacionales sostenían la creencia en esta “conducta inmune”, sino que muchas personas que habitaban las zonas rurales fueron convencidos de lo anterior. Naturalmente, dicha creencia se construyó socioculturalmente, la construimos en conjunto: estrategias comunicacionales, profesionales de la salud, pobladores, etc. Pero estos errores de diseño comunicacional cobran vidas.

ACTIVIDAD

Selecciona tres campañas de salud recientes, para analizar y discutir lo siguiente:

- a. **La campaña comunicacional utilizada.** Descripción general de la campaña: emisor, mensaje, destinatario(s) y código(s).
- b. **Los recursos utilizados:** financiamiento, medios de comunicación y otros medios empleados.
- c. **Los aspectos políticos presentes:** discursos y acciones del Ministerio de Salud y otros actores políticos. Identificar claramente quiénes.
- d. **Los aspectos económicos presentes:** actores económicos involucrados en la campaña. Identificar claramente quiénes.
- e. **Representaciones socioculturales presentes:** sobre la salud, la enfermedad, la asistencialidad, los profesionales de la salud que intervienen, etc. Estas representaciones pueden obtenerse de la lectura rigurosa de los distintos discursos públicos (informaciones en los medios, afiches, dípticos, etc.) y de la conversación con los diferentes actores.

CAPÍTULO II
LA SALUD COMO FENÓMENO CULTURAL:
DISCURSO Y PRÁCTICA INTERCULTURAL

"Las definiciones y teorías acerca de las enfermedades varían mucho de una cultura a otra. La enfermedad debe ser percibida como parte de un sistema socio-cultural específico y visto dentro del contexto étnico del cual forma parte [...] el tratamiento de enfermedades involucra procedimientos terapéuticos simbólicos y empíricos"

**(KLEINMAN, 1978;
BACIGALUPO, 1995)**

CAPÍTULO II

LA SALUD COMO FENÓMENO CULTURAL: DISCURSO Y PRÁCTICA INTERCULTURAL

Antecedentes

Según estimaciones a partir de los resultados preliminares del último censo (2002), en Chile hay más de 15 millones de habitantes, de los cuales más de un millón son indígenas. De ellos, la mayoría son mapuches y el resto de la población indígena corresponde principalmente a Aymaras y Rapa Nui. Respecto de su distribución geográfica, un porcentaje que supera crecientemente el 50 por ciento de los indígenas mapuches habita en la región metropolitana y los demás se distribuyen entre las regiones del sur del país (VIII, IX y X regiones). Y en el caso de la novena región, los indígenas mapuches representan más del veinte por ciento de la población, situándose preferentemente en dos de las diez comunas más pobres del país.

Principios de la oralidad

En la convivencia que la salud tiene con variables culturales, surge la oralidad, como clave intercultural, en el sentido de constituir una práctica mantenida directa o indirectamente por las comunidades. La noción de oralidad sitúa la reflexión más allá de los aspectos lingüísticos e idiomáticos; pues las diferentes acciones emprendidas frente al mundo indígena mapuche reducen la interculturalidad al idioma, evitando que la cultura se manifieste plenamente. Los programas de amuldungün (oficinas de informaciones "interculturales") habitualmente traducen (traduttore tradittore), pero la cultura no se puede traducir. E incluso los avisos en mapudungün (idioma mapuche) carecen de impacto en una cultura de tradición oral, que desconoce la alfabetización impuesta a su lengua. Aún más, existen al menos tres alfabetos distintos.

En este sentido, la oralidad no es sólo una tecnología del lenguaje (asociada al lenguaje verbal oral), sino también una forma de percibir, describir, construir y materializar el mundo. Y para reproducirse como práctica, se basa en ciertos principios que es necesario conocer y discutir (HAVELOCK, 1982; ONG, 1987; SUMPTHER, 1991; CARROLL, 1994; GILSON, 1995; LORR, 1997; MARCONI, 1997)

- (a) **La memoria**, es un aspecto central de la oralidad, puesto que el uso del lenguaje está directamente relacionado con la capacidad de registro y mantención de la información. Y en la práctica, también se observa en la forma cómo los sujetos mapuches relatan en sus actos conversacionales: invocando recursos del pasado. Sus relatos son, pues, verdaderas historias, con un inicio, desarrollo y fin, con actores, roles y conflictos. Y la descripción de dichas historias requiere una temporalidad mayor que la utilizada en las crípticas conversaciones de los sujetos no-mapuches.
- (b) **La repetición**, como forma de conservación de la información, a través de memoria. La reiteración como forma de nutrir la memoria para reproducir oralmente, es un aspecto presente en las prácticas conversacionales de los sujetos mapuches.
- (c) **El uso de ciertas fórmulas**, particularmente ligadas a formas poéticas. La reproducción de la oralidad requiere ciertos recursos de lenguaje que operan como mecanismos mnemotécnicos para el hablante. Por lo tanto, en las construcciones orales se puede advertir estas fórmulas, asociadas a los aspectos (d) y (e).
- (d) **El uso de ciertos ritmos**, también ligados a cierta métrica poética y que constituyen el modo cómo se reproduce la oralidad en las conversaciones. Nos referimos aquí a la musicalidad que tiene el hablante mapuche y el uso de ciertos tiempos asociados. Estos dos aspectos (musicalidad y uso de ciertos tiempos) es fundamental para comprender las interacciones de los sujetos mapuches.
- (e) **La tematización**. Los aspectos anteriores redundan en una forma particular de enfrentar la conversación, puesto que la tematización es más rigurosa. No es posible el traslado de un tema a otro como ocurre con frecuencia en sujetos no-mapuches.

Si conocemos e incorporamos estos factores en nuestros discursos y prácticas, lograremos mejores resultados.

El proceso de salud-enfermedad en la cultura mapuche

En las distintas culturas del mundo existen personas que dedican sus

sanidad y prosperidad, permitiendo el éxito de la cultura. Es, entonces, evidente que la medicina forma parte de la cultura, como proceso y producto de ésta; pues la medicina está vinculada a la religión, las creencias y las tradiciones.

Una aproximación a los conceptos de salud-enfermedad en la cultura mapuche.

GUSINDE (1917), nos comenta que los cronistas españoles no dejaron descripción detallada de las enfermedades entre los mapuches. Ello debido al desconocimiento de los españoles que llegaron a América sobre estos tópicos; además de la presión ejercida por la ley de 1559, dictada por Felipe II, y que prohibía bajo pena de perpetuo destierro y confiscación de bienes, estudiar y enseñar en otros países. ¿Qué enfermedades consignan los cronistas?.

ENFERMEDADES

TIPO	SUB TIPO	OBSERVACIONES
Del corazón	Alteraciones circulatorias Hidropesía	Se curaban con ciertas piedras y cálculos formados en el estómago de algunos animales.
Respiratorias	Resfríos, angina, tos (chafo). Tos convulsiva (luluchafo) Catarro con tos (Chafo-kutran) Constipación (fonwa) Coto o hipertrofia de la glándula tiroidea (keñko) Ataques asmáticos.	La tisis pulmonar era desconocida.
Digestivas y de la vejiga	Estreñimiento, diarrea (pechaikutran) Disentería, cólico (küfkúf-kutran) Meteorismo gástrico (kúfkúf-kelen) Tumores hemorroidales, cálculos biliares (llimeñkura) Esploncia, cistitis, cálculos de la vejiga, retención de la orina y lombrices del hombre.	
Infecciosas agudas	Fiebre (alí-kutran, are-kutran) Alfombrilla (pinu-kutran)	Las enfermedades infecciosas agudas eran conocidas como

	Viruelas (piru-cuthan).	
Sistema nervioso	Dolores de cabeza (kutran-loñkon) Ataques nerviosos (epilepsia, neuralgias, locura, ciática (malum cotunni)	
De la piel	Tumores, hinchazones, úlceras, sarampión (tupu-kotrán) Apostemas (poi) Sabañones (nerem-namun) Ictericia del recién nacido (pitru).	

Como es obvio imaginar, los textos referidos a crónicas sobre las enfermedades de los mapuches enfrentan una agria discusión: ¿qué enfermedades existían antes de la llegada de los españoles? y ¿qué enfermedades de los mapuches son atribuidas al contagio causado por los españoles?. Nada fácil. Los principales argumentos utilizados para desresponsabilizar a los navegantes europeos, es la existencia de ciertos vocablos para designar enfermedades como la sífilis y la viruela. Pero la existencia de dichos léxicos no es una evidencia sólida, puesto que no disipa la discusión temporal: la generación de dichos vocablos, ¿fue antes o después del arribo español?.

Siguiendo los trabajos previos (GUSINDE, 1917; GREBE, 1971, 1972, 1973, 1974 y 1975; OYARCE, 1988, 1997; CITARELLA, 1995; CARRASCO, 1998), debemos señalar que la sociedad mapuche, cuyos pilares y fundamentos conceptuales tienen como sustento una cosmovisión religiosa para explicar la vida, tiene también su propio concepto de salud. Obviamente no corresponde a la definición de la sociedad mayor ni a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El pueblo mapuche fundamenta su existencia y la armonía de la vida, y por lo tanto también la salud del hombre, sobre dos planos principales:

A. Un plano originario, que es la relación de los hombres con lo divino y lo sobrenatural, relación de carácter fundacional que se estructura en torno a la noción de reciprocidad. (CITARELLA, 1995).

El sentido de la vida del ser mapuche se afinca en la relación con la divinidad que ha dado al pueblo su lengua (mapudungun), su forma de vida y las leyes que lo

que existe en el universo, significa necesariamente que los seres humanos deben devolver este don originario cíclica y continuamente, con el objeto de mantener el equilibrio entre ellos y lo creado. En términos normativos esto significa el respeto de las obligaciones rituales y religiosas establecidas por la cultura. La reciprocidad, por otro lado, representa un elemento ordenador y normativo también en el plano de la vida social y económica del grupo. Significa el respeto de leyes, valores morales e ideológicos y las estructuras de poder establecidas por la tradición. En este sentido la reciprocidad sustenta el orden establecido por la cultura tanto en el plano de lo humano como en la relación con lo sagrado-sobrenatural. (ídem)

B. Un plano fundamental en la cosmología mapuche guarda relación con la categorización del mundo. Así como sucede con otras culturas latinoamericanas, los mapuches categorizan el cosmos en términos de unidades conformadas por polos opuestos y complementarios. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias. (ídem)

En este sentido, un primer paso hacia la comprensión de un modelo de interpretación de la enfermedad parte de este supuesto: salud y enfermedad en el mundo mapuche son en sí una dualidad, pareja de opuestos complementarios en la cual se define la vida de los individuos. Ambas realidades coexisten y no pueden ser separadas. Es desde esta perspectiva de la dualidad que debemos disponernos a mirar el fenómeno de la salud/ enfermedad entre los mapuches.

Bien y mal son opuestos complementarios que dinamizan en el cosmos, están siempre presentes en las actitudes de las personas, de la sociedad y en la naturaleza. El concepto de salud-enfermedad se construye entre dos espacios como un orden que tiende a uno de estos opuestos – el bien - pero que supone la permanencia del otro polo complementario, su latencia. De ahí que la enfermedad sea percibida como algo constante, recurrente. La salud, **könalen**, representa el estado biológico y psicosocial del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida. Pero ese estado está amenazado por la enfermedad, **kütran**, del mismo modo que el bien está permanentemente asolado por la acción del mal, lo que explica que a su vez, la

se corresponde, de algún modo, con la salud y el mal con la enfermedad. (CITARELLA, 1995).

Se ha constatado a través de diversos testimonios que la enfermedad se construye como un relato, conformando una historia que la trasciende y que al mismo tiempo la toma como eje. En torno a este eje se irán vertebrando los distintos elementos que se asocian a la enfermedad y hablan de ella. Estos nos remiten no sólo a los signos físicos del cuerpo enfermo, sino también al ámbito de la cultura, al campo de lo social y de lo sagrado. (ídem).

Por lo que se refiere, en cambio, a los síntomas, ellos son la manifestación concreta de la enfermedad y constituyen el punto de partida de la historia que se construye en torno a ésta. Se elaboran al interior del relato y se van superponiendo con la enunciación de las causas de la enfermedad. (ídem).

Los síntomas se construyen como un conjunto de signos físicos y psíquicos que remiten al estado del individuo. Se apelará a ellos para elaborar un "diagnóstico" que dará cuenta del carácter de la enfermedad. Los signos físicos nos remiten a la percepción que el individuo tiene del cuerpo y de los cambios en su organismo. Los signos síquicos nos señalan la percepción de sus relaciones con la cultura. (ídem).

Es importante destacar los mecanismos de exteriorización de la enfermedad, ya que construyen un proceso que seguirá con la puesta en marcha de la estrategia de curación en la cual este tipo de mecanismo será igualmente utilizado. (ídem).

¿Por qué se hace tan necesario situar el origen de la enfermedad, del "mal", fuera del afectado? (ídem). Encontramos la respuesta en la estrecha vinculación entre el individuo como ser simbólico-cultural y ser biológico que funda su identidad, ser mapuche en un haz de relaciones con la naturaleza, lo sagrado y lo social. El cuerpo del individuo se trasforma así en una suerte de reflejo de dichas relaciones. (ídem).

En síntesis, el concepto de salud y enfermedad para los mapuches se sustenta en la representación y consecuencias de la lucha permanente entre el bien (Tren-Tren) y el mal (Kai-Kai); donde la machi –cuyo poder proviene de los sueños-, cumple un rol

Hacia una clasificación de las enfermedades mapuches

GREBE (1975), propone una interesante y riquísima clasificación de las enfermedades entre los mapuches. Esta taxonomía se realiza según dos criterios: la **etiología** y la **sintomatología**.

1. Según la etiología.

1.1. De origen natural

NOMBRE	CAUSA	OBSERVACIONES
Rekutrán	Exclusivamente psicofísicas: frío, calor, debilidad, hambre, mala alimentación, exceso de trabajo, exceso de comida.	Son minoritarias, leves o simples.

1.2. De origen sobrenatural

NOMBRE	SUB TIPO	CAUSA	OBSERVACIONES
Kalkutún		Acción directa o indirecta de un brujo o kalku.	
	Infitún	Objetos de poder mágico, malignos o nocivos arojados cerca de la vivienda del afectado.	Pueden ser animales muertos, sangre, cabellos, ropa, etc.
	Ileluwün	Introducción de fiñapue o veneno de poder real o mágico en los alimentos ingeridos por el afectado.	
	Entuadún	Sustracción al afectado de una prenda de vestir, cabellos, etc., a las cuales se ha traspasado un poder mágico maléfico.	Los objetos son dejados en un lugar visible, para que el afectado los recupere y se le transmita el mal.
	Punón-namún O entupunón	Sustracción del polvo perteneciente a la huella dejada por el pie de un individuo en la tierra.	El polvo sustraído es contaminado con sustancias mágicas nocivas.
Wekufetún		La acción directa o indirecta de un espíritu maligno o	Es una enfermedad aguda o crónica.

	Trafentún	Encuentro súbito de una persona con un espíritu maligno.	El encuentro ocurre generalmente en la noche en un sendero solitario.
	Meulentún	Acción del meulén.	Ser mitológico que aparece a mediodía como remolino o torbellino de viento y polvo.
	Chewurfuetún	Acción del chewerfúe.	Ser mitológico que desciende en forma de bola de fuego con una cola luminosa. Habita en la cumbre de los volcanes.
	Witranalwetún	Acción del witranalwe.	Ser mitológico que aparece como un hombre de gran tamaño, esquelético, vestido de blanco y montado a caballo.
	Anchimallentún	Acción del anchimallén	Ser mitológico con forma de enano esquelético de color oscuro, con la cabeza fosforescente.
	Choñchoñtún	Acción del choñchoñ. Transporta la enfermedad durante la noche por el aire, transmitiéndola a las víctimas.	Ser mitológico con cabeza de brujo e inmensas orejas que le sirven como alas.
	Piwuchentún	Acción del piwunchén	Pájaro-vampiro mitológico, cuya forma suele ser la de un gallo-culebra alado, fantástico y multicolor que chupa la sangre de sus víctimas durante la noche.
	Waillepeñtún	Acción del waillepeñ	Ser mitológico que aparece como oveja u otro animal deforme, causando deformidades congénitas o parálisis súbitas.
Wenu-mapu kutrán		Acción de los dioses mapuches.	
	Kastikuwün o Kastikangén	Acción punitiva de los dioses mapuches.	Castigo por incumplimiento de normas de conducta, éticas o rituales de la cultura.
	Machi-kutrán	Afectan exclusivamente a la machi.	Pueder ser durante el período preiniciático o postiniciático (Perrimontún-kutrán) o antes de la iniciación como presagio de su vocación (Kisu-kutrán).

Según la sintomatología.

CRITERIO	NOMBRE	OBSERVACIONES
----------	--------	---------------

Intensidad síntomas	Pichikutrán	Síntomas leves o pequeños
	Fütakutrán	Síntomas graves o complejos.
Duración síntomas	Lefkutrán	Síntomas transitorios o agudos.
	Kuifikutrán	Síntomas prolongados o crónicos.
Localización síntomas (y dolor)	Kutrán lonko	Síntomas en la cabeza
	Kutrán piuke	Síntomas en el corazón
	Kutrán forro	Síntomas en la dentadura o huesos
	Kutrán pütra	Síntomas en el abdomen y estómago
	Kutránnamún	Síntomas en los pies.

Sobre la terapéutica, profilaxis y diagnóstico

1. Terapéutica (tratamientos)

TIPO TRATAMIENTO	TRAT. ESPECÍFICO	OBSERVACIONES
Empírico	Infusiones, masajes, compresas, enemas, vomitivos.	Destinados a enfermedades de origen natural.
	Masajes	
	Compresas	
	Enemas	
	Vomitivos	
Mixto (ritual y empírico)	Ulutún, consiste en recitaciones y cantos a cargo de la machi, acompañados de un instrumento musical.	Para enfermedades leves o agudas.
	Datún, es complejo, con recitaciones, cánticos, instrumentos musicales, danza, trance, dramatizaciones y sacrificio de un animal.	Para enfermedades graves o crónicas

2. Profilaxis (prevención)

TIPO PROFILAXIS	SUB TIPO PROFILAXIS	OBSERVACIONES
Mágica	Posesión de objetos denominados "contra"	Como ramas espinudas, yerbas o ramajes malolientes, objetos cortantes, punzantes o contundentes.
	Realización de rogativas o bien de rituales terapéuticos o diagnósticos	
	Obedecimiento de normas culturales y de comportamiento.	
Empírica	Infusiones de yerbas medicinales	
	Cuidado de la salud	
	Buena alimentación	

3. Diagnóstico

TIPO DIAGNÓSTICO	S U B DIAGNÓSTICO	T I P O OBSERVACIONES
Mágico por adivinación	Pewutún	Por medio de la ropa del enfermo, incluye recitaciones y cánticos acompañados por kultrún (instrumento) e interpretaciones de la machi. La ropa debe ser colocada al sol.
	Examen visual de la orina	
	Sueño chamánico	Acontece entre dos sesiones terapéuticas, llegando un mensaje onírico del wenu mapu o tierra alta. El mensaje contienen los fundamentos para el diagnóstico.
	Incubación	Autopsia de animales "contaminados" con la saliva, aliento o excrementos del enfermo.
Empírico (físico)	Palpación	
	Observación visual	
	Anamnesis	
	Pulso	

EXPERIENCIA 1

Caso del Hospital Maquehue de Temuco, como experiencia intercultural de integración de dos modelos de salud y sus implicancias comunicativas.

El hospital Maquehue nace en 1895, orientado a satisfacer las necesidades del sector rural. En 1925 se convierte en hospital con camas que permiten la hospitalización. Entre 1925 y 1962 el hospital es dirigido sólo por la Sociedad Misionera Sudamericana relacionada con la Iglesia Anglicana. En 1962 el gobierno de Chile deriva el hospital al Servicio de Salud, para enfrentar en 1992 una profunda crisis económica que casi le cuesta la vida. Es la comunidad local la que lo rescata, por lo cual a partir de 1999 será la Asociación Indígena para la Salud Maquehue-Pelale quien administre los destinos de este hospital que se transformaba en el primer hospital intercultural con autogestión de Chile.

El hospital incluye los tres sistemas de salud existentes en La Araucanía: (a) el sistema de salud occidental, que opera con un modelo estándar en el país, sin distinciones culturales; (b) el sistema de salud tradicional, que mezcla hierbas y plantas medicinales con medicamentos; y (c) el sistema de salud mapuche.

En una tesis de pre-grado para Licenciatura en Comunicación Social, dirigida por el autor, el resultado de las preguntas aplicadas a los ocho profesionales de la salud del Hospital Maquehue -médicos, enfermeras, auxiliares paramédicos, matró, facilitadora intercultural- da cuenta de un proceso en construcción: "Este es un proceso intercultural que está recién comenzando, faltan aspectos por mejorar todavía, la complementariedad e interculturalidad en salud es algo que se va construyendo día a día", afirman los profesionales de la salud.

Este proceso se sustenta en el permanente desafío de los integrantes de los equipos de salud, para desarrollar estrategias, modelos y líneas de acción que apunten a la consolidación de la interculturalidad en salud en el área de contacto interétnico en que se ha convertido el Hospital Maquehue.

El modelo de atención intercultural implementado en Maquehue apunta al reconocimiento y protección efectiva de la diversidad cultural, a través de la

prácticas culturales de las comunidades mapuches, dentro de una perspectiva intercultural.

De lo anterior, se desprende que el Hospital Maquehue es un espacio donde se practica la relación intercultural, orientada a la búsqueda de diálogos interculturales, cimentada en la comunicación intercultural, que permiten reducir las desigualdades culturales y actitudes de racismo presentes en nuestra sociedad.

Por otra parte, es innegable que para el perfeccionamiento del modelo, es necesario un reconocimiento constitucional del Pueblo Mapuche por parte del Estado, incluidas las prácticas médicas tradicionales, propias de la cosmovisión de esta cultura ancestral. Los profesionales de la salud lo señalan: "la cultura mapuche, al igual que otras culturas no son reconocidas por el Estado, es bastante complicado, hay que partir por lo básico, que es el reconocimiento de los pueblos originarios". La reciente declaración del mapudungün como lengua originaria de La Araucanía, junto a los siete compromisos del Intendente Ramiro Pizarro (Junio de 2002), constituye un avance. No obstante, ninguno de los siete compromisos tiene relación directa con el ámbito de la salud.

En cuanto a la complementariedad de los sistemas médicos, se concluye que ésta se desarrolla en forma óptima, dado que existe un reconocimiento mutuo entre profesionales de la salud y agentes tradicionales, y queda plasmado en los planteamientos de los agentes occidentales (profesionales no mapuches): "Debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar un sistema y otras que puede mejorar el otro sistema y ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra y complementarse".

En relación al sustento teórico de la comunicación intercultural se infiere que en Maquehue están dadas todas las condiciones para el cumplimiento de una eficaz comunicación intercultural, según los planteamientos de Miquel Alsina: a) una lengua común, b) el conocimiento de la cultura ajena, c) el re-conocimiento de la cultura propia; d) la eliminación de prejuicios, e) la capacidad de empatizar, f) la capacidad de metacomunicarse; y g) una relación equilibrada.

Por tanto, se concluye, que en los diálogos interculturales producidos en Maquehue, los actores están permanentemente abiertos al cambio, no hay posiciones universales, y por ende nada está cerrado, cualquier situación está en constante apertura y revisión.

