

Revisión

Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades.

Communication techniques for disease prevention and control.

D Catalán Matamoros^{1*}, M Muñoz-Cruzado y Barba², MT Fuentes Hervías²

¹ Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.

² Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Fecha de recepción: 15/10/2009 – Fecha de aceptación: 29/01/2010

Resumen

La comunicación puede influir notablemente en la salud de la población. En Atención Primaria de Salud (APS), la comunicación adquiere un carácter esencial debido a que es necesaria en la realización de la mayoría de los objetivos de dicho nivel de salud tales como en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud. Los tipos de comunicación son el verbal y el no verbal, ocupando este último un papel más activo en el proceso de comunicación. Nuestro cuerpo, el tono, las pausas, las risas, etc. son elementos no verbales de importancia en el proceso de comunicación interpersonal con el paciente. En cuanto a la comunicación de masas, el uso correcto de medios impresos y medios de comunicación de masas puede ayudar al profesional sanitario de APS a desarrollar campañas sanitarias de salud dirigidas a la población en general. Las características que debe tener todo proceso de comunicación efectiva para garantizar la calidad en dicho proceso son definidas. Se presentan varias situaciones en APS donde el uso de la comunicación se hace necesario dándose una orientación y pautas a seguir. La comunicación para la salud es una herramienta clave en la labor del profesional de APS. El uso de una comunicación eficaz incrementaría los resultados sanitarios, sobre todo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Es necesaria una mayor formación por parte de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de comunicación.

Palabras clave: comunicación, campañas sanitarias, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Communication could highly influence to the health of the population. In Primary Health Care (PHC), communication get an essential character due to that it is necessary in developing most of these health level purposes, like disease prevention and health promotion. The types of communication are the verbal and non-verbal, being the last one more active in the process of communication. Our body, tone, pauses, laughs, etc. are important non-verbal elements in the process of interpersonal communication with the patient. Regarding to mass communication, the right use of print media and mass media may help the health professional in PHC to develop health campaigns addressed to the general population. The characteristics of every process of communication to ensure quality are defined. Some situations are showed in PHC where the use of communication becomes necessary giving counselling and steps to follow. Health communication is a key tool in the PHC professional work. The use of effective communication would increase the health results, especially in health promotion and disease prevention. More training for health professionals in communication techniques is needed.

Keywords: communication, health campaigns, primary healthcare.

* Correspondencia: dcatalan@ual.es

Introducción

La comunicación es un fenómeno polivalente que define una serie de acciones por la que unas partes se ponen en común. Según el Diccionario de la RAE, el término engloba muchas acepciones, por lo que la idea etimológica es la más exacta a nuestras necesidades, quedando reducida a la transmisión de un punto a otro y puesta en común de ambos elementos.

El ser humano es comunicante porque tiene la capacidad de comunicar, es comunicativo porque tiene deseos de comunicar, y es comunicador porque realiza actos comunicativos. Los actos humanos están cuajados de comunicación.

Todos los seres humanos necesitan relacionarse, intercambiar información, sentirse vivos, en definitiva comunicarse^{1,2}. Dicha necesidad primaria radica en la condición innata de interactuar con el entorno que les rodea. La comunicación es la acción social que todos los seres humanos realizan en más ocasiones a lo largo de la vida². En esta línea se ha demostrado¹ que en las grandes ciudades, la mayoría de la gente pasa aproximadamente el 70% del tiempo de vigilia en alguna forma de comunicación, ya sea, leyendo, escuchando, hablando o escribiendo. No es posible el desarrollo humano individual si permanecemos mental, social o físicamente aislados.

La comunicación juega un papel muy importante en la sociedad de hoy día y la salud es uno de los ejes principales en esta sociedad. Salud y comunicación son dos conceptos que no pueden entenderse sin estar íntimamente vinculados, pues la comunicación puede afectar positiva o negativamente a la salud personal o social del mismo modo que el estado de salud influye en la comunicación.

No cabe duda que las Ciencias de la Salud imponen una clara necesidad por parte del profesional sanitario en poseer un buen conocimiento científico y técnico del tratamiento a aplicar, pero además, y para conseguir unos mejores resultados, se debe cuidar otros factores de indudable influencia en el cometido profesional. Uno de estos factores determinantes del resultado final en la intervención profesional del sanitario es la *comunicación*.