¿Una tercera cultura?

Respecto a la Teoría de la Construcción de la Tercera Cultura, y el modelo de CASMIR (1993), que plantea que en un contacto interétnico, dos o más seres humanos buscan el beneficio mutuo, es claro que en el contexto de la salud intercultural, los agentes de ambos sistemas de salud han desarrollado sus propias estructuras, sistemas de valores y de comunicación, para crecer mutuamente y buscar la complementariedad de las prácticas biomédicas con las tradicionales.

En el modelo de atención implementado en Maquehue se cumple el principio "que a partir de un contacto inicial, dos o más personas pueden ir confluyendo en una tercera cultura compartida" según los modelos citados por ALSINA (1999). Específicamente el modelo propuesto por CASMIR (1993), que indica que "dos o más seres humanos de distintas culturas buscan el beneficio mutuo". En el caso del Hospital Maquehue, los agentes médicos del sistema occidental buscan orientaciones de la medicina tradicional, a través del contacto con la(o)s machis, para beneficio de los habitantes del sector de Maquehue.

Por último, podemos observar que en el contexto del modelo de atención implementado en el hospital Maquehue se dan dos situaciones:

1. Fortalecimiento de la experiencia intercultural. Este fortalecimiento se manifiesta a través del respeto por las especificidades culturales por parte de los actores del modelo, quienes poseen un fuerte arraigo por los aspectos propios de la cultura a la que pertenecen. Esto no significa que no estén abiertos a replantearse alguna situación, producto del contacto interétnico, ya que reconocen que "la interculturalidad es reconocer dos culturas y es el intercambio de conceptos entre distintas culturas". Por su parte, el citado modelo ha permitido un fortalecimiento de la identidad cultural mapuche, manifestada en el reconocimiento de los agentes de salud tradicionales y las perspectivas de desarrollo intercultural de los habitantes del sector

Maquehue; según la opinión de los profesionales de la salud: "Este modelo ha hecho que los médicos conozcan a los mapuches y estos a ellos, esto permite que se fortalezca la cultura mapuche".

2. Potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores. En este aspecto, se concluye que el diálogo intercultural y las estrategias de desarrollo intercultural podrían producir una fusión de conocimientos, producto de la complementariedad de los sistemas médicos y que en el futuro los conocimientos biomédicos y tradicionales constituirán potencialmente un nuevo tipo de conocimiento o cultura. Lo anterior parte de la base de reconocer que existen otras visiones de concebir el mundo y que existe un intercambio de conceptos e ideas de las culturas mapuche y occidental. De cualquier forma, para los profesionales de la salud aún es prematuro este tema, y aunque reconocen muy difícil el surgimiento de un nuevo tipo de conocimiento, no lo descartan categóricamente, "es muy difícil, producto de que la cultura mapuche es una cultura milenaria y los conocimientos que tiene están desde hace muchos años, y generar un conocimiento es muy difícil, aunque no es descartable".

ACTIVIDAD

Analiza diferentes enfermedades y problemas de salud desde la perspectiva intercultural, considerando: etiología, sintomatología, terapéutica, profilaxis y diagnóstico.

EXPERIENCIA 2. ESTUDIOS RELEVANTES.

OYARCE (1988) nos ofrece un interesante caso de enfermedad infantil en el contexto de salud mapuche.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
ENFERMEDAD	Wekufe Kutran, específicamente, Trafentun o Topantun (Traf: encontrarse y Topan: toparse. Encontrarse con algo que produce temor o susto.
ETIOLOGÍA	"La niña anda por ahí, se encuentra con el remolino o Meulén"
SÍNTOMAS	"La niña se pone intranquila, adelgaza, no come, se cae a cada rato. Al dormir le da susto, salta, no quiere que la dejen sola. Se asusta con los animales"
TRATAMIENTO	"Debe tratarse con medicina fuerte como Triwe (Laurel= laurelia sempervirens). Se remojan diez hojas, se cambia el agua al otro día, se refrigeran y se muelen las hojas y se le da el agua. Para un menor de 5 años, 4 cucharadas de té durante 4 días...Con las hojas se refriega bien la cabeza y el cuerpo del niño. El remedio debe quedar con olor y picante".
PROFILAXIS	"Cuando anda un Wekufe, como el Meulén, se sabe porque cantan los treiles, ladran los perros y luego suena algo en la pared...Uno tiene que decir ándate Wekufe, aquí no te queremos. Si uno tiene laurel lo refriega con una mano y pone en la ventana, en la puerta, sino lo pega con la mano izquierda a la pared".

Por otra parte, en un riquísimo trabajo de tesis dirigido por DENEGRI (1997), se establece que las representaciones de la enfermedad entre los niños mapuches están, como es obvio pensar, influidas por su contexto cultural y dicen relación con:

- a. La existencia de modelos paralelos: medicina occidental y medicina mapuche.
- b. Esta existencia paralela de modelos no supone una superposición de un modelo sobre el otro.
- c. Un reconocimiento de la machi como agente terapéutico.

ACTIVIDAD

Realiza un análisis similar de enfermedades de origen indígena, estableciendo cada una de las variables indicadas (etiología, síntomas, tratamiento y profilaxis).

EXPERIENCIA 3

Análisis de una entrevista realizada a una paciente mapuche en el hospital Regional Temuco, desde la perspectiva de la oralidad.

ENTREVISTA

Salvo situaciones ortográficas, se trata de mantener las expresiones de la manera como las pronunció el médico y la entrevistada (sic).

D: Buenos días, ¿cuénteme como se llama usted?

P: XXXXXXXXXXX XXXXXX

D: ¿Rañileo?

P: Rañileo

D: ¿Qué edad tiene señora XXXXXX?

P: 53

D: ¿53 años?

P: Sí

D: ¿De dónde es usted?

P: De Ñinquilco

D: ¿Ñinquilco?...i Ya !

P: Puente Padre Las Casas

D: i Ya !, eso queda... ¿cuánto se demora usted de aquí a Ñinquilco?

P: Una hora

D: ¿Una hora? i Ya !.

D: ¿Una hora caminando o una hora en micro?

P: En micro, púh

D: En micro

D: Señora Luisa, ¿usted es casada, soltera?

P: Soltera

D: ¿Soltera? i Ya !

D: Cuénteme, ¿usted tuvo hijos?

P: No, no tengo

D: ¿Ningún hijo?

~ ..

D: ¿Y usted con quién vive señora Luisa?

P: Con mi hermana, con mi sobrino, sobrina

D: ¡ Ya !, su hermana sus sobrinos

D: Y usted tiene alguna actividad, ¿trabaja?

P: No

D: ¿No trabaja?

P: No trabajo

D: ¿ Y alguna actividad del campo, agricultura, nada de eso ?

P: No eso nomá, la dueña de la casa nomá.

D: Ya, ya

D: Cuénteme, ¿ usted ha estado hospitalizada, ha tenido alguna enfermedad importante

alguna vez ?

P: Sí, antes tuve hospitalizá

D: ¿ Qué le pasó ahí ?

P: Con la atriti

D: Ya

P: Sólo por eso hospitalizó

D: ¿ Eso cuánto tiempo atrás le comenzó ?

P: ¿ Cuánto año ?.. ya púh má de veinte

D: ¿ Más de veinte años ya ?

P: Si

D: ¿ Alguna otra enfermedad aparte de los huesos ?

P: Si pues de la vesícula, tamien

D: Si... ¿la operaron?

P: Sí

D: ¿ Cuándo la operaron ?

P: Como seis años, por ahí púh

D: ¿ Hace seis años ya ?

P: Si

D: ¡ Ya ! ¿ y en qué hospital la operaron, dónde ?

P: Allá en el hospital grande [Hospital Regional-Temuco]

D: ¿ Aquí ?

P: Si

P: Si, Temuco

D: ¡ Ya !

D: ¿ Alguna otra operación importante que haya tenido ?

P: No, eso nomás

D: ¿ Nada más ?

P: Nada más

D: ¿ Apendicitis no tuvo ?

P: No

D: ¿ Alguna otra enfermedad del corazón, de los pulmones, que le hallan contado que tenga o que tuvo ?

P: Esa, la brongiti nomá púh

D: ¿Cuál ?

P: Brongiti

D: ¿ Brongiti, eso de qué lo que es ?

P: Brongiti eso de la pulmonía dicen

D: ¡ Ya !, ¿ bronquitis ?

P: Si

D: ¡ Ya !, ¿ del pulmón ?

P: Si

D: ya

P: Si, pulmón le sacan la radiografía

D: Si, ¿ eso la tiene muy mal a usted o ya se pasó ?

P: Se pasó ya púh

D: ¿ Se pasó ?

P: Si

D: ¡ Ya !, ¿ alguna otra cosita ?

P: Cuando en la mañana... qué lo será... pega'ó aquí, parece como pegar

D: ¿ Tiene pegado ?

P: Si

D: ¿ Y qué tiene pegado ?

P: ¿ Que será púh ?, en la mañana siempre

D: ¡ Ya !

P: Cuando lo tenimó tó

D: ¡ Ya !

D: ¡ Ya !, ¿usted en su casa tiene cocina a leña o a gas?

P: Cocina a leña

D: ¡ Ya !, ¿y sale mucho humo o no?

P: No

D: No, ya ¿y usa brasero en la casa?

P: ¿ ah ?

D: ¿ Brasero ?

P: Si usan

D: ¡ Ya !

P: Cuando lo frio

D: Ya ¿usa brasero?

P: Si

D: Cuénteme, usted señora Luisa, ¿usted fuma?

P: No

D: ¿Cigarros?

P: Nada

D: ¿ Pipa ?

P: Nada

D: ¿ Nada de esas cosas ?

P: No, depué la enfermedad má peore

D: ¿ Toma alcohol ?

P: No

D: ¿ Ni para las fiestas tampoco ?

P: Tampoco

D: Ya oiga, cuénteme ¿usted mate consume?

P: Si

D: ¿ Toma mate, y toma cuánto mate al día?

P: Toma una en la mañana

D: Mañana

P: Si, `tamo acostumbra´o

D: ¡ Ya !

D: ¿ Algún medicamento de tabletas que esté tomando ?

P: Si púh toma medicamento

D: ¿ Se acuerda cuáles son ?

D: Ya, ¿se los sabe ya?

P: Si

D: Parece que se los toma hace tiempo

P: Si, hace tiempo ya

D: ¡ Ya !, prisona, paracetamol... ya que más

P: Y ratidina

D: ¿ cuál ?

P: Ratidina

D: Ranitidina, ya ¿ algún otro ?

P: La clorogina tamien pero venció ahora

D: ¿ cuál es el último ?

P: Clorogina suspendió

D: Se suspendió ya ¿ la cuál ?

P: Los doctores

D: ¿ Cómo se llama ?

P: Cloroquina

D: ¡ Ah ya ! clorongina

P: Se lo suspendió porque hacía mal a la vista

D: ¿ se lo suspendieron porque hacia mal a la vista ? Ya

P: Si

D: ¿ Y usted se controla hace tiempo con la doctora ?

P: Si, hace tiempo

D: Por los huesitos

P: Si

D: ¿ Hace unos veinte años ?

P: Si

D: Si ya ¿ y cómo se ha sentido últimamente ?

P: Bien

D: ¿ Se ha sentido mejor ?

P: Si, mejor

D: ¿ Y usted sabe la enfermedad que tiene, cómo se llama ?

P: Si lo de atriti me dijeron

D: ¿ Artritis sola sin apellido ?

P: Con lo de la mano se me...

P: Tanto dolore

D: ¿ Dolores ?

P: Si

D: Y ¿ dolores en las manos ?

P: Si, en las manos en to'ó el cuerpo

D: ¿ En todo el cuerpo ?

P: Si

D: ¿ Y le duele en las coyunturas ?

P: Si la pura coyuntura

D: ¿ O en los huesos, en la carnes ?

P: Pura coyuntura

D: Puras coyunturas y ¿ cuáles son las mas que le duelen de todo el cuerpo ?

P: Estas me duelen púh, las muñecas

D: ¡ Ya ! ¿ Y cómo andan los codos, los hombros, las piernas, rodillas ?

P: Esas andan bien púh ahora, tan más bien, antes no...

D: ¿ Están más bien ?

P: Si

D: ¿ Antes estaban peor ?

P: Si

D: ¡ Ya !

P: Hasta lo cerebro

D: O sea, ¿ usted cree que el tratamiento le ha hecho bien ?

P: Si

D: ¿ Le ha hecho mejor ?

P: Los dolore

D: ¿ Y usted se sigue tomando su tratamiento ?

P: Si

D: ¿ No lo deja de tomar ?

P: No

D: No lo deja de tomar

P: Por eso que toy má bien

D: ¿ Le ha hecho bien ?

P: Si

D: ¡ Ya ! ¿ Y le siguen doliendo las manos, parece ?

D: ¿ Qué parte de la mano es la que más le duele ?

P: Esto lo duele púh con esto

D: ¿ Aquí ?

P: Si

D: ¿ Ahí ?

P: Si, con la vena se me duele

D: ¡ Ya !, ¿ y esta como está, esa parte de ahí ?

P: Esa igual aquí duele tamién

D: ¿ También duele el hombro ?

P: Si

D: ¡ Ya !, ¿y el resto de la mano como está, cómo está el resto de los huesitos?

P: Tá bien

D: ¿ Está bien ?

P: Si.

ANÁLISIS

Junto al grupo de estudiantes de semiología de tercer año de la carrera de medicina de la Universidad de La Frontera, hicimos las siguientes observaciones, basados en un vídeo sobre esta entrevista realizada en el hospital Regional Temuco:

VARIABLE	OBSERVACIONES
Memoria	- Paciente mapuche acude permanentemente a la memoria para construir sus relatos.
Repetición	- Paciente mapuche acude permanentemente a reiteraciones de ideas
Uso Fórmulas	- En base a la rememorización, la paciente recurre a una forma común de relatar, organizando la información de una manera similar cada vez.
Uso ritmos	- A la paciente le cuesta llevar el ritmo de la conversación que plantea el médico.
Tematización	- La paciente se detiene en ciertos temas y el médico debe salir abruptamente.

ACTIVIDAD

Sobre la base de la entrevista anterior y las observaciones realizadas en el recuadro, realiza un análisis más profundo.

Realiza otras entrevistas y haz el mismo análisis.

CAPÍTULO III
LA SALUD COMO HECHO DE LENGUAJE: DISCURSO Y PRÁCTICA
COMUNICATIVA

***"Antes de ser el puro objeto
de los cuidados, el enfermo
es, ante todo, una relación"***
(BAILÓN y MIGNOT, 1996:355)

CAPÍTULO III

LA SALUD COMO HECHO DE LENGUAJE: DISCURSO Y PRÁCTICA COMUNICATIVA

La cultura como fenómeno semiótico

La semiótica tiene como objetivo fundamental estudiar los diferentes tipos de signos (cosas asociadas a algún significado para alguien) presentes en la sociedad, las reglas para la producción, transmisión e intercambio, recepción e interpretación de dichos signos; donde un signo es "cualquier cosa que pueda considerarse como sustituto significante de cualquier otra cosa. Esa cualquier otra cosa no debe necesariamente existir ni debe subsistir en el momento en que el signo la represente" (ECO, 1988). De manera más general, el objeto de la semiótica son los signos verbales y no verbales. Este capítulo se sustenta en el enfoque del teórico italiano UMBERTO ECO.

Naturalmente, en el caso de los discursos y las prácticas médicas, los signos están constituidos por las observaciones "medibles" del médico, a partir de las cuales interpreta y diagnostica en su comunicación con el paciente. Pero, semióticamente, también los signos están relacionados con los síntomas, que son narrados por el propio paciente. En conjunto constituirán "relaciones de sentido" o "cuadros clínicos" que se caracterizan por "tener un nombre". Llegar a dicho nombre es, en parte sustancial, la tarea del médico.

Así, la semiótica, además de estudiar los signos (y síntomas, en el lenguaje médico), estudia los mecanismos de comunicación existentes en el discurso y práctica médica: las ideas, principios, representaciones globales, gestos colectivos, relaciones, rituales, estrategias, mecanismos de represión, especulaciones, organización del poder, instituciones y constituciones legales. Y en función de la comunicación, la relación de las personas con la naturaleza, lo imaginario, las esperanzas, la vida, la muerte. En síntesis, y siguiendo esta misma lógica, el objeto fundamental de la semiótica son los aspectos verbales y no verbales de las relaciones cotidianas: los gestos, silencios, miradas, frases, etc. que son la base de toda relación. Por último, es a través de esta reflexión que entendemos que la neutralidad es una mentira.

Es oportuno precisar que podemos distinguir entre: (a) la semiótica teórica, que define los conceptos básicos que exponemos ahora, (b) la semiótica descriptiva, que describe las diferentes situaciones comunicativas, por ejemplo, las etapas básicas de cualquier entrevista médico-paciente; y (c) la semiótica aplicada, que supone la interacción de la semiótica con otras disciplinas.

El estímulo, la señal y la información física.

El **estímulo** no es un signo, puesto que corresponde a respuestas de comportamiento, las cuales no son provocadas por convención. Y un signo siempre actúa por una convención que permite a una cosa representar a otra. El signo, en este sentido es sociocultural y no físico-biológico. Entenderemos que un estímulo actúa como respuesta a una acción física, como lo ejemplifica el conocido caso del experimento de Pavlov, cuando un perro segrega saliva al ser estimulado por el sonido de una campanilla. En el estímulo no hay conciencia. Sin embargo, la semiótica que, en verdad, se refiere a funciones sígnicas y por lo tanto requiere una correlación, puede eventualmente considerar los estímulos, si estos funcionan en algún aspecto o capacidad como signos para alguien. Ello queda claro en la conocida historieta a propósito del experimento pavloviano, según la cual se encuentran dos perros en Moscú, uno flaco y otro gordo. El primero le pregunta "¿cómo puedes obtener comida?". Y éste responde "¡Fácil!. Cada mañana voy al instituto Pavlov y me pongo a babear y al instante un científico condicionado hace sonar una campanilla y me trae un plato de sopa". En este caso, para el perro la salivación es el signo de la posible reacción del científico. El perro ha construido un código consciente. Observamos la importancia del código o sistema que permite las asociaciones significativas entre los signos (y síntomas).

La **señal** tampoco es un signo, pues constituye unidades de transmisión que pueden computarse cuantitativamente e independientemente de su significado posible.

Por último, la **información física** corresponde a la serie de fenómenos genéticos y neurofisiológicos. La primera reflexión es que en sí estos fenómenos no son signos, pero sí lo son al integrarlos a teorías informacionales de la genética y de la neurofisiología. Ello, sin embargo, aún es materia de discusión en la disciplina semiótica. En cualquier caso, siendo la información física uno de los objetos

específicos de nuestro análisis, volveremos permanentemente al tema. Los estímulos, las señales y, particularmente, la información física serán, al menos para nosotros, objetos importantes de estudio.

La Información.

El concepto de información tiene dos sentidos fundamentales: (a) significa una propiedad estadística, y designa la cantidad de información que puede transmitirse; y (b) significa una cantidad precisa de información seleccionada que se ha transmitido y recibido efectivamente.

Las condiciones de la interpretación: interpretación, conjetura, interpretación sospechosa y presuposiciones.

La semiótica, decíamos, es un fenómeno eminentemente sociocultural. Por lo tanto, debemos considerar que: (a) una expresión determinada puede ser sustituida por su interpretación (a veces, no sabemos si hablamos de la expresión o su interpretación ya internalizada en la sociedad); (b) el proceso de interpretación es infinito o, al menos, indefinido, y (c) cuando utilizamos un sistema de signos determinado (por ejemplo, cierta teoría de la información inmunológica)¹, podemos rechazar la interpretación o elegir las interpretaciones más adecuadas según los contextos.

Es importante considerar la distinción entre **interpretación**, que siempre tiene relación con la textualidad (entendemos por texto a la unidad de significado que se analiza y puede ser un testimonio, ciertas informaciones físicas o una persona), y uso del texto, que corresponde a la inferencia que podemos tener de alguien o algo. Por ejemplo, interpreto al diagnosticar sobre la base de síntomas, pero hago uso del texto cuando establezco una relación entre los síntomas y la vida íntima de la persona. La distinción es más analítica que práctica.

También existe una relación entre **interpretación y conjetura**, en el sentido que la conjetura es una formulación que se hace sobre la intención atribuida a lo que se analiza. Estamos en el ámbito de la conjetura cuando atribuimos dichas intenciones y, dichas conjeturas, deberán ser probadas sobre la coherencia del texto, donde la coherencia textual desaprobará las conjeturas más aventuradas.

Asimismo, podemos hablar de una **interpretación sospechosa**. Y para leer sospechosamente el mundo y los textos, es necesario haber elaborado algún método obsesivo. Sospechar en sí no es patológico, pero el indicio resultado de dicha sospecha sólo podrá ser considerado bajo las siguientes condiciones: (a) que no haya una explicación más económica, (b) que apunte hacia una sola causa (o hacia un grupo restringido de causas posibles); y (c) que forme parte (sistema) de otros indicios. La sobrevaloración de los indicios nace de un excesivo asombro, es decir, de una propensión a considerar significativos los elementos más vistosos, aún cuando dicha vistosidad debería llevar a considerarlos explicables en términos más económicos.

Si consideramos que hablar (lo hace el médico y el paciente) es crear un relato (una historia); además de interpretaciones, conjeturas, interpretaciones sospechosas, existen presuposiciones, las cuales técnicamente consisten en determinados tipos de inferencias o supuestos estimulados por expresiones que presentan características específicas y que pueden identificarse usando un test de negación.

Finalmente, cabe señalar los principios que sustentan la racionalidad occidental que forman parte de nuestra actividad productiva e interpretativa: (a) el principio de identidad, (b) el principio de no-contradicción y (c) el principio del tercero excluido.

El lenguaje del cuerpo

La superficie del cuerpo

En este sentido, me parece muy oportuno mencionar los trabajos de la escuela de Tartu, sobre la semiótica tensiva y de las emociones. Estos trabajos inspiran los planteamientos siguientes. Como base de esta sección está el trabajo de SEBEOK et al. (1978) y PÉREZ (2000).

Del cuerpo como objeto de observación, al médico le interesan las anormalidades. En tal sentido, la piel es una suerte de mapa que muestra lo que ocurre bajo ella. Nos muestra fiebres, infecciones, alergias, deficiencias circulatorias, etc. (ANDREWS, 1947).

Hipócrates (THOREK, 1946), relató vívidamente la inminencia de la muerte en el rostro: "nariz afilada, sienas hundidas, las orejas frías, ojos vacíos y perdidos, boca abierta, labios flojos y blancuzcos y el color lívido y barroso".

Asimismo, los ojos denotan la presencia de ictericia, hipertiroidismo y desórdenes neurológicos. Los psiquiatras establecen el sentido de la relación interpersonal en la expresión de los ojos: los histéricos miran acariciadoramente al médico, los esquizofrénicos lo harán de un modo inmóvil y vacío; los paranoicos tratan de concentrar sus ojos dentro de la cabeza del otro como si leyeran directamente los pensamientos, el psicópata pasea su mirada inquisitivamente, tratando de seducir o dañar con los ojos (FELDMAN, 1959).

La tortícolis espástica es un automatismo expresivo caracterizado por un movimiento estereotipado de la cabeza hacia un lado y puede expresar simbólicamente la necesidad de desviar la mirada de estímulos hostiles, agresivos, etc. (MITSCHERLICH, 1961).

Los extremos

Las manos

Adquiere importancia en la comunicación. Como terminales del cuerpo son susceptibles a la artritis, arterioesclerosis y otras dolencias orgánicas.

Los pies

El reflejo de Babinsky, que consiste en la elevación del dedo gordo y el despliegue de los otros, es uno de los signos neurológicos más importantes. Como terminal del cuerpo está sometido a la falta de irrigación y a la estasis. La arterioesclerosis, las venas varicosas, la elefantiasis y la diabetes generan síntomas en los pies.

Los gestos

Siguiendo los trabajos de EKMAN y FRIESEN (1969), los gestos se dividen en:

1. **Los emblemas.** Tienen su equivalente en una palabra o frase.
2. **Los ilustradores.** Se usan para ampliar, ilustrar o enfatizar una palabra o frase.
2. **Los reguladores.** Se utilizan para regular la interacción oral.
3. **Los adaptadores.** Se realizan en situaciones de estrés.

A continuación revisaremos brevemente algunos componentes de la gestualidad.

Los ojos. Constituyen un excelente campo de análisis de las personas, observando por ejemplo:

- a. **El movimiento.** Especialmente a través de las variaciones de la angulación de la mirada.
- b. **El brillo.** Es superior en las mujeres.
- c. **La higiene e infecciones.** Aporta información sobre el estado de salud.

- d. **La dilatación y contracción de las pupilas.** El ejercicio de dilatación se produce cuando algo (o alguien) nos agrada y la contracción, cuando algo (o alguien) nos desagrada.
- e. **El tamaño y la forma y los defectos,** proporcionan información.

La boca. Además de sus funciones de lenguaje, proporcionan información sobre la libido y el apetito sexual (FREUD), la sonrisa de nerviosismo, de necesidad de comunicación, para suavizar algún mensaje; la sonrisa de disimulo, de cinismo, de misterio, etc.

Veamos a continuación algunos gestos y sus significados:

1. **El abrazo de saludo.** El cinetismo consiste en un movimiento casi dramático, al ser dos cuerpos que se aproximan. La ubicación de los brazos y manos es un gesto casi coreográfico. Los brazos pueden ir acompañados de expresiones de alegría, tristeza o placer y pueden estar asociados a protocolos, adulación, hipocresía, etc.
2. **Dolor de estómago.** El cinetismo consiste en colocar la mano en el área del estómago, acompañado de alguna expresión facial. Puede ir acompañado de vocalizaciones como "me duele aquí". Puede estar asociado a causas variadas, algunas leves y otras graves.
3. **Brazos cruzados.** El cinetismo consiste en cruzar los brazos y está asociado al encierro en si mismo como gesto defensivo frente a las influencias externas.
4. **Es mentira.** El cinetismo consiste en un guiño, acompañado de una expresión maliciosa. Está asociado a un llamado de atención o para indicar complicidad; para advertirle a alguien que hay algo fuera de lo normal, en el sentido de que lo que se le está diciendo es mentira.
5. **Dolor de cabeza.** El cinetismo consiste en colocar los dedos en la frente, acompañado de expresiones faciales de angustia, inclinación de la cabeza hacia delante. El gesto no permite discernir entre las más de 160 causas del dolor de cabeza.
6. **Estrés.** Se manifiesta en la forma de sentarse. La persona tiende a encorvarse, con el cuerpo inclinado hacia delante; incluso algunos cruzan los brazos a la altura del ombligo y se sientan en el borde delantero del asiento.
7. **Limpiarse los ojos.** Se ejecuta con los dedos índices o los nudillos del pulgar, limpiando los ojos. Está asociado a una preocupación por la imagen y puede convertirse en un gesto obsesivo.
8. **Pasar la mano.** Consiste en pasar la mano por la espalda, la rodilla o la mano y supone cariño. Su origen posiblemente está en las caricias de las madres a los hijos.
9. **Mirarse las uñas.** Consiste en un gesto simple de mirar las uñas y está asociado a una acción narcisista de mirar el propio cuerpo.

Los sonidos humanos

Para construir su historia el médico cuenta ya con signos como los descritos, pero esto sólo le permite impresiones parciales y, a veces, contradictorias. El estudio

acústico de los sonidos humanos es un trabajo interesante y podemos presentar algunas observaciones y suposiciones preliminares:

Los golpes rítmicos, referidos a la necesidad de escuchar los latidos del corazón. Para ello se amplifica el sonido mediante el estetoscopio. Es difícil visualizar estos aspectos.

Sonidos de la respiración, transforman al tracto respiratorio en el mejor instrumento para la comunicación acústica.

Ruidos ronc, constantemente indican patologías, desde el punto de vista clínico; ya sea en el corazón, los roces de fricción peritoneal y la crepitación de las coyunturas indican por lo general inflamaciones, decaimiento, fractura o un crecimiento que impide el deslizamiento sin fricción de una superficie sobre otra.

Espasmos, producen sonidos como: tos, jadeo, estornudo, arcadas, gorgoteo y flatulencias.

La construcción de los hechos: la descripción y el uso de factualidades

La producción de los «discursos y prácticas médicas» se establece a partir del uso de factualidades, como formas de describir y objetivar el mundo (POTTER, 1993, 1998; POTTER y WETHERELL, 1992, 1989, 1988, 1987; ATKINSON y HERITAGE, 1984; POMERANTZ, 1987, 1984, 1980; WATSON, 1983).

Para POTTER (1998), el lenguaje, o más ampliamente, el discurso, no es un reflejo de la realidad:

"La realidad se introduce en las prácticas humanas por medio de las categorías y las descripciones que forman parte de esas prácticas. El mundo no está categorizado de antemano por Dios o por la Naturaleza de una manera que todos nos vemos obligados a aceptar. Se constituye de una u otra manera a medida que las personas hablan, escriben y discuten sobre él" (Potter, 1998).

De este modo, *"las descripciones y los relatos construyen el mundo o, por lo menos, versiones del mundo"* (ídem). No obstante, no sólo el mundo se construye, sino también los "hechos" que constituyen este mundo. Y son estos hechos los que suelen pasar inadvertidos, especialmente en un tipo de « discursos y prácticas » como las médicas, donde las formas de legitimación y de producción de verdad son muy elocuentes. Pensemos, por ejemplo, en la estructura de una entrevista médico-paciente. Tenemos, al menos, dos instancias fundamentales para que haya diagnóstico (que es, a su vez), un juicio y una verdad: (a) los hechos -que son descritos minuciosamente- en forma de historia, por el paciente. Esta "historia" es la esencia de la producción discursiva. Y, finalmente, (b) la teoría y la praxis médica, que es invocada para el diagnóstico.

POTTER divide en dos grupos los procesos de construcción de hechos a partir de los recursos que se emplean para elaborar la factualidad : (a) recursos centrados en la identidad del hablante; y (b) recursos orientados a destacar la independencia entre el hablante y su descripción (ídem).

(a) Recursos centrados en la identidad del hablante

Estos se refieren a la manera en que se puede desarrollar la identidad de los

Conveniencia e interés

Quien hace la descripción tiene una relación directa con lo que describe (basada en su experiencia o en su saber).

Acreditación de categorías

Ciertas categorías de personas, en determinados contextos, se tratan como expertos. Esto permite pasar por alto la necesidad de preguntar cómo una persona sabe algo, pues la pertenencia a una categoría es suficiente para explicar y justificar el conocimiento específico. Por otra parte, se refiere también a desacreditar categorías, es decir, hacer pertenecer a alguien a una categoría que no goza de credibilidad.

Posicionamiento, neutralidad y alineamiento

El que describe un hecho, lo hace como propio o se distancia de él.

(b) Recursos orientados a destacar la independencia entre hablante y descripción

Son procedimientos que apartan la atención de la naturaleza o identidad del productor (de la descripción). Esta cualidad se denomina "exterioridad", ya que se desvía la atención de los intereses del productor y de su responsabilidad por la descripción.

Discurso empirista

La descripción posee un conjunto coherente y distintivo de características retóricas y lingüísticas. Estas se agrupan en dos temas generales: impersonalidad gramatical y primacía de los datos.

Consenso y corroboración

Una manera de transformar una descripción en un hecho consiste en obtener la sanción de testigos fiables. Así, el consenso en los informes proporciona una corroboración de la factualidad de una versión.

Detalle y narración

Consiste en narrar los pormenores de una cosa o un suceso, derivados del examen cuidadoso de una escena y que tienen características que pueden parecer difíciles de inventar a causa de su especificidad. Con esto se muestra que quien describe tiene capacidad de observación y que estuvo presente.

La orientación de las descripciones hacia la acción

Los principales procedimientos que Potter plantea para que una descripción realice una acción son:

Categorización y manipulación ontológica

El contenido específico de algo se constituye mediante la categorización. Es decir, que para describir y al mismo tiempo hacer algo, las personas utilizan categorías. La manipulación ontológica se refiere a que cualquier descripción elegirá dar importancia a unos fenómenos determinados e ignorará otros potencialmente relevantes.

Maximización (extremismo) y minimización

Cuando alguien intente justificar, desacreditar o contradecir alguna conclusión, se suele recurrir a la formulación de casos extremos, es decir, utiliza los extremos de las dimensiones descriptivas pertinentes. Estas descripciones son útiles para apoyar la causa de que algo "malo" es "realmente malo" o que algo "bueno" es "realmente bueno".

Normalización y anormalización

Los relatos de individuos y grupos procuran presentar sus propias acciones y las de otros como normales y naturales, o como injustificadas, sospechosas o problemáticas en algún sentido. En el sentido de la descripción, lo normal es indicativo, es decir, no basta con describir una acción que es considerada anormal o

La construcción del saber médico y de la verdad médica, como factuales

La cuestión de lo médico no es menos significativo ni tampoco ingenuo, pues supone: (a) el establecimiento de una condición de verdad, "que hace referencia a una serie de concepciones socio-culturales, intereses de grupo y prácticas cotidianas que construyen [los profesionales de la salud] en el trabajo ordinario [y] que son presentadas como incuestionables e inmutables"; y (b) la oposición, no ingenua, entre un saber superior a otros (el saber médico occidental sobre el saber popular). Finalmente, resulta importante reflexionar sobre la evidente asimetría entre médico y paciente, donde operan mecanismos de exclusión, pues las pretensiones de verdad de uno (médico) son legitimadas de antemano y otras pretensiones son marginadas: "¿por qué una interpretación de la salud y la enfermedad tiene más valor que otras?, ¿Porqué una se tiene que traducir a los términos de la otra? y ¿si hay desacuerdo, cuál prevalecerá?" (POTTER, 1998).

EL lenguaje médico

La lengua médica es un vocabulario médico, posee la misma fonética, la misma morfología y la misma sintaxis que la lengua común. Sólo cambia el léxico y sus características son:

- a. Los términos empleados en el ejercicio de la medicina occidental se basan, en su mayoría, en raíces griegas y latinas, haciendo del lenguaje médico un lenguaje universal y fácil de reproducir de una lengua a otra.
- b. Cada generación de médicos ha aportado su propia terminología, que se suma a la de generaciones anteriores.
- c. El empleo de epónimos es muy frecuente: se da a la enfermedad el nombre del que la ha descrito en primer lugar, lo cual conduce a diferencias entre un país y otro.
- d. La ausencia de estandarización conduce a numerosas imprecisiones si el contexto no es tomado en cuenta. El adjetivo tubárico utilizado por un otorrinolaringólogo evoca la trompa de Eustaquio y, en boca de un ginecólogo, la trompa de Falopio.

Según HERNÁNDEZ (2000), el concepto patología suele utilizarse en salud de una manera excesiva. De hecho, patología significa "estudio de las enfermedades" (pathos, enfermedad y logos, estudio); sin embargo, se ha reducido del estudio de las enfermedades (donde las enfermedades son su objeto) a las enfermedades en si mismas. Y es muy habitual hablar de patología para referirse a una enfermedad en particular. El autor proporciona una serie de otros ejemplos de redundancia, errores semánticos o barbarismos.

La entrevista médico-paciente

La entrevista, como la comunicación, ha sido y es, a la vez, método y objeto de estudio. Hablar de la entrevista es recorrer desde las prácticas periodísticas, particularmente radiofónicas, hasta la metodología cualitativa. En esta sección hablaremos brevemente de ambas.

Desde el punto de vista periodístico, existen tres tipos de entrevista: (a) explicativa, que es una forma muy directa, cuyo objetivo es obtener información sobre un tema en particular. (b) de opinión, cuyo propósito, naturalmente, es obtener opiniones de alguien sobre algo; y (c) de personalidades, orientada a conocer a la persona más que el tema.

En tanto, que desde un punto de vista metodológico, tenemos principalmente la entrevista con profundidad, ya sea directa o integrada al método de los grupos de discusión. En ambos casos su objetivo es evaluar la comprensión, sentimientos, emociones, actitudes y prejuicios.

Características y tipos de preguntas.

De acuerdo a las características del entrevistado, existen recomendaciones precisas:

CARACTERÍSTICA ENTREVISTADO	INDICACIÓN
INDECISO	PREGUNTAS PRECISAS
SIN OPINIÓN	OFRECER ALTERNATIVAS, PREGUNTAS CERRADAS
TEMOR, NERVIOS	COMENZAR CON PREGUNTAS ABIERTAS Y LUEGO MÁS PRECISAS.
NO CONTESTA CON CLARIDAD	PEDIR EXPLICACIONES ADICIONALES, INTERPRETAR SUS RESPUESTAS.
EVASIVO	INSISTIR, HACER OTRAS PREGUNTAS
HABLA DEMASIADO	PREGUNTAS CORTAS Y CERRADAS, INTERRUMPIR Y OFRECER RESPUESTAS ALTERNATIVAS
ALEXITÍMICO. Es un individuo que, sin ser necesariamente tímido, no es capaz de narrar episodios traumáticos.	COMENZAR CON PREGUNTAS ABIERTAS Y LUEGO MÁS PRECISAS. PEDIR EXPLICACIONES ADICIONALES, INTERPRETAR SUS RESPUESTAS. INSISTIR, HACER OTRAS PREGUNTAS

La entrevista en profundidad

Para su realización se puede utilizar un cuestionario estructurado. La duración es de aproximadamente 30 minutos y es fundamental el registro tanto del lenguaje verbal como no verbal. En el caso de pacientes, un espacio silencioso es ideal. Los entrevistados, además, surgen como un factor fundamental al momento de preparar material de difusión. Ellos son los primeros lectores y "correctores de prueba".

EXPERIENCIA 1

A continuación, presento como ejemplo de intervención de la dimensión comunicativa en las prácticas de salud, **el caso de situaciones de trauma**².

En primer lugar, debemos entender la comunicación como una posibilidad inherente a cualquier estructura social y no sólo como un producto de esta estructura. De tal forma que lo primero que debemos identificar es la estructura de la cual la comunicación específica que desarrollamos es una posibilidad inherente. La estructura social de la que hablamos corresponde al espacio determinado por el trauma en una situación de accidente. Para comprender esta estructura, es preciso señalar algunos de los elementos que la componen –los más frecuentes: (1) el centro de salud, en toda su complejidad, en el cual observamos personal médico, paramédico (que asisten al interior del centro y también en ambulancias) y otros funcionarios adscritos contractualmente al centro de salud, como el personal de seguridad; (2) un nivel intermedio, donde se ubica carabineros; (3) personal de rescate ajeno al centro de salud, pero que colabora en cualquier emergencia, como la unidad de rescate de bomberos; (4) periodistas que acuden frecuentemente a estas emergencias; (5) la víctima del accidente, (6) familiares y amigos de la víctima y (7) “simples observadores” del accidente.

Como damos cuenta en este trabajo, todos estos actores constituyen los elementos que componen esta estructura social. La comunicación aquí es inherente, pues cualquier actividad que se ejecute coordinadamente requiere flujos de comunicación.

Tomemos un ejemplo,

- (1) Alguien da cuenta de un accidente a carabineros y/o al centro de salud;
- (2) En el centro de salud hay un equipo que recibe la información, la evalúa y luego la entrega al personal médico y/o paramédico de turno, quienes se trasladan al lugar (curiosamente los periodistas también han llegado al lugar),
- (3) El equipo que concurre al lugar se coordina con el centro de salud para la atención necesaria de la víctima.
- (4) En el hospital alguien tomará los datos, se obtendrá un diagnóstico o “estado de la víctima”, lo cual constituye información susceptible de ser comunicada (familiares, amigos, periodistas, etc. buscan esta información y de alguna forma, más o menos bien o mal, se canaliza).

El interés ahora es, precisamente, revisar estas etapas y los respectivos procedimientos que se producen, reproducen y utilizan en los diferentes actos comunicativos. Por ejemplo, hay ciertos flujos de comunicación recomendables y otros no. Por ello, se suele enfrentar problemas como:

- (1) Tratamiento equivocado de la información, producida por situaciones que van desde el mal funcionamiento de un radio, hasta la producción insuficiente de la información por quien la emite o la interpretación inadecuada de quien la recibe.

² Corresponde a un trabajo desarrollado por el autor como parte del “Curso de capacitación en competencias comunicativas”, preparado para profesionales del área de la salud, como programa de extensión de la Universidad de La Frontera. Dicho trabajo se realizó desde el

(2) Fuga incontrolada de la información. Por ejemplo, casos en que ciertos actores entregan información en "momentos inoportunos" a personas no deseadas.

Frente a las situaciones en que la comunicación se observa en su dimensión pragmática, y al margen de la extensa gama de teorías y enfoques que desde hace años vienen estudiando el problema de la comunicación -en particular de la comunicación medial o mediatizada por canales de transmisión masiva-, me permito consignar las siguientes acotaciones, acordes con la situación que revisamos (por cierto compleja, con formas de comunicación próxima y telecomunicación, unidireccional, pero con momentos bidireccionales; e interpersonal, pero con matices de pública y colectiva (masiva) :

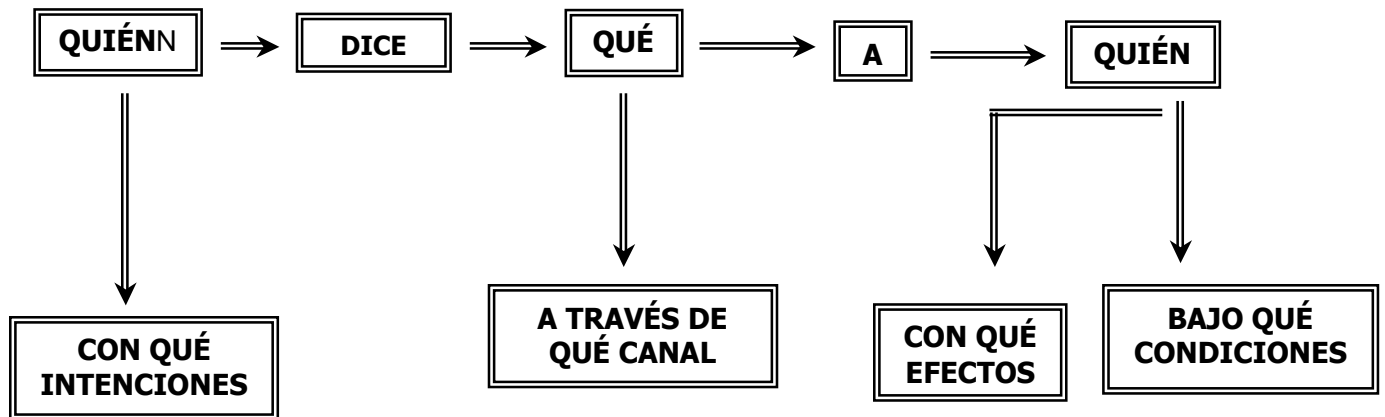
Algunos principios generales de la comunicación

- Como hecho informativo, es compleja y amplia y afecta varias dimensiones de la realidad
- Involucra signos y códigos
- Estos signos y códigos que dan la significación necesaria para la comunicación, corresponden a formas sociales de producción y reproducción colectiva
- Sin la comunicación, la cultura no se puede producir ni reproducir.

Condiciones para la comunicación

- Una interacción entre dos o más individuos que adoptan sucesivamente el rol de emisor y receptor
- Códigos que permiten conectar las representaciones cognitivas de la realidad y la acción social con el mundo y las personas que nos rodean
- Una intención más o menos consciente, más o menos explícita, de utilización de los códigos de comunicación, más allá de la mera conducta informativa.
- Una estructura social en la que se integra el sentido y el contexto del proceso y las estrategias de comunicación de los actores sociales.

Finalmente, y por razones estrictamente operativas de adecuación a la situación estudiada, y asumiendo las carencias existentes, he decidido plantear el modelo Lasswelliano de comunicación, un modelo aún lineal, con apenas esbozos sistémicos, pero es muy operativo para los análisis. Sus carencias se refieren a los aportes de ECO en torno a los códigos, s-códigos, etc.



La comunicación se (re) produce socialmente

...Y en ella intervienen:

- Representaciones que tenemos individualmente sobre el mundo que nos rodea. Ej. Esto es así...siempre ha sido así.
- Generalizaciones, estereotipos y prejuicios que nos permiten entender lo que ocurre. Ej. Tal persona es de tal tipo.
- Rutinas, que nos permiten reproducir con cierta economía ciertas acciones. Ej. Esto se hace de esta manera porque siempre se ha realizado así (y sólo por eso). Muchas veces no se han probado alternativas.

Componentes del proceso de producción de comunicación

- **Roles que asumimos.** Funciones en la comunicación, que vienen validadas y valoradas por el rol que se nos ha asignado en la organización. Ej. Cargos.
- **Atributos que se nos asigna o nos asignamos** para desempeñar determinados roles. ¿ Por qué YO hago esto ?.
- **Personajes que somos.** Quienes somos, según nosotros y los demás. Ej. Mi nombre asociado a un rol.
- **Acciones en que participamos.** Ciertas actividades y no otras. Vienen asignadas o corresponden a cierto tipo. Ej. Prestar cierto servicio.
- **Instrumentos que utilizamos** para desempeñar nuestras acciones.
- **Objetivos que nos trazamos.** De acuerdo a nuestros roles.

- **Logros / fracasos de nuestras acciones.** Naturalmente tiene relación con nuestras expectativas y las de los otros.
- **Actor para el cual, o por el cual, cumplimos nuestros roles** y realizamos ciertas acciones.
- **Evaluación positiva / negativa que se hace de nuestras acciones** y las de los demás, de acuerdo a ciertas normas generales establecidas por nosotros o los otros.

ACTIVIDAD

Observa el proceso comunicacional en casos reales de campañas de salud, tratamientos o enfermedades. ¿ Es posible advertir un proceso de comunicación en cada caso?, ¿ Qué dificultades aparecen, además de las indicadas?