El presente artículo presenta la comunicación como un arma que el personal sanitario tiene que utilizar como parte integral en su intervención profesional. Además, se observará en el transcurso de la misma cómo en la Atención Primaria de Salud, el uso de la comunicación se hace aún más necesario para conseguir una praxis efectiva y de calidad.

Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar³. La APS, a la vez que constituye

el núcleo del sistema nacional de salud forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad, siendo sus funciones principales la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mediante la realización de intervenciones y campañas sanitarias.

Comunicación

En la literatura se pueden encontrar gran cantidad de definiciones sobre el término 'comunicación'. Proviene del latín 'communicatio' y significa intercambio mutuo y 'communico': compartir. Las más representativas son las siguientes:

- La comunicación se presenta en diversos formatos. La comunicación interhumana es el conjunto de procesos según los cuales se transmiten y se reciben diversos datos, ideas, opiniones y actitudes que constituyen la base para el entendimiento o acuerdo común^{2,4}.
- Es el trato o correspondencia entre dos o más personas⁵.
- Es el proceso a través del cual los individuos condicionan recíprocamente su comportamiento⁴.

Aristóteles definió el estudio de la comunicación como la búsqueda de "todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance"⁶. Analizó las posibilidades de los demás propósitos que puede tener un orador; sin embargo, dejó muy claramente asentado que la meta principal de la comunicación es la persuasión, es decir, el intento que hace el orador de llevar a los demás a tener su mismo punto de vista.

Breve teoría de la comunicación

El proceso de la comunicación

Laswell es uno de los autores considerados padres de la comunicación. En el 1942 definió el modelo de las cinco W⁷:

Quién (Who)	dice Qué (says What)	a Quién (to whom)	Con Qué medio (which channel)	para Qué efectos (why effects)
emisor	mensaje	receptor	canal	objetivos

Figura 1. Modelo de las cinco W de Laswell (1942)

En 1960, Jakobson⁷ mejoró el modelo inicial de Laswell, introduciendo el término de 'retroalimentación' en el proceso de la comunicación, de tal forma que, para que exista verdadera comunicación, el receptor ha de enviar un mensaje al emisor, lo que constituye la retroalimentación o *feedback* necesaria para que el proceso comunicativo sea completo y efectivo.

Componentes básicos de la comunicación

a. Emisor:

El emisor es el sujeto que diseña y dirige un contenido con información. El contenido debe ser lo más apegado a la realidad, separando los hechos reales de las opiniones subjetivas. El emisor debe disponer de habilidades comunicativas, recursos culturales, aducativos, etc.

El mensaje deberá ser transmitido con la mayor exactitud, claridad y sencillez, de manera que la reacción producida por el impacto de éste sea decisiva y liquide toda posible resistencia al cambio o cualquier otro mecanismo de defensa del receptor.

b. Mensaje:

Seis son los requisitos que debe contener un mensaje, a fin de evitar toda posible deformación de lo que verdaderamente se desea transmitir:

- Credibilidad. La comunicación establecida por el mensaje presentado al receptor debe ser real y veraz, de manera que éste descubra fácilmente el objetivo de nuestra labor, y elimine actitudes preconcebidas que deformarían la información.
- Utilidad. La finalidad de la comunicación será el dar información útil para aquél a quien va dirigida.
- Claridad. Para que el receptor entienda el contenido del mensaje, será necesario que lo transmitamos con simplicidad y nitidez.
- Continuidad y consistencia. Para que la información ofrecida pueda ser captada, muchas veces es necesario emplear la repetición de conceptos, de manera que a base de la continuidad y consistencia podamos penetrar en la mente del receptor para vencer las posibles resistencias que éste establezca.
- Adecuación en el medio. En el proceso para establecer comunicación con los receptores en una organización será necesario emplear y aceptar los canales establecidos oficialmente, aún cuando estos sean deficientes u obsoletos.
- Disposición del auditorio. Es válido el siguiente principio 'la comunicación tiene la máxima efectividad, cuando menor es el esfuerzo que realiza el receptor para captar'. De tal manera que, una comunicación asequible dispone al auditorio a captar la noticia. Una forma oscura, que implique grandes esfuerzos por parte del receptor, lo predispone negativamente a los mensajes.