EXPERIENCIA 2

Una segunda experiencia que quisiera compartir, a propósito de la importancia de la comunicación, como variable, en el quehacer de la salud, corresponde al trabajo realizado con los **Comités Tripartitos**³

El trabajo con los Comités Tripartitos se inicia con la presentación de cuatro ideas fundamentales:

- Que los comités tripartitos, como innovación en la relación entre el sistema de salud (emisor) y la comunidad (usuarios), constituyen una **organización viva** y, por lo tanto, dinámica y muy recursiva. Allí el diálogo franco y abierto es fundamental para el logro de los objetivos.
- Que la actividad desarrollada por los comités tripartitos está ligada fuertemente al **ámbito de la comunicación y del lenguaje**, no sólo en la difusión de los proyectos y logros, sino también en la cohesión del grupo de trabajo.
- Que la tarea de los comités tripartitos se ve fuertemente influida por las **características culturales (simbólicas), sociales, económicas, etc., de la comunidad específica** en que desarrolla su labor (poblaciones a que pertenecen los consultorios).
- Que en su interacción con la comunidad en general, las actividades de los comités tripartitos precisan de la mediación. Esto significa que los medios masivos podrían ser incorporados como aliados estratégicos, pero debemos conocer su sistema de funcionamiento.

Punto de partida: los objetivos

- Comprender los comités tripartitos como organización social.
- Analizar y discutir los procesos de comunicación y lenguaje, utilizados cotidianamente en las interacciones al interior del sistema y con los usuarios de la comunidad en general.
- Comprender los elementos contextuales presentes en el entorno en que se desarrolla la acción de los comités tripartitos con la comunidad en general.

- Conocer el sistema de los medios de comunicación, a fin de optimizar su utilización en el trabajo de los comités tripartitos.

Las áreas

Área 1: Los comités tripartitos como organización social.

Los comités tripartitos, constituidos por tres estamentos diferentes entre sí y situados en puntos opuestos de la relación (emisores y receptores del sistema de salud), a nuestro juicio, deben ser entendidos como parte de una organización social. Esto supone que la organización:

- Surge a partir de **intereses y necesidades particulares, que deben convertirse, a su vez, en objetivos comunes** donde los tres estamentos obtienen beneficios, medidos a través de un **mejor aprovechamiento del sistema de salud**. Por ejemplo, (1) los profesionales reconocen fortalezas y debilidades en su relación con los usuarios y analizan su formación para brindar la atención, (2) los consultorios, como sistema, incorporan constantemente nuevos elementos que le permiten revitalizar y optimizar sus niveles de acción; y (3) los usuarios reciben una mejor atención, en la cual pueden plantear sus puntos de vista, necesidades, etc.
- Al compartir intereses y objetivos comunes, comparten tareas, desafíos, expectativas y responsabilidades que de cumplirse o no, afectan al sistema en su conjunto.
- Como toda organización no sólo debe preocuparse de los elementos tangibles, como son sus recursos humanos, técnicos y físicos, sino también de sus aspectos intangibles, como lo es la imagen que proyecta al resto de la comunidad. En tal sentido, una organización siempre debe preocuparse tanto de su **sistema fuerte** (recursos para su funcionamiento) como de su **sistema débil** (la imagen que el público en general tiene de la organización y su funcionamiento). Como la imagen se produce en el receptor (usuario) y no en

virtudes de la organización, pero sin ocultar las dificultades y debilidades, sino superarlas. Si cualquiera de los dos sistemas falla, la organización sufre, particularmente el segundo, pues del primero nos preocupamos con mayor frecuencia. La idea del sistema débil supone: información transparente al público, evitar entregar informaciones erróneas o contradictorias, etc.

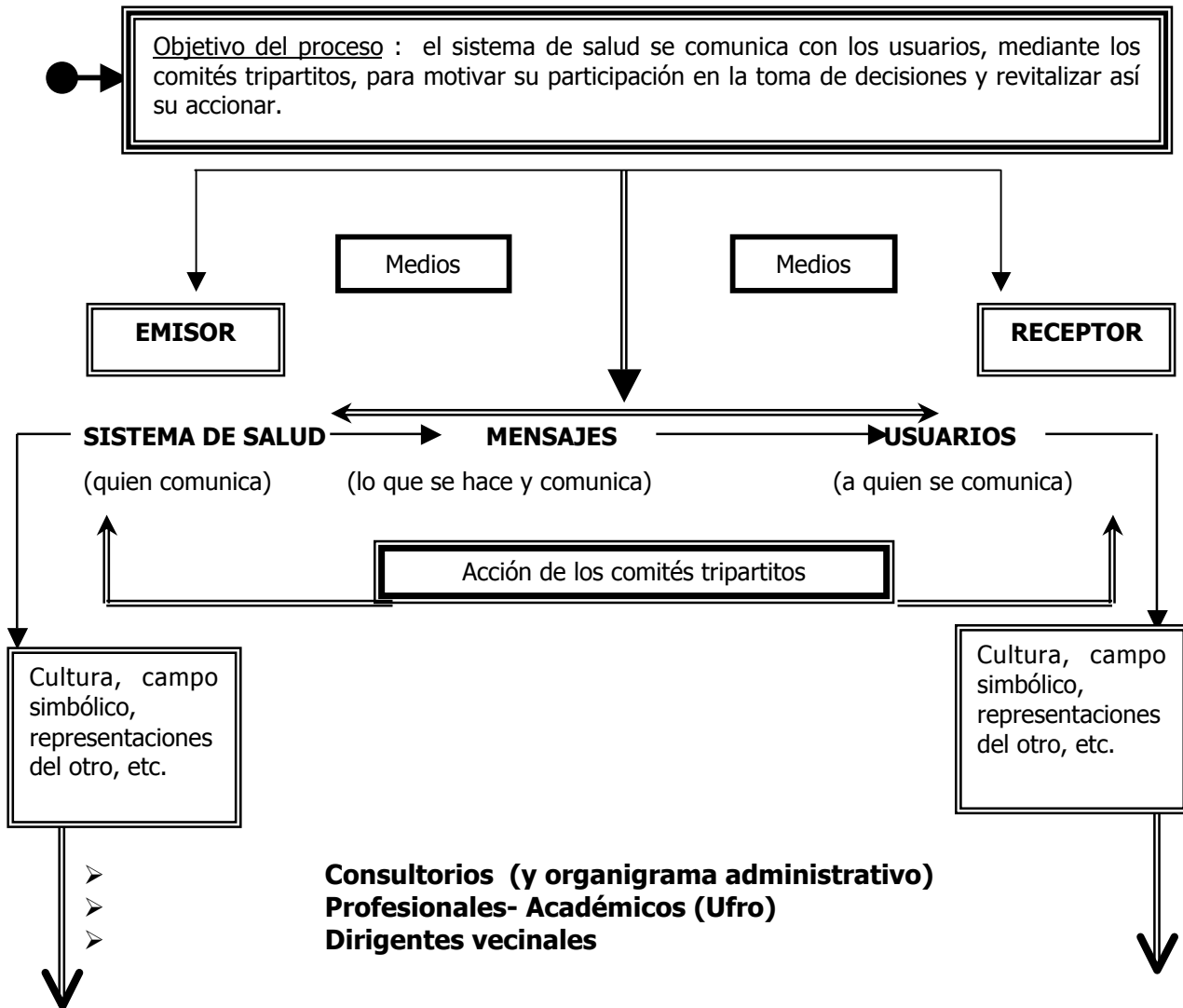
- La organización requiere que los individuos que participan en ella adopten creencias y metas colectivas, haciéndolas suyas, o bien, que acuerden actuar según las creencias y metas organizacionales como si fuesen propias.

Área 2: Aspectos comunicacionales y de lenguaje

La **comunicación** es un elemento base en cualquier sistema, inherente a la interacción humana y resulta ser tan cotidiana que pocas veces reparamos en su desarrollo, efectividad o problemas.

Sobre la comunicación se habla mucho, desde diferentes perspectivas y con distintos propósitos. Lo cierto es que es compleja y, normalmente, sólo podremos entenderla sobre la base de los objetivos que nos planteamos al principio y los resultados prácticos para su utilización.

El esquema básico de comunicación, construido a partir de la experiencia y aplicado a nuestra actividad, es el siguiente:



Resultados : lo que se dice o hace planificada e involuntariamente- lo que se da a entender – lo que no se dice y no se hace – lo que se aparenta hacer – lo que se tendría que decir y hacer, etc.



Con los elementos anteriores se construye la imagen y la representación social en el público y con ella o en base a ella, el público genera su relación hacia el emisor (sistema de salud).

Algunas observaciones

Base de la comunicación no sólo es el decir y hacer, sino también el escuchar. Y lo que se comunica es información sobre el mundo, sobre las personas, sobre los deseos, las creencias y acciones de las personas. Pero también la comunicación genera compromisos sociales.

El lenguaje es el vehículo de las acciones comunicativas y de las interacciones que dan vida a la actividad de los comités tripartitos. Por ello, es fundamental conocer que existen niveles distintos y que el uso del lenguaje está asociado a efectos pragmáticos sobre nuestro interlocutor; vale decir, lo que digo a alguien provoca en él una determinada acción.

En el lenguaje no se trata sólo de saber qué decir, cuándo y dónde, sino también cómo hacerlo y en qué términos. El problema tradicional con el lenguaje es que es propio del ser humano, pero muy en particular, decimos y nos comprometemos con los demás, pero no siempre somos conscientes de ello.

Área 3: Elementos de contexto (simbólicos, culturales, sociales, económicos) que debemos tener en cuenta.

La organización, al comunicarse al interior, para lograr cohesión, y al exterior, para difundir sus actividades, compartir sus logros e integrar a la comunidad en general; lo hace sobre la base de elementos contextuales propios del entorno en que se sitúa su interlocutor. De esta manera, nos comunicamos sin poder controlar efectivamente lo que expresamos y la interpretación que hará nuestro receptor. Éste interpreta según sus modelos de pensamiento, sus prejuicios, imágenes, creencias, estilo y nivel de vida, etc....al igual que lo hacemos nosotros.

ACTIVIDAD

Analiza experiencias de participación de la comunidad organizada y otras instituciones sociales en el quehacer de la salud, considerando los componentes del proceso de producción de comunicación y su condición como organización.

EXPERIENCIA 3

Análisis de una entrevista realizada a un paciente en el Hospital Regional de Temuco, desde la perspectiva semiótica y comunicativa.

Entrevista

Para mantener la riqueza analítica de la entrevista, se mantienen las expresiones como fueron pronunciadas por la paciente y el médico (sic).

D: ¡ Buenas tardes !, ¿cómo está?

P: ¡ Buenas tardes!, bien

D: Gusto en conocerla

P: Igualmente pues

D: Cuénteme, ¿ desde cuando usted está acá hospitalizada ?

P: Desde anoche a las dos de la mañana

D: ¿ Desde anoche ?, ya

D: Cuénteme ¿ usted es casada, soltera ?

P: Soy viuda

D: ¿ Usted es viuda ?

P: Hace 41 años

D: ¿ Cuántos hijos tuvo usted ?

P: 4 hijos

D: ¿ Cuatro hijos ?, ya

D: ¿ De qué procedencia es ? ¿ de dónde es usted ?

P: De Gorbea

D: De Gorbea, ya

D: Cuénteme, ¿ usted ha tenido en su vida alguna enfermedad importante?

P: Bueno, operaciones, me han hecho operaciones pero no acá en Chile, me operaron de prolapso en la Argentina; bueno después estuve ocho años allá y después regresé acá y aquí estoy, cuidando a mi mamá que está viejita, tiene 100 años

D: ¿ Usted trabajó alguna vez en algo, tuvo alguna actividad, o era dueña de casa ?

P: Toda la vida trabajé en casa

D: ¿ Trabajo arduo?

P: Toda la vida cuidé a mis hijos, pero esta cosa que me ha dado no sé siempre lo he sentido, siempre me ha dolido mucho la... aquí

D: Volviendo un poco atrás en la enfermedades que usted ha tenido, ¿ alguna hospitalización, aparte de alguna enfermedad quirúrgica, ya sea aparte de operaciones ha tenido?

P: No, eso no más

D: ¡ No !

P: No, porque por las puras operaciones, me he operado de la glansea y esa son las cuatro operaciones, cuatro veces me he operado, he estado acá por la glansea. Las otras fueron por dos veces estuve en la glansea hospitalizá, pero...

D: Ya, cuénteme y ¿ enfermedades al corazón, a los pulmones ?

P: Eh... no siempre...

D: ¿ No ?

P: No siempre, fui como le dijera, nunca he sufrido deso, pero ahora me ha venio...Yo mucho tiempo que estoy... porque cada vez que me he operado.

D: ¡ Ya !

P: No me podían operar con anestesia local

D: ¡ Ya !

P: Porque sería por el corazón, porque una vez me operaron y me estaba quedando yo...

D: ¡ Ya !

D: Pero, ¿ nunca supo bien porqué se produjo eso?

P: No pu, yo no sabía pero bueno, yo me imaginaba que era por...

D: ¿ Usted quedó en control con algún médico después, en forma permanente?

P: No,

D: ¿ No toma medicamentos para algo?

P: Si pu pa la diabetes

D: ¡ Si !, ¿tiene diabetes? ¿y de cuando que tiene diabetes? ¿cuándo le dijeron que tenía diabetes ?

P: Ya hace unos tres años será

D: ¿ Tres años ?

D: ¡ Ya !

P: Tres años que me quise hacer un chequeo, entonces de ahí salió

D: ¿ Y fue aquí en Chile ?

D: ¿ Usted se trata en algún consultorio?

P: Si, allá en Gorbea

D: ¿ Tomando medicamentos ?

P: Si, me dan pá' la diabetes

D: ¿ Se acuerda cuales son para la diabetes ?

P: Eh... son las glibencaminas

D: ¿ Glibencaminas ?

D: ¿ Cuántas veces al día toma ?

P: Dos veces, mañana y tarde. Y la... esas solbillas que son pá' la presión y el corazón

D: ¡ Ya, también !

D: ¿ Usted hace algún tipo de régimen además para la diabetes de repente ?

P: Por su puesto, tomo agua de remedios, yerbitas de... y cosas

D: ¿ Alguna cosa que no pueda comer por la diabetes ?

P: Estoy tomando sacarinas porque, la azúcar es la...

D: Ya, ¿ no puede comer azúcar ?

P: No

D: ¿ Usted sabe si le han dicho si tiene presión alta ?

P: Siempre que me toman la presión en el hospital, me dicen tiene 14, tiene 12, tiene 18, hey tenía hasta 20.

D: ¿ Y qué toma aparte de las glibencaminas y superdimides, alguna otra cosa ?

P: Si, eso nomás y las aspirinitas.

D: ¿ Aspirinas todos los días ?

P: Si, esas aspirinitas

D: ¿ Usted fuma ? ¿ fumaba en la antigüedad ?

P: No, jamás he tomado un cigarrillo

D: ¡ Ya !, alcohol ¿no lo consume?

P: No

D: Ya

D: Y usted, ¿ cuántas cuerdas habitualmente puede caminar sin cansarse ?, digamos a paso normal

P: Unos 20 minutos digamos

D: Ya

P: 20 minutos me demoro de mi casa al hospital

P: Camino continuadamente

D: ¡ Si !

P: Pero claro que ya voy... ya llego ya...

D: ¿ Un poco cansada ?

P: Si

D: ¿ Y usted estaba sana hasta cuando digamos? ¿cuándo comenzaron las molestias?

P: Eh... ayer en la mañana

D: ¡ Ya !

P: Yo amanecí con este dolor

D: ¿ Y usted antes los había tenido ?

P: Si había tenido, pero yo cada vez yo me... cómo le dijera yo no puedo irme al hospital por mi mamá, yo la cuido, no puedo...

D: ¿ Su mamá está enferma ?

P: Si, ella también tiene diabetes y es viejita, tiene 100 años, es como una guagua

D: Este dolor que usted tiene ¿ cuándo fue la primera vez que lo comenzó a sentir ?

P: Hace harto tiempo

D: ¿ Meses ?

P: Si, como le dijera, hace harto tiempo como más de un año

D: ¿ Más de un año ?

P: Si, si yo les decía mírenme como aquí me salta esto. Y un dolor que parece que me pinchaban agujas, pero después solo me... ya calmaba, me ponía aguita así

D: En general, ese dolor que sentía usted cerca del cuello, del pecho así ¿ en que parte lo sentía?

P: Yo aquí... en ésta parte y va hacia arriba

D: ¡ Ya !, se le iba hacia arriba... ya y en general ¿ cuándo lo presentaba ?, ¿ cuándo usted estaba sentada ?, ¿ cuándo hacía alguna actividad ?, ¿ cuándo caminaba ?

P: Eh... siempre casi amanezco con el dolor

D: ¿ Amanece con el dolor ?

P: Si, amanezco y estoy todo el día con el dolor

D: ¿ Todo el día con el dolor ?, ¿ y se le pasa con algo el dolor ?

P: Si, de repente ya...

D: ¿ Se le pasa con algo el dolor ?

P: No, no tomo ninguna cosa

D: ¿ No toma nada ?, ¿ se le pasa solo ?, ¿ le aumenta el dolor con algo ?

D: ¿ Hay algo que le provoque más dolor ?

P: No

D: Y usted, ¿ ha notado que tiene algún cambio al caminar o al hacer algún esfuerzo ?

P: Por su puesto, siempre se agita..., se siente agotada..., no hace mucho, no hará dos semanas atrás, estuve sacando el pasto en mi casa, perdí la fuerza de esta mano

D: ¿ Del brazo derecho?

P: Si, todo el lado y no sentí y en seguida no pude más, se cayó nomás

D: Durante la última semana ¿ como había estado usted ?

P: Había estado bien, con ánimo

D: Bien, bien ¿ hasta ayer ?

P: Pero después de esa cosa que me dio, se me pasó y seguí pu

D: ¿ Me podría contar un poco que es lo que fue esa cosa que le pasó ?

P: Bueno, yo estaba cortando el pasto, esas cosas que se yo, ya pero me demoré tres horas ya en hacer ese trabajo

D: ¿ Ayer fue eso ?

P: No

P: Hace como dos semanas atrás, en seguida comencé a perder fuerza en la mano, me fui a la casa, me tomé un vaso de leche, me acosté o sea me recosté encima de la cama nomás, en seguida me estuve hasta que empecé a sentir que ya se me fue relajando el cuerpo se me calmó pero igual quedé...

D: Ya, ¿ el brazo derecho ?

P: Si, éste

D: ¿ Y tuvo algún otro dolor aparte del brazo ?

P: Si, en la cabeza, la cabeza, la espalda...

D: ¿ Eso fue hace dos semanas ? ¿ y después como se sintió usted el tiempo que ha pasado hasta ahora?

P: Estaba harto bien hasta ayer

D: ¿ Ayer hasta que hora tuvo problemas ?

P: No púh, si amanecí así

D: ¿ Amaneció así ?

P: Si

D: ¿ Qué pasó ?

P: Yo amanecí en la mañana con mucho dolor aquí, cada vez me dolía más

D: ¿ Usted despertó, o el dolor la despertó ?

P: No, yo tuve que levantarme en la mañana temprano porque a mi mamá le colocan insulina

D: Ya

P: Entonces tengo que levantarme para que la pinchen, la pinchan y entonces yo le doy inmediatamente el desayuno y entonces yo ya ahí tengo que quedarme en pie nomás

D: Si y ¿ usted despertó con alguna molestia ?

P: Claro, con el dolor ya igual nomás

D: ¿ Dónde viene el dolor más menos ?

P: Aquí

D: Ya, acá al lado ¿ ya era al lado derecho?

P: Claro, si

D: ¿ O en el cuello ?

P: No, aquí donde me salta esa venita

D: Ya, y ¿ se le va a algún lado el dolor ?

P: No

D: ¿ Sólo aquí en el cuello ?

P: Si, y se me va... siento el dolor acá

D: Hacia el pecho

P: Claro

D: El dolor de 1 a 10 digamos que siendo el 10 el máximo, ¿ cuánto habrá sido ?, en cantidad de dolor me refiero.

P: Como le dijera que el 10 y el 10 tuvo hasta que llegué al hospital

D: 10, ¿ un dolor insoportable ?

P: Si y por eso tuve que ir al hospital

D: ¿ Tuvo alguna molestia en ese momento... ahogo, náusea, vomito ?

P: No

D: ¿ Nada ?

P: Ese puro dolor

D: Y, ¿ cuánto rato dejó pasar antes de ir al hospital ?

P: Todo el día porque yo tengo mi hijo que trabaja y llegó en la tarde y ya después le di la once-comida y ya después no pude

D: Pero usted pudo hacer todas sus cosas a pesar de ser el dolor insoportable

P: Si

~ ~

P: Lo hacía igual nomás

D: ¿ Pero era un dolor fuerte ?

P: Claro, fuerte

D: Y ¿ se calmó en algún momento del día ?

P: No, no se me calmó, ya me empezaron a medicinar en el hospital

D: ¿ Usted llegó al hospital ?

P: Si, al hospital

D: ¿ Al hospital de Gorbea ?

P: Si, allá al que vamos siempre

D: ¿ La llevaron en ambulancia o fue usted caminando ?

P: No, no fui caminando pero ya no podía ni caminar casi

D: ¿ Y quedó hospitalizada ?

P: Si, inmediatamente

D: ¿ Anoche ?

P: Anoche

D: ¿ Qué le dijo el médico anoche ?

P: Una doctora, mire no me dijeron nada que ya llévenla para allá; me empezaron a hacerme dos electro inmediatamente y uno antiguo que tenía yo mi nieto me lo fue a buscar a la casa y me lo evaluaron.

D: ¿ No le dijeron si tenía alguna enfermedad, algún diagnóstico ?

P: Si, todos me dijeron cosas, de que salían de cosas de...como es la palabra...

D: ¿ Salían malos ?

P: Eh, si por decir así

D: ¿ Y cuándo estuvo en el hospital, el dolor se pasó, estuvo mas mejor ?

P: Se me calmó

D: ¿ Se le calmó ?

P: Se me calmó con todo lo que me dieron

D: Ya

P: Me dieron medicamentos púh

D: ¿ Y cuándo decidieron mandarla acá a este hospital ?

P: Anoche mismo púh...anoche mismo si yo llegué como a la 1 haber no, eran las 9 y 20 por ahí

D: Ya

P: Cuando llegué, y como no estaba la ambulancia se esperó hasta esa hora pá'

D: ¿ Y cómo se ha sentido hasta hoy ?

P: Bueno, me sentí bastante anoche, me sentía mal toda la noche, no dormí, por eso ahora tenía sueño

D: ¿ Y ha vuelto a tener el dolor durante la noche ?

P: Leve

D: Leve, ¿ mucho menos que antes ?

P: Si como ahora lo tengo también leve, ahora me duele acá también pero no ese dolor que tenía yo ayer cuando ingresé acá al hospital

ANÁLISIS

Junto al grupo de estudiantes de semiología de tercer año de la carrera de medicina, hicimos las siguientes observaciones:

VARIABLES	OBSERVACIONES
Lenguaje verbal	<ul style="list-style-type: none">- Terminología técnica en exceso- Reiteración sistemática de preguntas- Médico domina demasiado el diálogo- Secuencia lógica semi ordenada
Lenguaje no verbal	<ul style="list-style-type: none">- Uso adecuado de ciertos gestos para fortalecer el entendimiento.- Paciente usaba gestos para indicar zona del dolor
Lenguaje Paraverbal	<ul style="list-style-type: none">- Condiciones incómodas de la paciente.- Se advierte cansancio de la paciente.
Oralidad	<ul style="list-style-type: none">- No procede, particularmente
Aspectos Socioculturales	<ul style="list-style-type: none">- Corresponden a un paciente típico del Hospital regional de Temuco.
Interpretaciones	<ul style="list-style-type: none">-las evidencias de signos y síntomas permiten llegar a interpretaciones adecuadas.
Conjeturas	<ul style="list-style-type: none">-La indicación de hipótesis también es adecuada.
Interpretaciones sospechosas u obsesivas	<ul style="list-style-type: none">-en general, el médico no se obsesiona con interpretaciones a priori para guiar sus preguntas.