Pero, además, existen diversos factores que influyen en la comprensión del mensaje y que deben considerarse en todo proceso comunicacional:

- El género.
- La edad.

- El nivel de educación.
- La capacidad de comunicación.

c. Canal

Por canal de comunicación se entiende el vehículo o medio que transporta los mensajes: memoranda, carta, teléfono, radio, conferencias, películas, internet, televisión, etc. Existen varias formas en las que los mensajes pueden transcurrir por los canales:

- Informales, surgen espontáneamente. No son planeados y siguen las corrientes de simpatía y acercamiento entre las personas. Pasan de una persona a otra y se deforman en cada transmisión. Están constituidos por rumores, chismes, comentarios, etc.
- Formales, los cuales deben planearse y estructurarse adecuadamente. Puede decirse que a más comunicación formal, será menor la informal.
- Verticales, tanto ascendente como descendente.
- Horizontales.

d. Receptor

Es la persona que recibe y capta la información transmitida. Se debe tener en cuenta que en toda comunicación subsiste la tendencia a desarrollar mecanismos de defensa por parte del receptor, sobre todo cuando las informaciones llevan a cabo alguna modificación del *status quo* en que se vive y se actúa. De esta forma, todo lo que significa cambio puede correr el riesgo de ser rechazado, produciéndose consciente o inconscientemente barreras que obstaculizan la verdadera información o, en su defecto, la modifican, de manera que esto sea aceptable. En tal situación, podemos hablar del receptor en términos de sus habilidades comunicativas. Si éste no posee la habilidad de escuchar, leer y pensar, no estará capacitado para recibir y comprender los mensajes que la fuente ha transmitido. La cultura y situación en el sistema social del receptor, su *status* y su conducta afectan la recepción e interpretación de los mensajes.

Extraordinaria importancia tiene la reacción (respuesta o carencia de ella) del receptor ante la comunicación. Si no se afecta en el sentido planeado, pueden existir barreras o distorsiones. Para determinar si la respuesta es o no la deseada, resulta indispensable observar la conducta del receptor. Es necesario que el emisor obtenga cierta "retroalimentación" para que se produzca un verdadero proceso de comunicación.

Procedimientos e instrumentos en comunicación

El proceso interactivo de la comunicación humana se mantiene a través de los *canales biológicos naturales* (Sistema senso-perceptor y *Sistema emitivo*, formado por el habla, los gestos y otras formas expresivas).

En opinión de los sociólogos, al igual que el resto de los animales, el ser humano dispone de un “esqueleto de la conducta” heredado filogenéticamente, aunque el humano ha desarrollado un sistema comunicacional propio que nos diferencia del resto de los animales.

El antropólogo intenta aclarar que el desarrollo de la comunicación humana va unido al propio desarrollo humano. Así, en el libro “El mono al desnudo”, el antropólogo Desmond Morris dice que el proceso por el que el homínido llega a ser “*homo sapiens-sapiens*” (hombre sabio) u “*homo loquens*” (hombre hablante) u “*homo faber*” (hombre fabricante), es porque llega al máximo desarrollo en el proceso de *hominización*, por un lado, y en el de *humanización*, por otro⁸.

En efecto, hace más o menos quince millones de años, parece ser que la reducción de la masa arbórea en el planeta tierra hizo que los seres habituados a vivir en el medio arbóreo tuvieran que readaptarse al medio terráqueo, a pesar de que su equipamiento natural estaba adaptado a aquel otro medio arbóreo. De esta manera, el ser humano se vio obligado a sobrevivir en un medio distinto al que por naturaleza estaba preparado, momento en el que se cree que se produjo la diferenciación del desarrollo del humano con respecto a otros antropomorfos.

En opinión de los antropólogos, la hominización consiste en que el ser humano fue cambiando su fisonomía para adaptarse al nuevo medio (pierde pelo, adquiere la posición erecta, liberando la mano de la función motora de apoyo para adaptarse a la manipulación de objetos, aumenta la capacidad y el tamaño cerebral, etc.). Pero esto tuvo también consecuencias negativas, como el estrechamiento del agujero pélvico, que hace que el parto sea más difícil y aparezcan más prematuramente los hijos, que pudiera ser la causa de que el humano precise de una infancia más larga que el resto de sus antropomorfos, lo que conlleva también el que las madres deban dedicar más tiempo a su cuidado, lo que, a su vez, implica un aumento de la sociabilidad y de la capacidad comunicativa en el humano con respecto a otros animales superiores.

Son muy numerosos los estudios y clasificaciones sobre los procedimientos e instrumentos que se usan para la comunicación^{3,4,9}. Se suelen clasificar en el lenguaje verbal y las conductas y sistemas no-verbales. A este respecto hay que atender a unos conceptos básicos, lo verbal y lo no-verbal que, en la realidad no aparecen separados más que de forma excepcional pero que a partir de ahora, por simple funcionalidad, consideraremos de forma diferenciada. Los mensajes no-verbales pueden contradecir a los verbales, matizarlos, regularlos o reforzarlos⁷.

1. Lenguaje verbal:

Se presenta en forma oral o escrita. Es el lenguaje en su sentido más simple, siendo el método utilizado con mayor frecuencia, aunque tiende a tener menor efectividad. Recordemos la frase "las palabras se las lleva el viento". Se ha de tener en cuenta que la comunicación verbal se complementa con el lenguaje corporal y que debe haber homogeneidad entre ellos, que la postura y gestos no deberán contradecir lo que verbalmente se está comunicando. Es importante mencionar que en la emisión verbal del mensaje, la vista de la persona debe estar enfocada hacia los ojos del receptor. En caso de que sean varias las personas a las que se les dirige la palabra, la vista del emisor deberá alternar los ojos de las diferentes personas.

2. Conductas o sistemas no-verbales:

Diversos estudiosos se han ocupado de forma de comunicación no-lingüística que constituye la parte principal de la comunicación diaria, el "cara a cara". Para el antropólogo social Edward T. Hall, el "60% de nuestras comunicaciones no son verbales"¹⁰, lo que viene a significar que utilizamos los gestos en una proporción mucho mayor de lo que somos conscientes.

Nuestro cuerpo es muy expresivo, un experto en comunicaciones, Mario Pei, calcula que podemos producir alrededor "de 700.000 signos físicos diferentes", lo cual, si bien es una cifra impensable, no parece excesiva si tenemos en cuenta que sólo la cara según otro estudioso, Birdwhistell, puede producir ella sola 250.000 expresiones distintas¹⁰. De esta inmensa masa expresiva, se llevan catalogados unos 5.000 gestos definidos y unas 1.000 posturas distintas^{6,10}, por lo que queda un ancho campo para la investigación científica. No es extraño, entonces, que resulte tan difícil establecer patrones de comunicación gestual, ya que sus excepciones son mucho más que las reglas que hasta el momento se pueden enunciar.

A pesar de lo anteriormente expuesto, resulta interesante conocer las investigaciones que se han hecho al respecto. Si bien es imposible, en el estado actual del conocimiento científico, establecer reglas válidas para la mayoría de los casos, ello no impide que se pueda alcanzar un cierto avance en el reconocimiento de gestos y mejorar, simultáneamente, la eficacia de nuestra comunicación personal. Como sucede en la práctica con otras facultades humanas, el total de lo que se usa es infinitamente menor que su potencial. Tendemos a seguir rutinas y modas; sin contar que existe una fuerte presión social para estandarizar los gestos, a fin de hacer más sencilla la interacción. En suma, que si bien las alternativas que disponemos para transmitir, voluntaria o inconscientemente, un mensaje se cuenta por miles, en la vida cotidiana se reducen a unas cuantas decenas que se repiten y se combinan sin cesar¹⁰.

Herbert I. Schiller, primer autor que se refiere en sus escritos al "imperialismo cultural", distingue entre los sentidos de lo próximo y los sentidos de lo lejano. El tacto, por ejemplo, y el gusto y el olfato

precisan de la proximidad, mientras que la vista y el oído no la necesitan. El 90% de las sensaciones que adquirimos nos llegan por la vista y por el oído¹¹.