ACTIVIDAD

Registra tres entrevistas a pacientes y realiza el análisis considerando las mismas variables del recuadro.

CAPÍTULO IV

COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA SALUD: TEORÍAS, MODELOS,
MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA DESARROLLAR DESTREZAS COMUNICATIVAS

***"¡Qué tortura tener que
observar un fenómeno, si
el fenómeno mismo se
modifica con relación al
observador!"***

(KIERKEGAARD, 1845)

CAPÍTULO IV

COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA SALUD: TEORÍAS, MODELOS, MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA DESARROLLAR DESTREZAS COMUNICATIVAS

Importancia de disponer de una metodología orientadora

Para que una organización pueda diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Ello facilita el trabajo en equipo cuando todos los miembros utilizan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones.

A menos que se indique lo contrario, los modelos, métodos y técnicas se sustentan en los trabajos realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y corresponden a la metodología de healthcom: proceso para lograr cambios de comportamiento en materia de salud.

Cuatro características principales de cualquier metodología

La metodología orientadora que se utilice en cualquier organización o unidad de comunicación para la salud debe ser:

Sistemática, estableciendo claramente los pasos a seguir para crear un enfoque comunicativo que funcione

Multidisciplinaria, basándose en los medios de comunicación y los campos de mercadeo social, educación informal, análisis de conductas y antropología médica, entre otras áreas.

Destinada a lograr cambios de comportamiento, logrando no sólo una toma de conciencia o compartir información.

Flexible, permitiendo su aplicación a una variedad de problemas de salud.

Cinco pasos para lograr un buen plan

La metodología que se adopte en comunicación para la salud debe seguir los siguientes cinco pasos para tener éxito. Los pasos son sencillos y pueden aplicarse a todo tipo de programas.

1	ANÁLISIS	De la salud pública, del público al que va destinado el programa, los comportamientos actuales y los que se proponen, así como de los recursos y limitaciones del programa.
2	PLANIFICACIÓN	Del plan de salud pública basándose en la información de que se disponga sobre el tema de salud, del público al que se dirige el programa, de los medios de comunicación y de los recursos disponibles
3	ANTEPROYECTOS Y BOCETOS, VALIDACIÓN Y PRODUCCIÓN	De los materiales apropiados, ya sean impresos, de audio, visuales o de asesoría.
4	DIFUSIÓN	Del programa de comunicación y de los grupos que van a facilitar la difusión del servicio
5	SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN	Decidir si el programa se está realizando bien, hacer correcciones a medio camino en la estrategia o en los materiales, evaluar el impacto general del programa y de sus partes.

Seis elementos esenciales

La experiencia adquirida a nivel mundial en las últimas dos décadas también ha servido para identificar seis elementos esenciales que deben considerarse en el desarrollo de cualquier programa para cambiar comportamientos en materia de salud:

1. Planificación orientada al consumidor
2. Decisiones basadas en la investigación
3. Metas específicas de cambio de comportamiento
4. Comunicación a través de múltiples canales
5. Integración de los componentes del programa
6. Equilibrio entre la oferta y la demanda

1. Planificación orientada al consumidor

El consumidor debe ser el centro de cualquier esfuerzo comunicativo. El principal objetivo de cualquier tarea de educación sanitaria es dirigirse a dicho público y ayudarle a adoptar costumbres más sanas. Es difícil lograr un cambio de comportamiento sostenido. La toma de conciencia y el compartir información son objetivos mucho más fáciles de alcanzar, pero son simplemente pasos iniciales. En la educación sanitaria el objetivo final debe ser siempre el cambio de comportamiento.

El primer paso para ayudar a la gente es conocerla y entender el entorno físico y social en que vive. Para comenzar este proceso, debemos identificar el segmento de la población a quien se desea ayudar. La mayor parte de los problemas de salud no afectan de igual forma a todos los sectores de la población. Las categorías de edad, origen étnico, lugar, estado nutricional y actividad sexual pueden ayudar a determinar qué parte de la población probablemente sufre ciertos problemas de salud. Una vez que hemos decidido a qué público irán dirigidos los programas, necesitamos saber cómo dicho público ve y describe los problemas de salud que sufre. Luego determinar el conocimiento, actitudes, y hábitos de dicho público respecto a las conductas que se desea cambiar o promover. También debemos conocer los obstáculos con que el público se enfrenta para adoptar los nuevos comportamientos y los beneficios de dicho cambio de conducta.

2. Decisiones basadas en la investigación

La investigación puede ser una forma efectiva de "escuchar" a la gente a incorporar sus ideas y opiniones en el proceso de planificación del programa. Una combinación de investigación cualitativa y cuantitativa probablemente facilitará la gama de información y los conocimientos necesarios para tomar decisiones con mayor grado de exactitud. Los sondeos de opinión, las entrevistas en profundidad, las observaciones de conductas y los grupos focales son algunos de las herramientas de investigación que han resultado más útiles en muchos programas.

3. Metas específicas del cambio de conductas

Es fundamental identificar exactamente los cambios de conducta que las personas a quienes van dirigidos los programas necesitan adoptar para lograr un estilo de vida saludable, y deben estudiar la viabilidad de llevar a cabo las nuevas conductas en el ambiente en que dichas personas se desenvuelven, antes de empezar a promover el cambio en el público. Una conducta, como puede ser lavarse las manos

que es fácil de adoptar en los hogares de familias acomodadas (donde el agua, el jabón y las toallas están a la mano), resulta mucho más fácil de establecer que en las comunidades de escasos recursos. Cuando se pide a la gente que haga cosas imposibles, el fracaso está casi asegurado. Las conductas que se promuevan tienen que ser prácticas, y las instrucciones que se den al público deben ser fáciles de cumplir y de entender.

4. Comunicación a través de múltiples canales

Los programas de comunicación a gran escala, utilizan una combinación de medios, como los medios electrónicos, la prensa y las relaciones interpersonales. El comunicador tiene que entender las ventajas y desventajas de cada medio para hacer llegar sus mensajes al grupo de consumidores a quienes desea dirigirse. Entre los criterios que se pueden aplicar para determinar si un medio de comunicación es apropiado para dirigirse a un público concreto están los siguientes:

1. **Alcance:** el porcentaje del público que dicho medio puede cubrir.
2. **Frecuencia:** las veces que el público estará expuesto a los mensajes que le envíe por ese medio.
3. **Efectividad:** si el medio es apropiado para transmitir el tipo de mensaje que desea enviar.
4. **Costo:** los gastos de usar dicho medio.

Aunque las relaciones interpersonales pueden ser muy efectivas para convencer a la gente de que adopte nuevas conductas, los medios de comunicación pueden llevar el mensaje a más gente.

Cualquiera que sea el medio que se use, la clave es elegir el mensaje apropiado y probar previamente los materiales de divulgación con una muestra de la población a la que van dirigidos, antes de proceder a la producción en forma masiva y a su distribución. Es "arriesgado" tratar de ahorrar tiempo y dinero saltándose el paso de la validación, ya que dichas pruebas pueden representar la diferencia entre el éxito y el fracaso del programa. El costo relativamente pequeño de llevar a cabo pruebas

previas asegura que no se malgaste la inversión en el diseño de materiales, producción y distribución, que supone un gasto de mayor envergadura.

5. Integración de los componentes del programa

El impacto de un programa de comunicación se incrementa cuando existe una coordinación entre todos los componentes del mismo, incluyendo los sistemas de difusión.

6. Equilibrio entre la oferta y la demanda

La creación de demanda no tiene sentido si no estamos preparados para ofrecer los servicios que se promueven mediante las actividades de comunicación.

Al utilizar la ciencia de la comunicación moderna para enseñar nuevos conocimientos y conceptos a los padres, los proveedores de servicios de salud y los encargados de establecer políticas (de forma apropiada a su cultura individual), pueden fomentar la supervivencia y el crecimiento saludable de los niños. Esta integración innovadora de los medios de comunicación y las relaciones interpersonales ofrece probablemente las mayores posibilidades de reducir e impedir la morbilidad infantil en los países en vías de desarrollo.

El primer paso puede ser inculcar la idea de la planificación orientada al consumidor, y conseguir que el personal de la organización acepte la filosofía de que todos los programas y materiales tienen que ser creados teniendo muy claras las necesidades, creencias, actitudes, y comportamientos del consumidor. Una vez que se adopte dicha filosofía el proceso de planificación debe resultar más efectivo.

¿ Cómo podemos planear nuestro programa de comunicación para la salud ?

Un programa de comunicación no se basa en una decisión rápida de colocar carteles y preparar folletos sobre un programa de salud, sus causas y los remedios que se propongan, sino que deberá cimentarse en una metodología que requerirá una aplicación sistemática y cuidadosa.

Estos componentes del programa siguen una secuencia que comienza con la investigación operacional de un problema de salud específico, desde el punto de vista de quienes lo sufren, lo comparten y tienen que lidiar con él; es decir el público a quien va dirigido el programa. Los resultados de la investigación indicarán las creencias y conductas de tipo sanitario de dicho público que servirán de base para definir las conductas que el programa tratará de promover. Las nuevas conductas serán expresadas en mensajes específicos con objetivos concretos.

Los mensajes se convertirán en materiales de información mediante la síntesis para la fase creativa, la cual permitirá validar dichos materiales en el trabajo de campo; y la producción profesional de dichos materiales de comunicación se basará en los resultados de la validación.

Una vez que estén listos los materiales, el sistema de difusión asegurará la distribución y divulgación de los mensajes. Un sistema de supervisión permitirá observar lo que ocurre durante la aplicación del programa, para ver si las actividades están desarrollándose de acuerdo con la estrategia y el plan.

EJEMPLO

Esquema del plan de comunicación sobre un proyecto de vacunación.

Extraído del documento Herramientas para Desarrollar Destrezas en Comunicación para la Salud (ROBERTS, A.; PAREJA, R. et al., 1995), de la OPS.

Identificar las necesidades de investigación operacional

A. Definición del problema: índices bajos de vacunación en niños de un año de edad que tienen el mayor riesgo de no sobrevivir enfermedades infecto contagiosas, especialmente el sarampión.

1. ¿Por qué este problema y no otros?

Enfermedades infantiles serias, algunas de las cuales pueden ser mortales.

Posibles epidemias si los niveles de vacunación no son suficientemente altos.

2. ¿A quién afecta?

A los niños, especialmente a los que tienen menos de un año de edad y un nivel socioeconómico medio y bajo.

3. ¿Cuáles son las causas del problema?

Servicios de vacunación poco regulares o imprevisibles en los pueblos.

Falta de asistencia a los centros de salud donde administran vacunas.

Temor a los efectos secundarios.

4. ¿Qué creencias, actitudes y comportamientos actuales contribuyen al problema o a las posibles soluciones del mismo?

Las madres y los padres no conocen las edades en que los niños deben ser vacunados.

¿Qué vacunas han recibido ya?.

¿Cuándo les pusieron las vacunas?.

El personal de salud no proporciona información a las madres y los padres sobre las fechas de las vacunas y los efectos secundarios.

B. Cómo determinar a qué público irá dirigido el programa

1. ¿Quién sufre más las consecuencias del problema?

Los niños de menos de un año.

2. ¿Quién puede responder mejor al programa (público principal)?

Las madres y los padres de niños de menos de un año de edad que hayan vacunado a sus hijos por lo menos una vez.

3. ¿Quién puede apoyar el cambio de conducta de dicho público principal?

El personal de asistencia médica y los líderes de la comunidad.

C. Definición de las conductas factibles para cada público

1. ¿Cuáles son las conductas que se desea obtener?

Que los padres lleven a vacunar a sus hijos, según un calendario de vacunas.

2. ¿Cuáles son las conductas actuales?

Los padres esperan a que el equipo administrador de vacunas llegue a su comunidad y generalmente no completan el programa de vacunas de sus hijos.

3. ¿Cuáles son las conductas factibles que debe promoverse?

Los padres deben vacunar a sus hijos cinco veces antes de que alcancen un año de edad.

D. Diseño del plan de investigación

1. ¿Qué necesita saber?

Por qué los padres no completan el programa de vacunas de sus hijos y qué les motivaría a hacerlo.

2. ¿Quién llevará a cabo la investigación?

El equipo de epidemiología y el personal que éste contrate temporalmente con la asistencia técnica de especialistas en investigación.

3. ¿Qué tipo de investigación / cuándo?

Sondeo de cobertura cuantitativa de vacunas, llevado a cabo simultáneamente con un estudio de conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas.

Diseño de la estrategia de comunicación

A. Definición de los objetivos de comunicación

Hacer que el público entienda mejor las edades en que deben colocar las vacunas a sus hijos y el número de las mismas. Y hacer que participen activamente.

Aumentar el uso de instalaciones fijas para la vacunación de los niños antes de que alcancen un año de edad.

B. Creación de los mensajes

Conductas factibles

Las madres deben vacunar a sus hijos lo antes posible después de que nazcan.

Si las madres están preocupadas por la reacción que los niños puedan tener a las vacunas (fiebre, diarrea, cicatrices) deben solicitar consejo al personal de asistencia médica.

Productos

Vacunas, tarjetas de vacunación, hojas de vacunación con dibujos, adhesivos, carteles.

Servicios

Vacunas, orientación, asesoría individual.

Precio

Cómo se obtienen, dónde (traslados, etc.).

C. Desarrollo de una estrategia creativa

Si su hijo recibe todas las vacunas podrá sobrevivir y ayudarlo cuando usted sea viejo.

D. Seleccione la forma de comunicación (más efectiva)

Relaciones interpersonales (personal de salud).

Capacitación (con un video sobre cambio de comportamiento) y supervisando a dicho personal para mejorar su servicio / comunicación.

Radio (series y canciones) materiales con dibujos (hoja de vacunas con ilustraciones).

E. Preparar la síntesis de la fase creativa para el programa de radio

La estrategia de comunicación es la base para diseñar y producir la serie de radio y los materiales de apoyo. El programa de radio estará basado en los mismos mensajes claves de dichos materiales para reforzar su efecto.

F. Selección de la mezcla de medios de comunicación

Todos los medios de comunicación servirán para reforzar la comunicación cara a cara.

Debido a que pocas personas del público a quien se desea dirigir el programa ven televisión, no se utilizará la televisión como medio.

Los mensajes del rotafolio y de la serie de radio son muy similares.

Diseño de los materiales preliminares

A. Material impreso (ejemplo)

- a. Qué tipo
- b. Objetivo
- c. Contenido
- d. Plan antes de ser sometido a prueba
- e. Número
- f. Producción final de los materiales

B. Uso del sistema de difusión

- a. Productos
- b. Servicios
- c. Uso de los medios de comunicación

C. Supervisión y evaluación

- a. Mecanismos de supervisión
- b. Evaluación

Un plan de comunicación para la salud consiste en:

1. Investigación operacional para definir el público y las conductas factibles
2. La estrategia para definir los objetivos de comunicación, los mensajes, y la síntesis para la fase creativa

4. Sistemas de presentación para distribuir los materiales
5. Supervisión y evaluación para asegurar la ejecución del plan

¿Cómo definimos el problema de salud?

Generalmente, el Ministerio de Salud, informado sobre los problemas del área que desea sean abordados, selecciona uno que crea que puede manejar bien y sobre el que tiene datos de investigación epidemiológica que le ayuden a tomar la decisión.

Pero incluso si le asignan un problema de salud tendrá que decidir qué parte del mismo va a abordar en su plan de comunicación.

ACTIVIDAD 1

Definición del problema de salud

La epidemiología del problema (mortalidad, morbilidad, frecuencia, lugar geográfico, así como ¿qué está pasando, dónde y cuándo, con qué efectos?

1. ¿Cuáles son los factores problemáticos?

2. ¿Qué condiciones de servicio y oferta contribuyen al problema?

3. ¿Cuáles son los obstáculos que se anticipan?
 - a. Económicos
 - b. Sociales
 - c. Culturales
 - d. Otros

¿Cómo podemos identificar los segmentos de población que hay que investigar, teniendo en cuenta el problema de salud que deseamos abordar?

El público principal de la investigación consta de: (a) las personas que son más afectadas por el problema, (b) las que responden mejor a los intentos de cambios de comportamiento; y (c) las personas a quienes se puede llevar el mensaje con mayor facilidad. Probablemente tenga que hacer su investigación sobre más de uno de estos grupos debido a que con frecuencia no coinciden.

El público secundario es: (a) otras personas que puedan ayudarle a descubrir formas de influir sobre el público principal; y (b) sus aliados, es decir, los encargados de formular políticas, los líderes de la comunidad y las autoridades sanitarias.

Algunas dificultades con los públicos para la adopción de comportamientos saludables

- Falta de uso por ignorancia.
- Falta de uso consciente
- Uso a modo de prueba,

¿Cómo podemos influir en el público para que adopte una conducta nueva?

El cambio de comportamiento es algo difícil. Si una persona le dijera que dejara de fumar o que usara condones, ¿lo haría por el simple hecho de que se lo aconseja?. Piense en algún momento de su vida en que cambió de comportamiento: ¿lo hizo porque alguien se lo pidió?, o ¿decidió cambiar después de tener en cuenta cierta información?. Algunas consideraciones para el cambio son: (a) los obstáculos con que se encuentra y los beneficios que podía tener si adoptaba el nuevo comportamiento; (b) si tenía los suficientes conocimientos y la confianza para poder cambiar; (c) el impacto que dicho cambio iba a tener en su entorno; y (d) lo que tendría que hacer o iba a necesitar, como servicios o materiales, para poder cambiar de conducta.

Factores que influyen en el cambio de comportamiento

- 1. Los resultados que se espera.** Es decir, las consecuencias positivas o negativas que uno espera de un cambio de conducta.
- 2. Intención.** El compromiso o la firme intención de adoptar el nuevo comportamiento.
- 3. Imagen de sí mismo.** La nueva conducta tiene que ser compatible con la imagen que uno tiene de sí mismo.
- 4. Autoeficacia.** El convencimiento de poder adoptar la nueva conducta.
- 5. Emociones.** Los sentimientos positivos (placer, entusiasmo, diversión) o negativos que se esperan si se adopta la nueva conducta.
- 6. Percepción de la normativa social.** La presión social (de toda la sociedad o de parte de ella) para adoptar o dejar de adoptar una conducta, así como la reacción que se espera de la comunidad si se adopta la nueva conducta, y si se piensa que dicha conducta está en oposición a una normativa social en existencia.
- 7. Los servicios de salud.** El tipo de servicios que proporciona el centro de salud constituye un obstáculo o una ventaja para el cambio de comportamiento (como, por ejemplo, una experiencia positiva).
- 8. Conocimiento.** El conocimiento que el segmento de población a que va dirigido el programa de comunicación tiene sobre el problema de salud, y lo que sabe sobre la forma correcta de enfrentar dicho problema.
- 9. Compatibilidad de comportamientos.** Si dicha población cree que la nueva conducta es consecuente con la forma en que actúa normalmente, y si realiza conductas que sean similares u opuestas.

ACTIVIDAD 2

Utilizando el siguiente cuadro, analice los factores que influyen en la conducta, a propósito de alguna campaña específica, realizada recientemente.

ENFOQUE CONDUCTISTA	BENEFICIOS	OBSTACULOS	ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN
Los resultados que se esperan			
Intención			
Imagen de si mismo			
Conocimientos			
Autoeficacia			
Emociones			
Percepción de la normativa social			
Otros factores			
Servicios de salud			
Conocimiento			
Compatibilidad de conductas			

¿ Cómo elegimos los medios de comunicación que vamos a usar en nuestro programa ?

Tipos de medios de comunicación

Comunicación en el ámbito personal. Abarca las conversaciones cara a cara, las distribuciones en el seno de la comunidad, las visitas a los hogares, las discusiones en grupo, la orientación individual, los grupos de teatro locales en que existe una interacción con el público, los espectáculos de marionetas, los festivales locales de música.

Medios gráficos y audiovisuales. Folletos, carteles, anuncios en el lugar de compra, cintas video, diapositivas, rotafolios.

Medios de comunicación. Radio, televisión, periódicos, revistas, películas, anuncios en carreteras.

Tradicional. Presentaciones teatrales, canciones espectáculos de marionetas, teatro con la participación de miembros de la comunidad, celebraciones (este tipo de actividades también pueden ser un tipo de comunicación a nivel interpersonal).

Internet. Uso de ciertas páginas web y redes como los telecentros instalados en comunas rurales.

Puntos a favor y en contra de cada medio de comunicación

COMUNICACIÓN A NIVEL PERSONAL	
A FAVOR	EN CONTRA
<ul style="list-style-type: none">- Da credibilidad al mensaje- Proporciona información detallada- Ayuda al público a adquirir destreza en tareas complejas, mediante demostración y ejemplo- Pueden tratarse temas sensibles o personales- Crea apoyo a nivel comunitario para la adopción de nuevas conductas e ideas, o el uso de nuevos productos- Motiva al individuo- Contrarresta ideas y creencias	<ul style="list-style-type: none">- Toma mucho tiempo- Solamente se puede entrar en contacto con un número reducido de individuos- Hay que capacitar al personal para que sepa hacerlo y prestarle apoyo sobre el terreno- El diseño del mensaje es de vital importancia

<ul style="list-style-type: none"> - Incluye al público en un proceso participativo - Permite una evaluación inmediata de la reacción a nuevos mensajes 	
---	--

MEDIOS GRAFICOS Y AUDIOVISUALES	
A FAVOR	EN CONTRA
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionan recordatorios oportunos - Atraen la atención del público en el lugar donde se muestran - Facilitan información básica sobre el producto y sus beneficios - Demuestran los pasos de la conducta - Proporcionan información compleja - Están a mano y pueden volver a usarse - Sirven de apoyo para la comunicación a nivel personal - Proporcionan información exacta y estándar - Puede producirse localmente - Permiten saber inmediatamente la reacción del público - Dan confianza y credibilidad a la persona que comunica el mensaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede que no sean efectivos en función de costo - Con frecuencia se usan fuera del contexto cultural o educativo - Se necesita especial habilidad para poder usarlos o mostrarlos adecuadamente

MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA	
A FAVOR	EN CONTRA
<ul style="list-style-type: none"> - Permiten comunicarse con muchas personas a la vez - Permiten repetir los mensajes frecuentemente - Crean una demanda del producto o servicio - Refuerzan mensajes importantes difundidos en la comunicación a nivel personal y por los medios impresos - Dan prestigio al programa y sus mensajes - Introducen y mantienen nuevas normas sociales - Proporcionan información de forma oportuna - Promueven un diálogo en la comunidad - Utilizan la opinión de personas con influencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Su alcance en zonas rurales es limitado - Es difícil coordinar la diseminación de mensajes con la prestación del servicio - Es difícil adaptar los mensajes a diferentes públicos - Es difícil saber la reacción del público - Se necesita tener una fuente de energía eléctrica - Se necesita acceso a la radio y la televisión

TRADICIONALES	
A FAVOR	EN CONTRA

<ul style="list-style-type: none">- Usan formas de comunicación tradicionales aceptables- Presentan el mensaje de salud en un contexto familiar- Utilizan profesionales a nivel local y atraen la participación de la comunidad- Cuestan menos	<ul style="list-style-type: none">- Permiten ponerse en contacto con un sector del público relativamente pequeño- Puede que no estén disponibles cuando se necesitan- Hay muy poca gente capacitada para usarlos- Exigen una inversión para proporcionar capacitación y apoyo
---	--

Características de los medios de comunicación

	TELEVISIÓN	RADIO	REVISTAS	PERIODICOS	INTERNET
RECEPCIÓN (CANTIDAD)	En teoría es el medio que puede contactar al mayor número de público, pero es el medio más caro.	El uso de varios formatos permite mayores posibilidades para contactarse con diferentes públicos.	Puede dirigirse a segmentos del público (por ejemplo, mujeres jóvenes, adultos).	El mensaje llega a un grupo heterogéneo.	Es un medio con acceso limitado al uso de ciertas tecnologías y costos derivados
COBERTURA	Habitualmente ofrece programas específicos para tratar contenidos de interés social.	Habitualmente ofrece programas específicos para tratar contenidos de interés social.	Existen revistas especializadas en contenidos de interés social.	El espacio para contenidos de interés social es escaso.	Permite la circulación de cualquier información, pero la visibilidad no es fácil.
RECEPCIÓN (CALIDAD)	El efecto visual y auditivo facilita un contacto a nivel emotivo. Es más fácil demostrar conductas.	El mensaje auditivo es menos intrusivo.	El mensaje puede concentrarse más en hechos, ser más detallado y presentarse de forma más racional.	Establece pautas en la opinión pública, pues los temas están más agendados y seccionados, temporal y espacialmente.	El mensaje puede llegar por vías diferentes (visual, auditiva, audiovisual).
PERTINENCIA DE LA INFORMACIÓN	Se puede llevar el mensaje a un tipo de público que probablemente no acceda a otras fuentes.	Se puede llevar el mensaje a un tipo de público que probablemente no acceda a otras fuentes.	El público puede recortar, releer y estudiar el material.	Proporciona acceso a informes detallados a un grupo heterogéneo.	Teniendo el acceso tecnológico, se puede llegar por diferentes redes.
USO DE LA INFORMACIÓN	Uso pasivo. El televidente debe estar muy atento cuando se envía el mensaje y probablemente la atención no sea total.	Generalmente es un uso pasivo, aunque puede haber más intercambio con el público.	Se vuelven a consultar y se comparten.	Son de vida corta; no se vuelven a leer ni compartir.	La información es muy dinámica y se puede actualizar permanentemente.
COSTOS	Los mensajes son caros de producir y distribuir.	La difusión en directo es flexible y económica. Los mensajes deben ajustarse al formato de la emisora.	La producción de anuncios de interés público es económica.	Los de pequeña circulación aceptan ciertos anuncios, pero deben tener interés como noticia.	La difusión es económica.

Hacia una comunicación para la salud: algunos modelos y teorías de comunicación en salud

El modelo de etapas del cambio.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
PRE-CONTEMPLACIÓN	El paciente no es conciente del problema	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambiar, dar información personalizada sobre riesgos y beneficios.
CONTEMPLACIÓN	Se está pensando en cambiar pronto	Motivar y alentar a realizar planes específicos
DECISIÓN / DETERMINACIÓN	Se trazan planes para cambiar	Ayudar a preparar planes de acción concretos, fijando metas graduales.
ACCIÓN	Se implementan los planes específicos	Ayudar con retroinformación, solución de problemas, apoyo social, refuerzo.
MANTENIMIENTO	Se siguen acciones deseables, se repiten los pasos recomendados.	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, hallar alternativas, recordatorios, hallar alternativas, fallas/recaídas (según corresponda).

El modelo de creencias de salud

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
SUSCEPTIBILIDAD percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una afección.	Definir población en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo, destacar la susceptibilidad percibida.
GRAVEDAD percibida	Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.	Establecer las consecuencias específicas del riesgo y de la afección
BENEFICIOS percibida	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad de la afección	Definir medidas: cómo, dónde, cuándo. Aclarar los efectos positivos que se esperan.
BARRERAS percibida	Opinión sobre los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada	Identificar y reducir barreras, tranquilizando e incentivando al paciente.
SEÑALES PARA LA ACCIÓN	Estrategias para activar la disposición	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover toma de conciencia, recordar.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de uno mismo para tomar medidas	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

El modelo de procesamiento de la información por el consumidor

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar.	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en forma oral o en materiales impresos
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	Procesos de adquisición y evaluación de la información, afectado por la motivación, atención, percepción.	Proporcionar información de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención y que sea clara.
REGLAS DE DECISIÓN/HEURÍSTICA	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a seleccionar entre diversas opciones	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia.
CONSUMO Y APRENDIZAJE	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones y cómo se utiliza en futuras decisiones	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son "recipientes vacíos"
ENTORNO DE LA INFORMACIÓN	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente	Diseñar información adaptada al destinatario, colocarla en forma que sea cómoda su uso..

La teoría del aprendizaje social o teoría cognoscitiva social

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
DETERMINISMO RECÍPROCO	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; el cambio es bidireccional	Hacer participar al individuo y a personas importantes para él; cambiar el entorno si se justifica
CAPACIDAD CONDUCTUAL	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones	Proporcionar información y capacitación sobre la acción
EXPECTATIVAS	Creencias sobre los probables resultados de la acción	Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en ella	Señalar puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños
APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales	Señalar la experiencia, los cambios de otros. Identificar modelos para emular
REFUERZO	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio, estimular la autorecompensa. Disminuir la posibilidad de respuestas negativas que desestimulan los cambios positivos.

La teoría de la difusión de innovaciones.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
VENTAJA RELATIVA	Grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica o producto al que reemplaza	Señalar los beneficios singulares: valor monetario, conveniencia, ahorro de tiempo, etc.
COMPATIBILIDAD	Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que la adoptarían	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar.
COMPLEJIDAD	Cuán difícil parece entender o utilizar la innovación	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y resulte fácil de usar y de entender
POSIBILIDAD DE PONER A PRUEBA	Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantía de devolución de dinero
POSIBILIDAD DE OBSERVAR	Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad.

El modelo prececer-proceder

PRECEDER

Fase 5 Diagnóstico administrativo y de políticas	Fase 4 Diagnóstico educativo y organizativo	Fase 3 Diagnóstico conductual y ambiental	Fase 2 Diagnóstico epidemiológico	Fase 1 Diagnóstico social
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Factores predisponentes			
Educación sanitaria	Factores de refuerzo	Comportamiento y estilo de vida	Salud	Calidad de vida
Organización normativa	Factores que posibilitan	Ambiente		
Fase 6 Ejecución	Fase 7 Evaluación del proceso	Fase 8 Evaluación del efecto	Fase 9 Evaluación de los resultados	

PROCEDER

El siguiente cuadro sintetiza la utilización de los diferentes modelos, de acuerdo a las necesidades

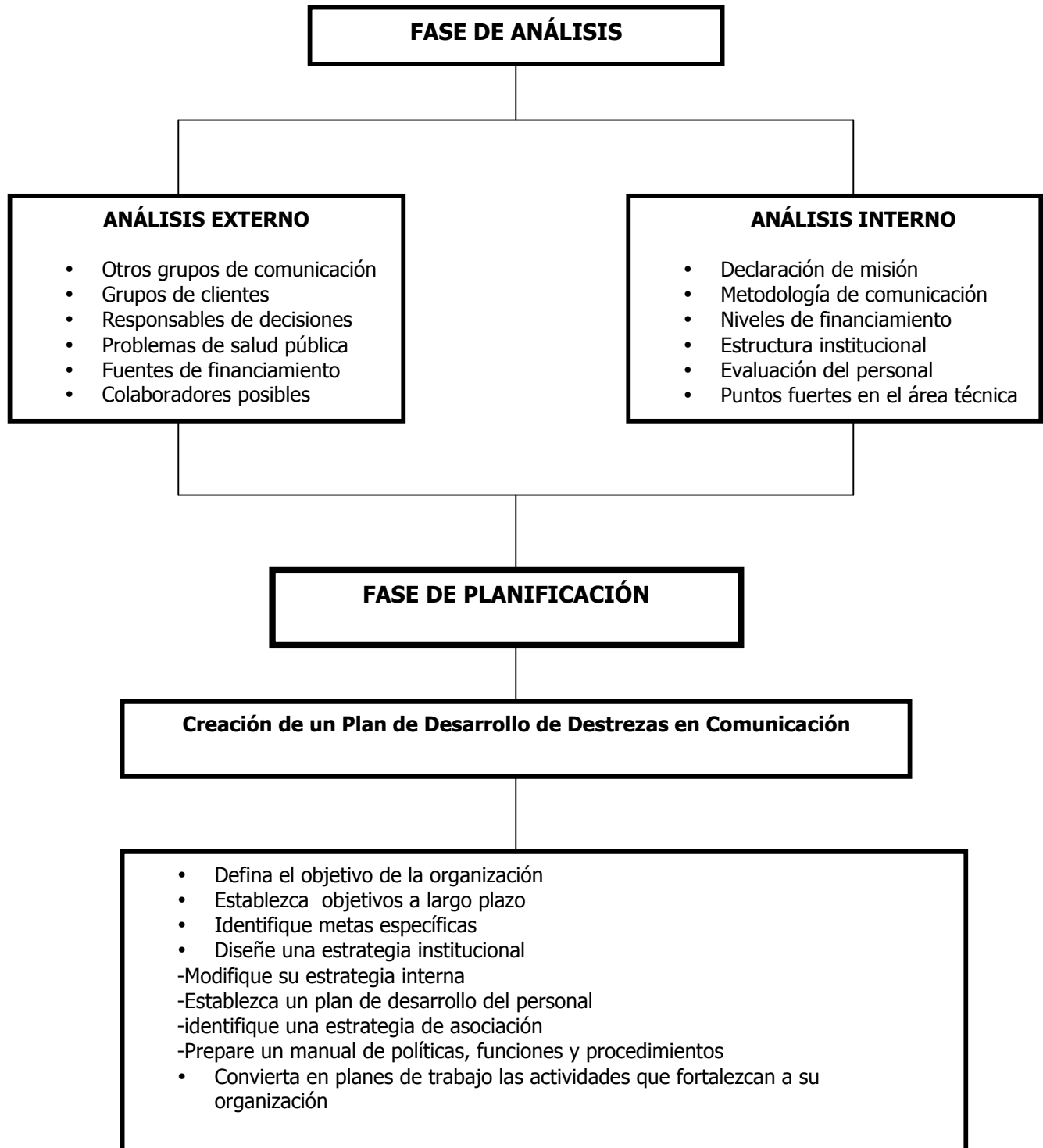
TIPO DE ACTIVIDAD	MODELO(S) A EMPLEAR
Uso de materiales educativos Programas de comportamiento	Modelo de creencias de salud Modelo de procesamiento de información por el consumidor Teoría del aprendizaje social Modelo de las etapas de cambio
Cambios de políticas Cambios normativos Cambios organizativos	Teoría del aprendizaje social Difusión de innovaciones

A continuación, se presenta un esquema de modelación de conductas por medio de información, educación y comunicación

FUNCIONES	PROPÓSITOS PRINCIPALES A QUE SIRVEN	CANALES QUE EMPLEAN USUALMENTE	PÚBLICOS A QUE SE DIRIGEN	PRINCIPALES COMPETENCIAS REQUERIDAS
INFORMACIÓN	Crear un clima general propicio, divulgar conocimientos y forjar actitudes	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia, teléfonos y correo	General, líderes de opinión, forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo	Periodismo, publicidad, relaciones públicas, encuestas de opinión pública, mercadeo social
EDUCACIÓN	Impartir orientaciones y destrezas	Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula	Maestros, estudiantes de primaria y secundaria, estudiantes de universidades e institutos de salud, funcionarios del sector salud	Pedagogía, psicología educativa, técnicas de contacto individual y dinámicas de grupo
COMUNICACIÓN	Divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir prácticas	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia, recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal	Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas	Principios de comunicación para el desarrollo, técnicas de contacto individual, de grupo y de masas, antropología cultural y psicología social.

Proceso para desarrollar destrezas en comunicación

Con el propósito de llevar a cabo un Plan de Desarrollo de Destrezas Comunicativas, presentamos el siguiente esquema (OPS)



CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTA

"Existe un nuevo medio de transmisión de enfermedades; la diseminación masiva de imágenes y palabras...Los estilos de vida no están más condicionados por el clima y la cultura tradicional, sino más bien dependen de la velocidad con que se transmite la información de un país al otro..."

(IPAL. Documento de trabajo para el coloquio sobre "Promoción de Salud y Calidad de vida: estrategias alternativas de comunicación". Lima, 1992).

CAPÍTULO V

REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTA

Algunas reflexiones y propuestas preliminares

Sobre salud intercultural y políticas de salud pública, a la luz de la evidencia cultural mapuche.

A continuación presentamos algunas propuestas, según los alumnos mapuches que estudian la especialidad de Salud Intercultural en el Liceo Guacolda de Chol-Chol:

- Que la sociedad occidental acepte y ayude a recuperar la medicina de los pueblos originarios como patrimonio cultural propio.
- Que las autoridades sepan y declaren la importancia que tiene mantener la medicina mapuche.
- Que existan encuentros de conocimientos de ambas medicinas.

Algunas consideraciones sobre políticas públicas en comunicación para la salud, a partir de experiencias

Siguiendo la lógica de este manual, las reflexiones finales se basarán en experiencias de trabajo.

EXPERIENCIA 1

En distintos talleres realizados por el autor a profesionales de hospitales y centros de salud de la IX Región de Chile (principalmente rurales), uno de los temas más recurrentes en las reflexiones grupales se refiere a la necesidad de revisar con criterios descentralizadores las políticas públicas en comunicación para la salud. Podríamos explicar estas políticas comunicacionales públicas como la manera en que el sistema de salud es capaz de enfrentar las necesidades comunicacionales de la gente, a través del diseño inteligente de acciones destinadas a la resolución de dichas necesidades.

En los distintos talleres participaron profesionales de enfermería, medicina, obstetricia, técnicos paramédicos y administrativos, representantes de Departamentos de Salud de Traiguén, Saavedra, Postas de Quilquén, reducción Anifir, Quelteneguas; consultorios de Los laureles, Teodoro Schmidt y el consultorio general de Victoria, además de consultorios de Temuco.

Sobre los problemas de salud detectados a nivel local

Entre los principales problemas detectados por los profesionales en sus respectivas comunidades están: (a) el alcoholismo, (b) la violencia intrafamiliar; y (c) la falta de medicamentos. Las primeras observaciones están referidas a las distancias entre estos problemas y los problemas abordados a nivel ministerial (nacional) en las campañas estacionales (problemas respiratorios en invierno e infecciones gastrointestinales en verano). Los otros problemas habitualmente son asumidos por entidades como el Servicio Nacional de menores, Servicio Nacional de la Mujer,

UNICEF, etc.; pero sin coordinación con los profesionales que conocen mejor los problemas de la comunidad local.

Sobre los problemas asociados

Los problemas asociados que indican los profesionales se refieren a:

- a. Falta de información oportuna, pues el apoyo para las campañas a nivel nacional llegan frecuentemente con varios meses de diferencia.
- b. Información centralizada, pues el material que reciben las postas y consultorios obedecen a estándares nacionales y no a problemas local: "utilizamos los afiches para escribir mensajes por el reverso", decían algunos.
- c. Falta de políticas contextualizadas, puesto que los diseños comunicacionales -no me atrevo a hablar con propiedad de "políticas comunicacionales" al respecto- no son pertinentes con las priorizaciones locales.

Sobre las propuestas

Es evidente que no podremos avanzar hacia verdaderas políticas comunicacionales en salud si no se procede a:

- a. Una descentralización de los diseños, optando por dejar en manos de los profesionales locales la priorización de las campañas. Asimismo, el material debe ser elaborado por profesionales a nivel

la IX Región con los Mapuches o con los Aymara en el norte, los Rapa Nui en Isla de Pascua, etc. Lo anterior supone una descentralización de la priorización, los diseños y los recursos.

- b. Uso de los diferentes medios de comunicación locales, destinando recursos para estas acciones. Con frecuencia los gobiernos solicitan apoyo a los pequeños medios de comunicación local y destinan un alto porcentaje de sus recursos de difusión en los medios mayores (televisión, prensa y radio), acentuando la concentración y monopolización comunicacional. Luego, observamos campañas pensadas y realizadas en la capital para públicos estandarizados, sin consultar variables locales.
- c. Una mayor participación de la comunidad. Esto debe plantearse en todas las etapas de la planificación inicial de cualquier campaña. Es la comunidad organizada, a través de sus juntas de vecinos, comités, organizaciones religiosas, etc., la cual está más sensibilizada sobre los problemas y sus soluciones.
- d. Fortalecer la incorporación de estos temas en las agendas públicas políticas de los gobiernos locales, regionales y nacionales. Es evidente la falta de sensibilización de los gobiernos frente a estos temas. Junto a los encargados de los temas de infancia en los municipios pertenecientes a la Asociación de Municipalidad de la Región de la Araucanía (AMRA), nos reunimos durante una jornada de taller para abordar la manera en que ellos pueden posicionar estos tópicos en las agendas de los gobiernos municipales. La iniciativa es interesante y da cuenta de una necesidad a nivel de políticas y decisiones, no sólo de la ejecución de programas.

ACTIVIDAD

Analiza tres políticas de salud en el contexto de las necesidades locales y regionales.

EXPERIENCIA 2

Estas reflexiones se basan en el taller “Los desafíos del trabajo con familia desde el espacio local”, realizado a los encargados de la infancia de los municipios de la IX Región, integrados en una red intercomunal de la infancia, de la Asociación de Municipalidades de La Araucanía (AMRA).

En la oportunidad se incorporó el tema “Estrategias de comunicación en las propuestas locales de infancia”, abordado por el autor junto a la Encargada de comunicaciones de UNICEF-Chile, Francisca Palma.

En términos comunicacionales se abordó el problema de la invisibilización del tema de la infancia, tanto a nivel municipal como mediático. Al intentar explicar esta situación nos podemos centrar en tres aspectos:

- a. La falta de recursos económicos y humanos para posicionar el tema.
- b. La falta de compromiso de autoridades y servicios, falta de integración de la comunidad organizada en pos de este tema, falta de rentabilidad política y de imagen pública del tema y falta de priorización del tema, como consecuencia de lo anterior.
- c. La naturaleza económica de los medios, el difícil acceso a ellos y la falta de generación de medios (canales) distintos.

A partir de un análisis F.O.D.A. del tema de la infancia en relación a las autoridades y los medios, logramos especificar aún más estos aspectos:

Fortalezas.

- El tema de la infancia es percibido como un tema apolítico y transversal
- Los municipios de la IX Región trabajan actualmente desde la misma perspectiva, asociados en la red intercomunal de la infancia.
- Permite generar a largo plazo un cambio cultural.
- Los adultos ven en los niños sus sueños y frustraciones.

Debilidades.

- La mirada centrada en los niños como sujetos de derecho genera más apatía que interés.
- La infancia ocupa un lugar muy desprioritarizado en el organigrama y la agenda municipal.
- Los resultados son a largo plazo (proceso) y los medios y autoridades prefieren productos.

Oportunidades.

- El gobierno central ha generado una Política Nacional de la Infancia.
- Todos los temas abordados por los municipios y los medios tienen relación directa o indirecta con los niños.
- El alcalde y los medios pueden transformarse en voceros de las buenas noticias de la infancia.
- Actualmente hay una revaloración de la familia en la comunidad.

Amenazas.

- Los niños no votan y no son de interés directo de las autoridades.
- Los medios de comunicación cubren lo dramático, lo conflictivo.
- La falta de articulación de las entidades interesadas en el tema.

A continuación, veamos cómo se relaciona el tema de la infancia con las instancias sociales: municipio-actores sociales-medios.

El tema de la infancia al interior de los municipios.

- ¿A quienes se comunica el trabajo al interior del municipio?
- ¿Cómo llega la comunicación hacia las autoridades y al consejo municipal?.
- ¿De quienes se requiere apoyo para trabajar el tema?
- ¿Dónde se cruzan la agenda social y la infancia?
- ¿Qué información se maneja sobre el tema?
- ¿A quién tenemos que comunicar?
- ¿Qué tenemos que comunicar?
- ¿Cómo tenemos que comunicarlo?.

El tema de la infancia y su relación con los actores sociales.

- ¿Qué actores están relacionados con el tema de la infancia?.

El tema de la infancia y su relación con los medios de comunicación.

- ¿Conocemos la naturaleza de los medios?
- ¿Conocemos las características de una noticia?.
- ¿Sabemos escribir para los medios?.
- ¿Conocemos las prácticas y rutinas de los medios?.
- ¿Sabemos qué medios impactan mejor a nuestros públicos objetivos?.

A continuación, resulta interesante conocer la naturaleza de los medios de comunicación tradicionales (prensa, radio y televisión):

- Los medios constituyen una industria institucionalizada, orientada a la producción de discursos sociales.
- Cuando hablamos de los medios, debemos considerar la mediatización, pues ninguna información es transparente en los medios. Todo está mediatizado por el lenguaje metafórico de los medios, por el simulacro mediático, por la superproducción masiva de datos. En realidad, toda comunicación es mediatizada, pero en los medios además está superproducida.
- Los medios producen discursos.
- Los medios construyen discursos donde necesariamente hay buenos versus malos.
- Los medios transmiten ideologemas.
- En los medios los hechos aparecen desmedidamente conectados.
- En los medios existen prácticas y rutinas de producción. La labor periodística se **homogeniza**, se vuelve un **simulacro discursivo de la realidad (efecto de realidad)**. Por ejemplo, toda noticia es construida como conflicto, una lectura "conflictiva" de la realidad.
- En los medios **globalización** es sinónimo de **homegenización** (cuantitativa, la información es idéntica en volumen y temáticas...tendencia a decir lo mismo, y **estandarización** (cualitativa, información idéntica en calidad...tendencia a decirlo de la misma forma). Esta homogenización y estandarización responde a causas diversas.
- La dependencia económica de los medios, la lucha por captar la inversión publicitaria ha generado -lo vemos claramente en Chile- relaciones y

contenidos y audiencia, por lo cual la batalla del rating es un simulacro) más equitativamente se distribuyen la torta publicitaria y mientras más equitativa es la inversión más se asegura la existencia de un grupo de medios. Esta identificación cognitiva y estructural está referida a ciertos medios y no a todos; porque, naturalmente, mientras más medios menor es la inversión. Y el gobierno participa de esta complicidad, pues su inversión publicitaria está dirigida a los dos grandes conglomerados de medios en Chile: El Mercurio y Copesa (La Tercera).

Los medios de comunicación como aliados estratégicos.