La mirada, junto con las expresiones faciales, constituye uno de los canales con mayor valor comunicativo. Las zonas faciales que más se miran son los ojos y la boca. Cuando miramos a nuestro paciente, le indicamos que es objeto de nuestro interés. Evitar su mirada tendrá el efecto contrapuesto e, incluso, a veces un claro signo de falta de interés o distanciamiento. Evitar persistentemente el contacto visuofacial es una característica de los pacientes deprimidos de forma severa. Por el contrario una mirada fija puede ser utilizada para incrementar la autoimagen, intimidar, señalar nuestra posición de superioridad o mostrar nuestra hostilidad. En una interacción dual y a una distancia de unos dos metros, el tiempo medio de mirada hacia el otro representa alrededor del 60% del tiempo, siendo este porcentaje algo mayor cuando se escucha que cuando se habla⁶. La conducta visual tiene también un papel relevante en la regulación de los turnos para hablar o escuchar, dando permiso al otro para hacer uso de la palabra, advirtiendo que esperamos su atención, etc.

La posición corporal permite describir el grado de implicación durante la entrevista^{6,9}. Es frecuente observar una ligera inclinación hacia delante y apoyando lateralmente sobre la mesa en las actitudes de cooperación o, por el contrario, adoptando una posición cerrada, con los brazos y/o las piernas cruzadas, frente a desacuerdo con lo tratado o ante la presencia de resistencias emocionales.

El paralenguaje hace referencia a las características vocales del habla e incluye el tono, el timbre, la intensidad, la velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc^{2,4,9}. El conjunto de cualidades del habla es proporcional al verdadero significado de las palabras, dando mayor crédito a “cómo lo ha dicho” que a lo que “efectivamente ha dicho”. Una de las cualidades del entrevistador avezado debe ser “saber leer entre líneas” el verdadero significado de lo dicho por el paciente.

Esta forma de comunicación puede ser clasificada en conductas y sistemas no-verbales:

A. Conductas no- verbales (humanas y animales)

- Entonacional (tono, timbre, acento, volumen).
- Paralingüísticos (vocalizaciones, pausas, risas, toses).
- Cinesis, movimientos o expresión corporal (emblemas, gestos, ilustradores, muestras de afecto, mirada, reguladores y adaptadores).
- Conductas táctiles.
- Proxemias (distancias).
- El atractivo personal y los caracteres físicos.
- Artefactos (ropa, maquillaje).

B. Sistemas no-verbales (contextuales)

- Presencia/ausencia de otros.

- Ambientes naturales.
- Rasgos arquitectónicos y de diseño artificial y mixto.
- Elementos icónicos.

La comunicación en salud

Esta disciplina se define como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la salud. Incluye la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la atención sanitaria, la administración de recursos y la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de sus comunidades”¹². La Organización Panamericana de la Salud la define como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que indirectamente promuevan la salud, prevengan enfermedades o protejan a los individuos del daño” o “como un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé como resultado comportamientos individuales y sociales sanos”¹³.

La comunicación para la salud abarca varios niveles, siendo los principales:

a. La comunicación interpersonal. Se refiere a varios tipos de comunicación:

- Vertical: comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. Ésta puede ser individual o grupal.
- Horizontal: aquella comunicación del profesional dentro de su Equipo Básico de Salud, o del paciente con su entorno más próximo (familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc.).

b. La comunicación de masas. Es aquella comunicación que se transmite a un elevado número de población por los canales denominados “medios de comunicación”, por ejemplo, televisión, radio, prensa, etc.

Existen muchas y distintas expectativas (o necesidades) del enfermo con respecto a la comunicación. Son aspectos de gran impacto de satisfacción de los usuarios¹⁴, pudiendo sintetizarse en:

- Recibir *información* suficiente, accesible y comprensible.
- *Apoyo y orientación* en la toma de decisiones.
- Garantía de *confidencialidad* sobre los contenidos.
- Respeto a la *intimidad* de las personas implicadas.

Este tipo de comunicación interpersonal con el paciente se caracteriza habitualmente por la asimetría de la relación entre el profesional y el paciente¹⁵. Ello es debido a dos causas fundamentales: enfermedad frente a salud, e ignorancia frente a saber profesional, con lo cual unos, los enfermos, dependen de los

otros, profesionales de la salud, que tienen poder sobre ellos (el de cuidarlos y curarlos). Una clave fundamental en este punto es la de evitar que esta dependencia se convierta en inferioridad y haya agresiones a la dignidad personal⁹.

Algo reconocido y evidente en el mundo sanitario es la conocida existencia de diferentes 'lenguajes' entre los interlocutores en la comunicación interpersonal entre el profesional y el paciente. Encuentra su justificación en los contextos tan distintos desde los que se abordan la relación de los usuarios y enfermos, de una parte, y de los profesionales sanitarios, de otra. A veces se usan códigos tan dispares que la comunicación se hace muy difícil cuando no imposible.