Para llevar a cabo la misión de comunicar de cualquier organización o instancia, particularmente hacia el exterior, los medios son claves. Para hacer de ellos verdaderos aliados estratégicos de nuestros objetivos debemos conocer y comprender primero cuál es su sistema y cómo funcionan. Es básico, por ejemplo, saber lo siguiente:

- Los medios han segmentado sus públicos; por lo tanto, para llegar a los usuarios hay que saber claramente quienes son y qué medios tienen más contacto con ellos (o con que medios ellos tienen más contacto).
- Los medios tienen rutinas de trabajo, como en cualquier sistema. Por ejemplo, tienen horarios en su reporte (recogida de información), para luego trabajar en ella; por lo tanto es importante conocer los horarios de dichas actividades.
- Los medios han tendido a no utilizar, como antes, las conferencias de prensa como forma de acceder a la información, salvo que se trate de autoridades como intendente, alcalde, jefes de servicios, etc. Por ello no es conveniente citar a conferencias (más aún en sectores apartados del centro, porque la comodidad es más fuerte), sino más bien hacer llegar comunicados o destinar tiempo para enviar documentos breves, visitar los medios, etc.
- Los comunicados, que son los instrumentos más utilizados hoy, presentan un problema lógico: llegan tantos a los medios que es necesario trabajarlos bien. Por ello, por ejemplo, deben ser breves, no enfatizar detalles como participantes, antecedentes, etc., sino más bien objetivos, consecuencias para la comunidad, resultados esperados, cambios que supone tal actividad para la

Una reflexión desde la teoría

Según COSTELLO (1977), uno de los principales problemas en la comunicación de la salud pública "es que los materiales informativos llegan a, y son asimilados por, las personas más educadas y los grupos más interesados de la población repetidamente, mientras que no llegan a los mismos grupos que más necesidad tienen de ellos". Esta situación se mantiene desde los estudios de HYMAN Y SHEATSLEY (1947), KLAPPER (1960), BERELSON Y STEINER (1964) Y MAYOBRE (1994).

Aunque lo anterior sigue siendo el gran dilema, para MAYOBRE (1994), debe asumirse un enfoque educativo-preventivo, aún cuando es difícil de cuantificar y requiere acciones efectivas en otras áreas. "La comunicación destinada a influenciar comportamientos complejos y persistentes debe cumplir tres funciones: (a) informar al público acerca de los comportamientos y sus consecuencias, (b) persuadir a las audiencias para que cesen dichos comportamientos; y (c) capacitar a las audiencias en las destrezas necesarias para traducir la intención en acción", señala MAYOBRE.

Finalmente, coincidiendo con el excelente trabajo de BELTRÁN (1994), la pregunta fundamental que debemos hacernos es si existen o no políticas de comunicación para la salud. Esto es muy relevante, puesto que para el autor, las políticas son la raíz del proceso, pues constituyen el conjunto de principios, normas y aspiraciones que a largo plazo se plantea un país. Estas políticas son la base de cualquier otra acción. Son el sustento de las estrategias, que constituyen previsiones sobre fines y procedimientos a nivel metodológico. Las políticas también son el sustento de cualquier plan, que es un conjunto de prescripciones para operar a nivel pragmático. Es propicio concluir con algunas preguntas:

- ¿Cuáles son las políticas de comunicación para la salud en nuestro país?. ¿Existen?.
- ¿Cómo deben generarse dichas políticas?.
- ¿Quiénes deben involucrarse en la generación de las políticas?.

La existencia de una política nacional de comunicación para la salud en Chile depende de una política nacional de salud (¿existe?) y de una política nacional de comunicación (que no existe).

ACTIVIDAD

Como en el caso de la infancia, analiza otras áreas y su inserción en el diseño político local y en el diseño público comunicacional. Por ejemplo, adulto mayor, indígenas, jóvenes drogadictos, etc.

EXPERIENCIA 3

En el sector de San Antonio, en la periferia de la ciudad de Temuco, desarrollamos **un trabajo sobre prevención del consumo de drogas**, con más de 20 jóvenes. Para ello se coordinó las actividades con la Iglesia Adventista del lugar y la Junta de Vecinos. De esta forma se establecería un contacto mayor con el grupo meta.

El propósito es iniciar una red de apoyo a los jóvenes y establecer un trabajo de prevención en la comunidad. Los temas abordados fueron:

1. ¿Qué son las drogas?.
2. ¿Por qué se droga la gente?.
3. La iniciación a las drogas.
4. Salidas de la adicción.
5. Habilidades para vivir - 1ª parte.
6. Habilidades para vivir – 2ª parte.

Los tópicos 1, 2, 3 y 4 son habituales en este tipo de talleres y la información fue proporcionada por la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). En cambio, quisiera detener la mirada en los aspectos 5 y 6, pues están referidos a la necesidad de un enfoque preventivo, introduciendo en los jóvenes ciertas habilidades, como:

1. Decisión.
2. Inserción en grupos
3. Elección de conductas.

Estos aspectos fueron abordados como dinámicas grupales.

ACTIVIDAD

Realizar dos diseños de salud orientados a grupos específicos, utilizando un enfoque basado en las habilidades.

EXPERIENCIA 4

Finalmente, quisiera compartir la experiencia de la radio comunitaria Radio Creativa que funciona hace cinco años en el sector Santa Rosa de Temuco, ligada al Centro Comunitario La Rueda, dependiente de la Municipalidad de Temuco.

La experiencia nos muestra como a través de una radio comunitaria (que tiene una cobertura de no más de 3 kilómetros a la redonda y que logra abarcar perfectamente un barrio) y utilizando formatos como el radioteatro, se pueden generar dinámicas sociales que permiten la colaboración, la detección de problemas comunes y el trabajo solidario. Lo anterior orientado hacia temas que la propia comunidad organizada distinga.

En una reunión de trabajo los participantes, que representan desde la parroquia local hasta la Sociedad de Alcohólicos Anónimos del lugar, distinguieron interesantes temas:

1. Alcoholismo
2. Maltrato Infantil
3. Historia del Barrio
4. Leyendas Urbanas del Barrio
5. Deportes
6. Evangelización
7. Prevención del Consumo de Drogas.

Para lo anterior se propone trabajar con los siguientes formatos radiofónicos:

1. Informativos Dramatizados
2. Radioteatro

Un guión radiofónico es sencillo y ofrece una rica dinámica de interacciones en los grupos, particularmente de aspectos lúdicos. Básicamente requiere:

1. Personajes que participan y su descripción.
2. Una trama con acontecimientos y descripción de ambientes.
3. Sonidos para apropiarse de los ambientes que se recrean
4. Establecer la duración.

En sus aspectos técnicos, el estudio de grabación requiere:

1. Una adecuada sala de control.
2. Un estudio para grabar, con espacio suficiente para el grupo y sus interacciones.
3. Material musical disponible (cintas magnetofónicas, compact disc, etc.)
4. Micrófonos adecuados.

Naturalmente, se puede simular la grabación y se puede filmar lo ocurrido.

Desde el punto de vista de la comunicación para la salud, es una actividad que permite el autoaprendizaje en grupos de trabajo (jóvenes drogadictos, alcohólicos, etc.).

ACTIVIDAD

Genera un guión radiofónico, utilizando temas de salud, contenidos pertinentes para el aprendizaje y pensando en un grupo de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÓ, ANTONIO (2000): *Comunicación y Ciencia. II Congreso Nacional de Periodismo Científico*, Tenerife, Fundación Canaria Hospitales del Cabildo de Tenerife.

ALARCÓN, ANA MARÍA (1995): "El desafío de la interculturalidad en salud: El facilitador cultural", en revista *Educación y Humanidades*, Temuco, Universidad de La Frontera.

BACIGALUPO, ANA (1994): "Adaptation and variation of machi healing roles", en *The power of the machis. The rise of female shaman healers and priestesses in mapuche society*, Michigan (USA), University Microfilms International.

BACKER, THOMAS; ROGERS, EVERETT (1992): *Design Health Communication Campaigns: What Works?*, Londres, Sage Publications.

BAQUERO, MARTHA (1994): *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*, EE.UU., División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la salud (OPS) y Organización Mundial de la salud (OMS).

BAILÓN, CHRISTIAN; MIGNOT, XAVIER (1996): *La comunicación*, Madrid, Cátedra.

BRACHT, NEIL (1990): *Health Promotion at the Community Level*, Londres, Sage Publications.

BEHENG, DIETER; MARTÍNEZ, LEONARDO ET. AL. (2001): *Producción de programas de actualidad. Material de apoyo*, Bonn, Centro de Formación Radiofónica, Deutsche Welle.

CARDONA, GIANCARLO (1994): *Los lenguajes del saber*, Barcelona, Gedisa.

CARRASCO, NOELIA (1998): "¿Cómo la gente previene enfermarse?. Un acercamiento para comprender la forma en que la gente de una comunidad mapuche protégé su salud", en revista *CUHSO, Cultura, Hombre y Sociedad*, Temuco, Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco.

CASMIR, FRED (1993): *Tirad, Culture Buildings: A paradigm shift for International and Intercultural Communication*, Londres, S.A. Deetz.

CASMIR. FRED; LANDE. ASUNCIÓN (1989): *Intercultural Communication*

Revisited: Conceptualization, Londres, J.A. Anderson.

CITARELLA, LUCA (1995): *Medicinas y culturas en La Araucanía*, Santiago de Chile, Sudamericana.

COSTA, JOAN (1992): *Imagen pública. Una ingeniería social*, Madrid, Fundesco.

BUSTOS, SERGIO (2002): *Comunicación, salud e interculturalidad: convergencias y divergencias de un modelo. Caso Hospital Maquehue de Temuco*, Temuco, Universidad de La Frontera. [Tesis de Licenciatura en Comunicación Social dirigida por el autor].

COFRÉ, ESTER (2001): Seminario :
formación de técnicos en salud
intercultural, Temuco, Fundación Instituto
Indígena.

COÑA, PASCUAL (1984): *Testimonio de un Cacique mapuche*, Santiago de Chile, Pehuén.

DEL VALLE, CARLOS (2002): *Comunicación y semiótica en la entrevista médico-paciente*, Temuco, Universidad de La Frontera. [Apuntes utilizados por el autor en la asignatura de semiología de la carrera de medicina de la Universidad de La Frontera].

DEL VALLE, CARLOS (2001): *Fundamentos y estrategias comunicativas para su aplicación en contextos de salud*, Temuco, Centro de Capacitación Paramédica. [Apuntes utilizados por el autor en cursos de capacitación para profesionales de la salud en Temuco].

DEL VALLE, CARLOS (2000): "Bases y estrategias comunicacionales para enfrentar el trauma en situaciones de accidente", en **II Seminario Latinoamericano Actualización y Conocimientos en el Manejo del Paciente con Trauma**, Temuco, Escuela de Capacitación Paramédica y Hospital Regional de Temuco.

DEL VALLE, CARLOS (1999): *Taller de comunicación sobre la organización: comités tripartitos de salud de Temuco y Padre Las Casas*, Temuco, Universidad de La Frontera y Proyecto Uni-Kellog. [Apuntes utilizados por el autor en el curso de capacitación dirigido a profesionales de la salud, académicos del ámbito de la salud y a la comunidad organizada].

DILLEHAY, TOM (1990): *Araucanía: presente y pasado*, Santiago de Chile, Andrés Bello.

DURÁN, TERESA (1994): "Contacto Interétnico Chileno Mapuche en la 9na. Región", en revista *CUHSO, Cultura, Hombre y Sociedad*, Temuco, Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco.

ECHEVERRÍA, RAFAEL (1994): *Ontología del Lenguaje*, Santiago de Chile, Dolmen.

ECO, UMBERTO (1988): *Tratado de Semiótica General*, Barcelona, Lumen.

ECO, UMBERTO (1992): *Los límites de la Interpretación*, Barcelona, Lumen.

ECO, UMBERTO (1993): *Lector in Fábula. La cooperación interpretativa en el texto narrativo*, Barcelona, Lumen.

FIGUEROA, ALEX (1998): "Documento elaborado por el Dpto. De Control y Gestión", Santiago de Chile, Ministerio de Salud.

FLORENZANO, RAMÓN (2001). "Nivel primario de atención, consultorio general, equipo general de salud", en *Imágenes en salud mental*, Santiago de Chile, Sociedad Chilena de Salud Mental.

FLORES, FERNANDO (1994): *Creando organizaciones para el futuro*, Santiago de Chile, Dolmen.

FOUCAULT, MICHEL (1997): *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*, Río de Janeiro, Jorge Zahar Ed.

FOUCAULT, MICHEL (1990): *La vida de los hombres infames*, Madrid, Altamira.

FOUCAULT, MICHEL (1992): *Genealogía del Racismo*, Madrid, La Piqueta.

FOUCAULT, MICHEL (1995): *La Verdad y las Formas Jurídicas*, Barcelona, Gedisa.

FOUCAULT, MICHEL (1998): *Un diálogo sobre el poder*, Madrid, Altaya.

GARCÍA, JORGE (1990): *Manual del Monitor de Salud*, Temuco, Fundación Instituto Indígena.

GIORDANO, TATIANA; MEJÍAS, MARÍA; OYARZÚN, PAMELA (1997): *Desarrollo del concepto de enfermedad en niños mapuches y no mapuches de*

la IX Región, Temuco, Universidad de La Frontera. [Tesis de Licenciatura en Psicología, dirigida por la Dra. Marianela Denegri].

GLANZ, KAREN (Universidad de Hawai); RIMER, BÁRBARA (Centro Médico de la Universidad Duke); SUTTON, SHARYN (Instituto Nacional del Cáncer) (1991): *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud*, EE.UU., Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Office of Cáncer Communications National Cancer Institute.

GLANZ, KAREN; RIMER, BARBARA (1991). *Health behavior and Health Education. Theory, research and Practice*, Oxford, Jossey-Bass Publishers.

GREBE, ESTER (1975): "Taxonomía de enfermedades mapuches", en *Antropología*, Santiago de Chile, Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas, Universidad de Chile.

GREBE, ESTER (1974): "Presencia del dualismo en la cultura y música mapuche", en *Revista Musical Chilena*, Santiago de Chile.

GREBE, ESTER (1973). "El kultrún mapuche: un microcosmo simbólico", en *Revista Musical Chilena*, Santiago de Chile.

GREBE, ESTER (1972). "Cosmovisión mapuche", en *Cuadernos de la Realidad Nacional*, Nº 14, Santiago de Chile.

GREBE, ESTER (1971). "Mitos, creencias y concepto de enfermedad en la cultura mapuche", en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Argentina.

GUSINDE, MARTÍN (1917). "Medicina e higiene entre los antiguos araucanos", en *Revista Chilena de Historia y Geografía*, Santiago de Chile, Sociedad de Historia y Geografía.

JELVES, IVONNE; DAVINSON, LUIS; YÁNEZ, SERGIO (1997): *Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una*

propuesta de seguro indígena, Temuco, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera.

HICKS, RANDALL (1996): *Cultura Mapuche 1995-1997*, EE.UU., School for International Training.

IBÁÑEZ, TOMÁS (1988): *Ideologías de la vida cotidiana*, Barcelona, Sendai.

KNAPP, MARK (1986): "El rol del comportamiento no verbal en la interacción humana", en **FERNÁNDEZ, CARLOS Y DAHNKE, GORDON:** *Comunicación humana ciencia social*, México D.F., Mc Graw-Hill.

LÓPEZ, LUIS ET AL. (1998): *Sobre las huellas de la voz*, Madrid, Morata.

MARIACA, GUILLERMO (1999): *Los refugios de la utopía. Apuntes teóricos para una política intercultural*, La Paz, Sierpe.

MARCONE, JORGE (1997): *La oralidad escrita. Sobre la reivindicación y reinscripción del discurso oral*, Lima, Fondo Editorial.

MARTÍNEZ, LEONARDO (1994): *El radioteatro*, Bonn, Centro de Formación Radiofónica de la Deutsche Welle.

Mc ENTEE, HIELEN (2000): *Comunicación Intercultural*, México D.F., Mc Graw Hill.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (1998): *Informe de salud basado en la encuesta CASEN 1998*, Santiago de Chile, Dpto. Control y Gestión, Ministerio de Salud de Chile.

O' KEEFE, SHANNON; CARO, ARACELI; STONE, WILLIAM (2000): *Medicina mapuche y la incorporación de técnicas occidentales 1996-2000*, EE.UU., School for International Training.

ONG, WALTER (1987): *Oralidad y escritura*, México D.F., Fondo de Cultura

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS. (1995): *Lecturas de comunicación social en salud*, Washington D.C., OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS. (1996): *Lecturas de comunicación en salud*, Washington D.C., OPS.

OSTWALD, PETER (1978). "Cómo el paciente comunica su enfermedad al doctor", en *Semiótica Aplicada*, Buenos Aires, Nueva Visión S.A.I.C.

OTHMER, EKKEHARD; OTHMER, SIEGLINDE (1996): *La entrevista clínica. El paciente difícil*, Paris, DSM-IV.

OYARCE, ANA MARÍA; IBACACHE, JAIME (1996): *Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*, Temuco, Instituto Estudios Indígenas y Universidad de La Frontera.

OYARCE, ANA MARÍA (1988): "La salud entre los mapuches", en *Experiencias*, Nº 3, Santiago de Chile.

POTTER, JONATHAN (1998): *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*, Madrid, Paidós.

PROYECTO DE DOCUMENTACIÓN ÑUKE MAPU (1996): *La Salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*, Temuco, Instituto Estudios Indígenas y Universidad de La Frontera.

RICE, RONALD; ATKIN, CHARLES (1989): *Public Communication Campaigns*. Londres, Sage Publications.

ROBERTS, ANNE; PAREJA, REYNALDO; SHAW, WILL; BOYD, BARBARA. (1995): *Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud*, Washington D.C., Academy for Educational Development; Center for International Health and Development Communication of the Annenberg School for Communications, University of Pennsylvania, Philadelphia; The Johns Hopkins University; Applied Communication Technology; Birch & Davis International and The Futures Group.

RODRIGO ALSINA, MIQUEL (1999): *Comunicación Intercultural*, Barcelona, Anthropos.

- ROGERS, EVERETT (1983):** *Difusión of Innovations*, New York, The Free Press.
- SERRANO, SEBASTIÁ (1984):** *La semiótica. Una introducción a la Teoría de los Signos*, Barcelona, Montesinos.
- SIERRA, Francisco (2001a):** *Comunicación, educación y desarrollo. Apuntes para una historia de la comunicación educativa*, Sevilla, Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- SIERRA, Francisco (2001b):** "Privatizar el conocimiento. La comunicación y la educación objeto de mercadeo en Europa" en QUIRÓS, Fernando y SIERRA, Francisco (Dir.): *Comunicación, globalización y democracia. Crítica de la Economía Política de la Comunicación y la Cultura*, Sevilla, Comunicación Social Ediciones y Publicaciones, pp.153-178.
- SIERRA, Francisco (2001c):** "Comunicación global, intervenciones locales. La espiral del silencio en la guerra total y prolongada", en VILLAFANE, Justo (Coord.): *Los espacios para la comunicación*, Madrid, Universidad Complutense/Ayuntamiento de Madrid.
- SIERRA, Francisco (1999):** *Elementos de Teoría de la Información*, Sevilla, MAD.
- SIERRA, Francisco (1998) :** *Teoría de la Información*, Madrid, UNED
- SIERRA, Francisco (1996):** "Pedagogía de la comunicación y formación de comunicadores" en *Cuadernos de Información y Comunicación*, número 2, Madrid, Universidad Complutense, pp.141-157.
- STELLA, ISABEL (1997):** *Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de seguro indígena*, Temuco, Instituto de Estudios Indígenas y Universidad de La Frontera.
- TAQUÍN, CHARLES; WALLACK LAWRENCE (1990):** *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts*, Londres, Sage Publications.

VAN DIJK, TEUN; RODRIGO, IVAN (1999): *Análisis del discurso social y político*, Quito, Abya-Yala.

WALLACK, LAWRENCE (1990): *Dos métodos para promover la salud en los medios de comunicación social*, Berkeley, University of California.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA Y RECOMENDADA EN COMUNICACIÓN, SALUD, CULTURA Y DESARROLLO

Nótese las fechas de las publicaciones que hay sobre este tema, muy pocas después de 1995. Además, adviértase que en su mayoría son publicaciones en idioma inglés, a las cuales he tenido pleno acceso gracias a la generosidad de la Dra. Gloria Coe, Asesora Regional de Comunicación Social en Salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Washington, EE.UU.

ACUFF, D. (1998): *Lo que compran los niños y porqué: la psicología del mercadeo a niños*, Washington D.C., OPS.

ADHIKARYA, R. (1983): *Reaching out: the role of audiocassette communication in rural development*, Singapur, AMIC.

ANDREASON, A. (1995): *Marketing social change: changing behavior to promote health, social development and the environment*, San Francisco, Jossey-Brass Publishers.

AUSTIN, E. (1995): *Reaching young audiences: developmental considerations in designing health messages*, Londres, Sage Publications.

BELTRÁN, L. (1993): *Communication for development in Latin América: a forty years appraisal*, Lima, IPAL.

BELTRÁN, L. (1968): *Communication and modernization: significance, roles and strategies*, Michigan, Michigan State University.

BRATCH, N. (1990): *Health promotion at the community level*, Londres, Sage Publications.

CEPAL-ECLAC (1999): *Gestión de la información y de la tecnología de la información en el gobierno central y local*, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

COSTELLO, D. (1977): "Health communication theory and research: a definitional overview", en *Communication yearbook 1*, New Brunswick, Transaction Books.

CHU, G. (1976): *Communication for group transformation in development*, Honolulu, East-West Communication Institute.

HEDEBRO, G. (1982): *Communication and change in developing nations: a critical view*, Iowa, Iowa State University Press.

HUDSON, H. (1984): *When the telephones reach the village: the role of telecommunications in rural development*, Norwood, Ablex Publishing.

KOTHARI, R. (1984): "Communications for alternative development: towards a paradigm", en *Development Dialogue*, EE.UU. [Sin mayores referencias].

LATHAM, C.; MARTIN, G. (1977): "Rural health communication", en *Communication yearbook 1*. Transaction books, New Brunswick.

Mc KEE, N. (1992): *Social mobilization & social marketing in developing communities: lessons for communicators*, Southbound, Penang.

Mc NEAL, J. (2000): *Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales*, Washington D.C., OPS.

MOWLANA, H.; WILSON, L. (1988): *Communication technology and development*, Paris, Unesco.

OPS (1992): *Manual de comunicación social para programas de salud*, Washington, OPS.

RICE, R.; PAISLEY, W. (1981): *Public communication campaigns*, Londres, Sage publications.

RIVERA, J. (1987): *Comunicación educativa para el desarrollo infantil: conceptos y estrategias*, Bogotá, UNICEF.

ROGERS, E. (1976): *Communication and development: critical perspective*, Londres, Sage publications.

UNESCO (1991). *La importancia de la información para el desarrollo socio-económico y cultural*, Praga, UNESCO.

WINDSOR, R. (1984). *Evaluation of health promotion and health education programs*, Palo Alto, Mayfield Publishing Company.

LISTA DE RECURSOS EN INTERNET⁴

Las referencias se basan en el trabajo de La Iniciativa de la Comunicación, por lo cual agradezco particularmente a RAFAEL OBREGÓN de La Iniciativa de la Comunicación y WARREN FEEK de The Communication Initiative, por su generosidad académica.

La salud, clave de la prosperidad: experiencias exitosas en países en desarrollo. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-910.html>> [Consulta: marzo de 2002]

Comunicación estratégica con decisores para el fortalecimiento de los sistemas de salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-953.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Currículos para la Enseñanza en Salud Reproductiva. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-954.html>> [Consulta: marzo de 2002].

El Manual del Abrazo Global. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-956.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Género y Salud: Pistas Curriculares. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-957.html>> [Consulta: marzo de 2002].

La Administración de Servicios de Salud Reproductiva Empleando una Perspectiva de Género. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-958.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Pobreza, Inequidad y Salud: Perspectiva Internacional. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-963.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Los Niños como Consumidores de Productos Comerciales y Sociales. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-969.html>> [Consulta: marzo de 2002].