La comunicación en Atención Primaria de Salud

Según la definición de comunicación para la salud¹², promocionar la salud y prevenir la enfermedad son dos funciones principales de esta disciplina. Para conseguirlo, es necesaria una modificación en los hábitos de vida o en las conductas y la comunicación contribuye en aportar información al individuo, favoreciendo así el nivel de conocimientos sobre un determinado tema. Pero este aumento de conocimientos no ha demostrado que, por sí sólo, modifique las conductas a otras más saludables. En realidad, la comunicación por sí sola únicamente produce un aumento en la información proporcionada al paciente, pero nunca un cambio de su conducta. Los siguientes estudios lo afirman:

- McQuail (1997) concluyó en sus investigaciones que tener conocimientos no es suficiente para cambiar conductas¹⁶.
- Biener y Siegel (1997) afirmaron que sus análisis de datos rara vez han encontrado una estrecha correspondencia entre cambios de conocimientos y cambios de conductas¹⁷.

Una comunicación eficaz asociada con estrategias a nivel social y político, es la fórmula que numerosos estudios han demostrado ser efectiva para conseguir un cambio de conductas hacia otras más saludables.

La comunicación eficaz en Ciencias de la Salud

Algunos de los defectos que se producen de forma frecuente en el ámbito de la comunicación para la salud son:

A. Desde el emisor.

- No organizar el pensamiento antes de hablar.
- Expresarse con imprecisiones no comprensibles por el receptor.
- Introducir demasiadas ideas en un juicio.
- No apreciar la falta de eco, la capacidad de comprensión del interlocutor.

B. Desde el receptor.

- No prestar la atención debida, al emisor o a su mensaje.
- Estar pensando en la respuesta que hay que dar antes de terminar de oír lo que dicen.

- Fijarse más en el detalle en lugar de recoger el sentido global del mensaje.
- Intentar encajarlo todo en los propios esquemas mentales sin ver ni comprender al otro.

Una efectiva comunicación para la salud debe disponer un contenido con las siguientes características¹²:

- Exactitud. El contenido del mensaje debe ser sin errores de interpretación o que de lugar al receptor a realizar conclusiones falsas.
- Disponibilidad. El contenido debe estar disponible al público objetivo de la forma más apropiada de recepción que presente este público.
- Comparación. El contenido debe reflejar las ventajas y puntos positivos.
- Consistencia. El contenido principal debe estar presente de forma redundante a lo largo del tiempo.
- Nivel cultural. El contenido ha de estar adaptado a las características que presente el público objetivo (educación, etnia, discapacidad, etc.).
- Basado en la evidencia. El contenido debe estar basado en un riguroso y relevante control científico.
- Alcance. El contenido debe llegar o estar accesible al mayor número de población del público objetivo.
- Seguridad. La fuente del contenido debe ser segura y actualizada.
- Repetición. El contenido debe ser enviado o accesible de forma continuada en el tiempo.
- Oportunismo. El contenido debe ser entregado o disponible cuando el público esté más receptivo.
- Comprensión. El nivel del lenguaje y formato del contenido deben estar adaptados a una audiencia específica.

El uso de la comunicación en Atención Primaria de Salud

El trato, la relación con el paciente y la comunicación que se mantiene con él, adquieren una gran importancia durante la intervención sanitaria que está recibiendo. La comunicación para la salud es un arma esencial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, funciones principales de la APS. Es por ello que la comunicación adquiere una especial relevancia en este campo.

En la actividad del profesional de Atención Primaria se debe hacer uso de una comunicación eficaz en diversas actividades diferentes destacando las siguientes:

1. La comunicación interpersonal:

- Entrevista clínica en consulta.
- Talleres grupales.
- Relaciones con el Equipo Básico de Salud en Atención Primaria (EBAP).

2. La comunicación de masas:

- Campañas sanitarias en los medios de comunicación.

La comunicación interpersonal

1. Entrevista clínica en la consulta.

Debe ser dividida en dos partes fundamentales, la exploratoria y la resolutive. En la parte exploratoria se pretende fundamentalmente delimitar la demanda, obtener los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema, las creencias y las expectativas del paciente. En la parte resolutive se procederá a transmitir la información obtenida, compartir con el paciente un plan de actuación, lograr el cumplimiento de las medidas propuestas, persuadir y negociar, verificar la comprensión de las instrucciones proporcionadas y toma de precauciones.