El Intercambio en Salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1009.html>> [Consulta: marzo de 2002].

⁴ Para las referencias a los recursos electrónicos, se utiliza la norma ISO-690-2.

[Esta expresión se utiliza en el borrador de la segunda edición de la antigua International Standard

¿Es la Inequidad Mala para la Salud?. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1010.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Alianzas: Una Nueva Aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-952.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos: un Diálogo. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-951.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Respondiendo a las Necesidades de Salud Reproductiva: Una Aproximación Participativa para el Análisis y la Acción. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-950.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Materiales para la Educación en Salud Reproductiva de Jóvenes. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-949.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD-ROM para el Manejo de Casos de Tuberculosis. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-948.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Alternativas en Planificación Familiar: Toma de Decisiones Voluntarias e Informadas. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-947.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Mejor Juntos: Reporte de la Conferencia Regional Africana sobre la Participación Masculina en Salud Reproductiva. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-946.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Herramientas de Cambio: Métodos para la Promoción de Salud y Ciudadanía del Medio Ambiente. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-945.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Catálogo Internacional de E-Learning. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-688.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-535.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Comunicando Salud en el Caribe: Un Manual para la Acción. [en línea]:
<<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-427.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD "Los Hombres y la Salud Reproductiva". [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-29.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Radio y VIH/SIDA: Haciendo la Diferencia. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-242.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Movilización Social para Prevenir y Controlar el Dengue. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-49.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD del sitio de Family Health International. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-27.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Hacer frente al SIDA: Prioridades de la Acción Pública ante la Epidemia Mundial. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-619.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Involucrando a las Personas: Cambiando el Comportamiento. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-243.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD "Isabel: Tu Consejero Electrónico". [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-28.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Hacer que Suceda: Usando el Aprendizaje a Distancia para Mejorar el desempeño en Problemas de Salud Reproductiva. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-42.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Manual para Mercadeo Social Culturalmente Adaptado. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-926.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Comunicación para el Desarrollo. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-30.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Comunicándose a través de Personajes de Cuentos. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-426.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Donde no hay Doctor para Mujeres. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-736.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Donde no hay Doctor. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-737.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Educación con Entretenimiento: una Estrategia de Comunicación para el Cambio Social. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-31.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Haciendo Olas: Comunicación Participativa para el Cambio Social. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-557.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Nuevas Políticas de Población: Salud y Derechos de las Mujeres en Progreso. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-429.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Serie Vida (Life). [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-685.html>> [Consulta: marzo de 2002].

SIDA: Perfil de una Epidemia. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-618.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Video El Curandero de las Comunidades Indígenas de Los Altos de Chiapas. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-705.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Manual y Video de ARTPAD. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1007.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Manual de Comunicación Social para Programas de Promoción de la Salud de los Adolescentes, 2001. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1006.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD Radio Anunciantes contra el SIDA. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1192.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Teatro Callejero contra el SIDA. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1193.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Revista de Comunicación en Salud: Perspectivas Internacionales - (Volumen 5, Número 2, Abril - Junio 2000). [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1156.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Revista de Comunicación en Salud: Perspectivas Internacionales - (Volumen 5, Suplemento 2000). [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1154.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Caja de Herramientas para Construir Habilidades en la Comunicación para la Salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1153.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Elaboración de Materiales Impresos sobre Salud y Planificación Familiar para Audiencias con Bajos Niveles de Alfabetización. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1152.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Enseñando, No Predicando: Diálogo sobre la Diarrea. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1151.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Salud al Aire: Una Guía hacia la Radio Creativa para el Desarrollo. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1150.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Donde no hay Artistas: Dibujos para el Desarrollo y Cómo Utilizarlos. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1149.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Guía para Adaptar Stepping Stones, un Paquete de Entrenamiento Acerca del VIH/SIDA. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1146.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Aprendamos Acerca de Nuestro Cuerpo y Nuestra Salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1145.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Comunicando más allá de la toma de conciencia sobre el VIH/SIDA. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1143.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Aprendiendo a Promover la Salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1142.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Cómo Escribir una Serie de Dramatizados Radiales para el Desarrollo Social: Manual para Libretistas. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1141.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Comunicación para la Salud: Lecciones de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1139.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Folleto de Comunicación en Abastecimiento de Agua y Recursos de Saneamiento. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1181.html>> [Consulta: marzo de 2002].

CD-ROM Sobre VIH/SIDA para Trabajadores(as) de la Salud. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1182.html>> [Consulta: marzo de 2002].

60. Desde Muchas Tierras. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1183.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Por qué la Mala Publicidad le Toca a las Buenas Causas y Cómo garantizar que no le Ocurra a la Suya. [en línea]: <<http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-1185.html>> [Consulta: marzo de 2002].

Base de Datos de Estadísticas Actualizadas de todos los Países del Sistema de Naciones Unidas (en Español). [en línea]: <http://www.un.org/Pubs/CyberSchoolBus/infonation/s_infonation.htm> [Consulta: marzo de 2002].

FAO Informaciones en Español. [en línea]: <<http://www.fao.org/sd/spdirect/sphomepg.htm>> [Consulta: marzo de 2002].

Especialización en la Comunicación para el Desarrollo Rural. [en línea]: <<http://www.fao.org/waicent/faoinfo/sustdev/cddirect/cdan0019.htm>> [Consulta: marzo de 2002].

Sistema Integrado de Información y Comunicación al Servicio del tercer Mundo. [en línea]: <<http://www.eurosur.org>> [Consulta: marzo de 2002].

FUNREDES, Organismo No Gubernamental dedicado a la diseminación de las Nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (NTIC) en los países en desarrollo. [en línea]: <<http://funredes.org>> [Consulta: marzo de 2002].

Telecommunications – Development and the Market: the Promises and the Problems. [en línea]: <<http://www.fao.org/sd/cddirect/cddo/intro.htm>> [Consulta: marzo de 2002].

Políticas Sectoriales de Desarrollo (Comunidad Europea). [en línea]: <<http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/s05036.htm>> [Consulta: 29 sept. 2002].

Alaic (Brasil). [en línea]: <<http://www.eca.usp.br/associa/alaic/>> [Consulta : 27 sept. 2002].

Amarc (Colombia). [en línea]: <<http://www.amarc.org/>> [Consulta : 27 sept. 2002].

Comunicación y Ciudadanía (Estados Unidos). [en línea]: <http://www.ecuanex.net.ec/foro_comunicacion> [Consulta: 30 sept. 2002].

Acción Global de los Pueblos (Italia). [en línea]: <<http://www.agp.or>> [Consulta: 30 sept. 2002].

Z Net (Estados Unidos). [en línea] : <<http://www.zmag.org>> [Consulta: 30 sept. 2002].

Attac (Francia). [en línea]: <<http://www.attac.org>> [Consulta: 30 sept. 2002].

Iniciativa Contra la Globalización Económica (República Checa). [en línea]: <<http://inpeg.ecn.cz>> [Consulta: 30 sept. 2002].

Red Alternativ (España/Francia). [en línea]:

Alianza por un Mundo Solidario y Responsable (Brasil). [en línea]:
<[**http://www.alternex.com.br/pacs**](http://www.alternex.com.br/pacs)> [Consulta: 30 sept. 2002].

Comunidad Web de Movimientos Sociales (Ecuador). [en línea]:
<[**http://movimientos.org**](http://movimientos.org)> [Consulta: 30 sept. 2002].

Movimiento para la Resistencia Global (España). [en línea]:
<[**http://www.pangea.org/mrg**](http://www.pangea.org/mrg)> [Consulta: 30 sept. 2002].

Red Chilena Popular e Indígena (Chile). [en línea]:
<[**http://www.geocities.com/CapitolHill/6377**](http://www.geocities.com/CapitolHill/6377)> [Consulta: 30 sept. 2002].

ANEXOS

ANEXO 1

PARA UNA EVALUACION DE LOS PRINCIPALES ESTILOS DE COMUNICACION

Anexo 1

PARA UNA EVALUACION DE LOS PRINCIPALES ESTILOS DE COMUNICACION

Cada ser humano, debido a una serie de factores culturales, familiares y personales, desarrolla unas preferencias en cuanto a **cómo** comunicarse, o sea cierto patrón de uso, de acuerdo a cuatro estilos de comunicación. El conocimiento de los estilos de comunicación que operan en un sistema determinado o en una conversación, es fundamental para entender ciertos procesos que ocurren en la comunicación. Este instrumento ha sido aplicado con anterioridad y en diferentes sesiones de trabajo con profesionales del área de la salud; lo cual ha permitido precisamente explicar algunos comportamientos y entender ciertos fenómenos de comunicación entre pares y entre profesionales y pacientes.

Delante de cada una de las ochenta y ocho afirmaciones, evalúa la frecuencia con la cual se aplican a ti, según la siguiente escala:

0 = **Nunca o casi nunca** soy o hago así.

1 = **A veces** soy o hago así, pero algo menos que la mayoría de personas en situaciones similares .

2 = **Muchas veces** soy o hago así, hago más que la mayoría de personas en situaciones similares.

3 = **Casi siempre o siempre** soy o hago así.

1 () Estoy pendiente de los criterios de otros para opinar o actuar

2 () Procuero convencerle al otro que tengo la razón.

3 () Prefiero no hablar de mis sentimientos.

4 () Voy por la tangente para no contestar preguntas comprometedoras.

5 () Escucho cuidadosamente a los demás para poder comprenderlos.

6 () Dicen que tengo buenos criterios de juicio y evaluación.

7 () Soy concreto/a, específico/a y preciso/a.

8 () Estoy dispuesto/a a cambiar mi punto de vista u opinión.

9 () Evito decir las cosas que podrían incomodar a los demás.

10 () Encuentro fallas en lo que dicen los demás.

11 () Soy asertivo hasta que me preguntan muchas veces.

- 12 () Tiendo a divagar o a cambiar de tema en una conversación.
- 13 () Comprendo y respeto los diferentes valores y creencias.
- 14 () Soy ordenado/a y disciplinado/a en mi manera de conversar.
- 15 () Fijo metas realistas y claras en una negociación.
- 16 () Busco métodos y soluciones innovadoras o diferentes.
- 17 () Me conformo con lo que dice o quiere la mayoría.
- 18 () Juzgo rápidamente, aún cuando no tenga todos los datos.
- 19 () Busco persuadir con lógica ante cualquier situación.
- 20 () Tiendo a hacer preguntas o comentarios fuera de contexto.
- 21 () Busco reconciliar diferencias de opinión o de valores.
- 22 () Soy bueno/a para evaluar resultados y rendimiento.
- 23 () Hago todas las averiguaciones antes de analizar algo.
- 24 () Soy espontáneo/a y creativo/a.
- 25 () Uso indirectas o comentarios " entre chiste y chanza ".
- 26 () Uso mi autoridad para lograr lo que considero lo mejor.
- 27 () Procuro justificar o explicar mis errores.
- 28 () Hago bromas y chistes cuando discuto.
- 29 () Muestro calidez y compasión.
- 30 () Respeto y hago respetar la ética personal o profesional.
- 31 () Sintetizo e integro ideas.
- 32 () Alivio la tensión grupal con mi alegría.
- 33 () Tiendo a adivinar los que quieren o lo que quieren decir los demás.
- 34 () Quiero "ganarle" al otro en un debate o discusión.
- 35 () "Dicto cátedra" o sermoneo cuando lo considero necesario.
- 36 () Soy " coqueto/a" para lograr lo que quiero del otro.
- 37 () Elogio libremente a las personas que se lo merecen.
- 38 () Confronto las incongruencias o inconsistencias en otros.
- 39 () Uso la lógica en mi razonamiento.
- 40 () Soy descomplicado/a y sencillo/a en mi manera de hablar.
- 41 () Tiendo a decir "Si ! ", aún cuando preferiría decir " No!".
- 42 () Tengo posturas legalistas o moralistas ante los sucesos.
- 43 () Me fijo en detalles, aunque sean superfluos o sin importancia.
- 44 () Cambio rápidamente de estado anímico o de humor.
- 45 () Acepto la ambigüedad y la ambivalencia en otros.

- 47 () Investigo todas las posibles opciones.
- 48 () Acepto cambios sin problemas.
- 49 () Evito una discusión hasta donde sea posible.
- 50 () Dicen que soy criticón (a) o difícil de complacer.
- 51 () Valoro la objetividad sobre todo.
- 52 () Me es difícil concentrarme por mucho tiempo.
- 53 () Soy empático/a y comprensivo/a.
- 54 () Puedo decir ¡NO!, sin vacilar después.
- 55 () Logro distinguir entre lo esencial y lo accesorio.
- 56 () Hablo de mis cosas auténticamente, sin rodeos.
- 57 () Procuro complacer a la persona con quien converso.
- 58 () Evalúo lo que me dicen según mis valores personales.
- 59 () Muestro poca emoción.
- 60 () Hablo impulsivamente.
- 61 () Procuro establecer una buena relación antes de tratar un tema.
- 62 () Doy mi opinión aún cuando sea impopular.
- 63 () Tiendo a analizar todo lo que me sucede.
- 64 () Me gusta enfrentarme con nuevos desafíos y problemas.
- 65 () Me dejo manipular o influenciar con sentimientos de culpa.
- 66 () Soy muy estricto en cuestiones morales y éticas.
- 67 () Busco la causa de todo cuando converso con alguien.
- 68 () Cambio de idea o de parecer si alguien es muy persuasivo.
- 69 () Reconozco y resalto el valor de la persona con quien hablo.
- 70 () Apelo al sentido de justicia en los demás.
- 71 () Soy hábil para seguir instrucciones lógicas paso a paso.
- 72 () Converso con explosiones de energía.
- 73 () Hago favores no solicitados.
- 74 () Procuro motivar al otro a que haga lo que yo quiero.
- 75 () Confío poco en la inspiración y la intuición.
- 76 () Me aburro cuando se acaba la novedad de algo o alguien.
- 77 () Muestro tolerancia y comprensión de otros.
- 78 () Cumpló lo que me comprometo a cumplir.
- 79 () Soy muy sistemático cuando discuto.
- 80 () Me proyecto hacia el futuro en las conversaciones.

- 82 () Uso amenazas abiertas o disfrazadas para que me cumplan.
- 83 () Resalto las fallas de lógica en los argumentos de los demás.
- 84 () Soy temperamental y cambiante.
- 85 () Soy sensible a los demás.
- 86 () Estoy dispuesto/a a regatear o negociar diferencias.
- 87 () Evalúo todos los pros y contras antes de decir algo.
- 88 () Mi entusiasmo motiva a la gente .

Ahora, suma verticalmente los correspondientes puntajes (sumando donde haz marcado) y anota los respectivos en el cuadro a continuación:

)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
)	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()
)	9 ()	10 ()	11 ()	12 ()
)	13 ()	14 ()	15 ()	16 ()
)	17 ()	18 ()	19 ()	20 ()
)	21 ()	22 ()	23()	24 ()
)	25 ()	26 ()	27()	28 ()
)	29 ()	30 ()	31()	32 ()
)	33 ()	34 ()	35()	36 ()
)	37 ()	38 ()	39()	40 ()
)	41 ()	42 ()	43()	44 ()
)	45 ()	46 ()	47()	48 ()

0 10 20 30 40 50
60

N : I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

0 10 20 30 40 50
60

A : I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

0 10 20 30 40 50
60

I : I-----I-----I-----I-----I-----I-----I-----I

Cada estilo puede usarse positiva o negativamente según el contexto y el momento. Los cuatro estilos son:

FUNCIONAL : ORIENTADO HACIA LAS PERSONAS Y LAS RELACIONES, EL QUIEN

NORMATIVO : ORIENTADO HACIA LA ACCION Y LAS REGLAS, EL QUE

ANALÍTICO : ORIENTADO HACIA LAS IDEAS Y LAS TEORIAS, EL POR QUE

INTUITIVO : ORIENTADO HACIA LOS PROCESOS Y LA VISION GLOBAL, EL COMO

Con el siguiente cuadro puedes identificar las conductas negativas tuyas que manifiestas tus estilos sobreutilizados (o más utilizados). Lo que es aún más importante, puedes identificar aquellas conductas positivas relacionadas con tus estilos subutilizados (o menos utilizados), las cuales te convendría aumentar, con el fin de equilibrar tu perfil y mejorar los contextos interpersonales.

Nota : Si todos tus puntajes son altos (40 o más), probablemente se debe a cierta defensividad normal al contestar el cuestionario. De todos modos puedes aprovechar la información que te aporta un análisis de los **más altos** y los **menos altos**.

ESTILO BIEN UTILIZADO

ESTILO SOBREUTILIZADO

FUNCIONAL EMPATICA

FUNCIONAL APLACADOR

(ORIENTADO HACIA LAS PERSONAS Y LAS RELACIONES)

- Escuchar activamente y ser sensible
- Comprender y respetar diferentes valores y creencias.
- Buscar reconciliar diferencias.
- Mostrar calidez y compañerismo.
- Elogiar la persona y corregir la conducta.
- Tolerar ambigüedad y ambivalencia.

- Depender de criterios ajenos para opinar y actuar.
- Manipular o dejarse manipular con sentimientos de culpa.
- Conformarse con lo que "se dice"
- Decir "sí !" sin quererlo decir
- Adivinar lo que quiere el otro.
- Hacer "favores" no solicitados.

NORMATIVO ORGANIZADOR:

NORMATIVO APLANADOR

(ORIENTADO HACIA LA ACCION Y EL CUMPLIMIENTO)

- Orientarse en cumplir objetivos y resolver problemas.
- Dar opiniones controvertidas.
- Mantener orden y disciplina.
- Pedir directamente lo deseado
- Respetar y hacer respetar un compromiso ético acordado.
- Confrontar incongruencias e inconsistencias.
- Hablar francamente de lo que se

- Insistir en convencerle al otro de su " razón " o punto de vista.
- Criticar en forma desmesurada.
- Descalificar otras opiniones.
- Juzgar antes de tener los datos.
- Mostrar excesos de autoritarismo
- Competir excesivamente por el poder o para " ganarle " al otro.
- Adoptar posturas dogmáticas. legalistas o moralistas.

ANALITICO RAZONADOR:

ANALITICO

RACIONALIZADOR:

(ORIENTADO HACIA LAS IDEAS Y LAS TEORIAS)

- Descubrir conductas y contextos en términos específicos.
- Fijar metas realistas y claras.
- Hacer las averiguaciones y las indagaciones necesarias.
- Sintetizar e integrar ideas.
- Usar lógica en el razonamiento.
- Investigar todas las opciones.
- Distinguir entre lo esencial y lo accesorio.

- Intelectualizar, negar o descalificar los sentimientos.
- Mostrar apatía o ascepticismo.
- Manipular con preguntas retóricas o con pseudo-lógica.
- Sobrejustificar sus errores.
- Dictar " cátedra " no solicitada o en contextos irrelevantes.
- Sobrevalorar la objetividad.
- Fijarse en detalles superfluos

INTUITIVO FLEXIBLE :

INTUITIVO DIVAGADOR:

(ORIENTADO HACIA LOS PROCESOS)

- Estar dispuesto/a a modificar percepciones.
- Buscar métodos innovativos.
- Mostrar espontaneidad, entusiasmo y creatividad .
- Aliviar la tensión grupal con humor y alegría.
- Descomplicar y simplificar lo " enredos ".
- Aceptar cambios sin problemas.
- Hablar auténticamente sin rodeos.

- Distraer, cambiar de tema o ir por la tangente.
- Ser temperamental, egotista
- Hacer preguntas o comentarios irrelevantes.
- Hacer bromas o chistes fuera de contexto.
- Usar conductas " seductoras " para manipular.
- Cambiar rápidamente de estado anímico o de humor.

PRECEPTOS BASICOS ACERCA DE LOS ESTILOS DE COMUNICACION

- 1) Cada ser humano usa todos los estilos, a un grado u otro. A través de la vida se desarrolla un patrón de preferencia de uno o dos estilos.
- 2) Lo " ideal " es tener equilibrado el uso de los cuatro estilos, sin la sub o sobreutilización de uno o más de ellos.
- 3) El buen funcionamiento de cualquier grupo social (familia, trabajo, amistades, etc.) depende de que exista en el grupo, al menos una persona fuerte en cada estilo.
- 4) Cualquier persona puede modificar su perfil al proponerse a utilizar más las conductas correspondientes a los estilos menos desarrollados, en lugar de seguir recurriendo a las conductas negativas acostumbradas. Asíó podemos crear relaciones sinérgicas y , por lo tanto, sistemas evolutivos con otras personas, asegurándonos que nuestra comunicación es proactiva y generadora de bienestar.

Para "emparejar" el estilo de comunicación del otro, osea usar su estilo para ponernos en la misma "frecuencia" y lograr un "regateo" productivo, podemos usar las siguientes estrategias:

CON UNA PERSONA CON FUERTE ESTILO FUNCIONAL:

- 1) "Rompe el hielo" antes de entrar en materia.

- 3) Menciona los éxitos pasados.
- 4) Cita recomendaciones y referencias de personas conocidas y respetadas.
- 5) Apela a los valores humanos.
- 6) Mantén un estilo informal.

CON UNA PERSONA CON FUERTE ESTILO NORMATIVO:

- 1) Apela a los sentimientos y a la justicia.
- 2) Cita los esperados resultados desde un principio.
- 3) Da solo una recomendación.
- 4) Se breve.
- 5) Enfatiza lo práctico de tu propuesta.
- 6) Usa ayudas visuales.
- 7) Resalta lo primordial de lo "correcto" y lo organizado
- 8) Muestra interés en los valores del otro

CON UNA PERSONA CON FUERTE ESTILO ANALITICO:

- 1) Establece la relación entre todos los elementos de tu propuesta.
- 2) Dale tiempo al otro.
- 3) Resalta conceptos básicos o teóricos.
- 4) Resalta los datos y las estadísticas.
- 5) Organiza bien tu presentación.
- 6) Usa una lógica lineal de causa-efecto.
- 7) Ofrece varias opciones.

CON UNA PERSONA CON FUERTE ESTILO INTUITIVO:

- 1) Se flexible en tu regateo.
- 2) Usa creatividad e innovación en tu propuesta.
- 3) Simplifica al máximo.
- 4) Resalta la visión global.
- 5) Enfoca tu propuesta en términos de sus beneficios futuros.
- 6) Presenta tu propuesta rápidamente.

ANEXO 3

MATERIAL GRÁFICO

CARLOS DEL VALLE ROJAS



COMUNICAR LA SALUD

ENTRE LA EQUIDAD Y LA DIFERENCIA

El autor es Profesor Asistente del Departamento de Lenguas, Literatura y Comunicación en la Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad de La Frontera (CHILE). Es titulado en Periodismo (1998) y tiene los grados de Licenciado en Comunicación Social (1998) y Magíster en Ciencias de la Comunicación (2001) y actualmente cursa el doctorado en Periodismo, en la Facultad de Comunicación de la Universidad de Sevilla (ESPAÑA), como becario del Ministerio de Educación de Chile, a través del Proyecto MECE-Sup (FRO 9906) de la Universidad de La Frontera. Es Miembro de la International Communication Association (ICA, EE.UU), y consultor y docente del Instituto de Estudios Europeos en Comunicación (ESPAÑA). Ha sido Director de la Carrera de Periodismo en la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile (1999-2002).