2. Talleres grupales.

En Atención Primaria se realizan talleres grupales de forma bastante frecuente. La comunicación debe ser sumamente cuidada debido a que los receptores suelen ser de 5 a un máximo de 15 personas (18), lo que requiere que el profesional domine y responda a las demandas planteadas con una comunicación eficaz en todo momento.

En estas actividades el profesional sanitario realiza una función docente que se encuentra involucrada en un proceso de enseñanza siendo basada en una intervención comunicacional. Por lo tanto, si es eficaz deberá lograr cambios en el receptor o paciente.

El grupo desempeña un papel fundamental y determinante en la formación de actitudes (15). Por ello la adhesión a un grupo favorece el desarrollo de motivaciones que refuerzan las actitudes del individuo.

El mensaje debe ser comprensible y no sobrecargado de información, siendo preferible dar un mensaje claro a dar varios de forma rápida. Es recomendable ofrecer a los participantes un texto en el que puedan consultar y recordar siempre que quieran lo que se les ha comunicado en el taller grupal.

Las técnicas de grupo permiten trabajar con (19):

- Creatividad.
- Trabajo.
- Interactividad.
- Autonomía.
- Diversificación e intercambio de competencias.
- Empatía.

De las técnicas de comunicación que se pueden realizar a nivel grupal destaca el “*torbellino de ideas*”. Esta técnica estimula a los participantes para que, a partir de un concepto o problema, expresen ideas originales y novedosas, mediante el mecanismo de libre asociación de ideas. Tiene dos tiempos:

- En una primera fase los participantes deben expresar libremente lo que se les ocurra sin preocuparse de que sea descabellado o una tontería. El tiempo es variable pero no más de 15 a 20 minutos. Cuando deja de haber productividad es conveniente cerrar.
- En la segunda fase se efectúa un análisis crítico. Las ideas se leen y analizan.

3. Relaciones con el Equipo Básico de Atención Primaria.

El profesional de Atención Primaria, como parte integrante del EBAP, debe mantener unas relaciones basadas en una comunicación fluidas con los distintos profesionales que atienden al paciente desde sus diversas perspectivas.

La forma idónea de trabajo en equipo es la basada en el modelo transdisciplinar, teniendo presente que el trabajo en equipo siempre va a producir un beneficio en el paciente. En este modelo de trabajo transdisciplinar, en el que a la afluencia de conocimientos interdisciplinares que supone la confluencia de saberes desde las diversas profesiones de los componentes del equipo se añade un deseable solapamiento de actuaciones que, sin llegar a incurrir en el intrusismo, beneficia los resultados, la comunicación en el equipo debe ser clara, objetiva, veraz, fluida y empática.

La comunicación de masas

El uso de los medios de comunicación para difundir información para la salud puede ser una vía eficaz para aumentar la salud poblacional. Los medios de comunicación se caracterizan por el gran número de público objetivo al que dirigen el mensaje (17). El mensaje puede ser enviado por diversos canales a las grandes masas de población, siendo los más característicos:

1. El panel, póster o folleto.

Este medio puede resultar muy fácil de elaborar, siendo además el más barato. Tiene la limitación que difícilmente llega a la población analfabeta. Es por ello que debe estar acompañado de ilustraciones simples y aclaratorias.

Estos materiales deben reclamar la atención y, a la vez, ser económicos. Deben ser distribuidos en gran cantidad, de modo que llegue a muchas personas, lo cual requiere mantener el coste a nivel bajo. Uno de sus principales inconvenientes es que se trata de un recurso solo apto para población alfabetizada, aunque en el caso del póster o panel, la iconografía empleada puede vehicular un mensaje apto incluso para analfabetos. El contenido debe ser simple y claro; las ilustraciones tendrán por objeto atraer la atención, lanzar un mensaje y/o aclarar la información. Estos materiales no se distribuirán

nunca sin un programa, que debe acompañar siempre a cualquier intervención; por ejemplo, un folleto se puede distribuir después de una charla o un taller grupal, para ayudar a recordar las ideas y la información, sirviendo de refuerzo a lo aprendido.

2. Prensa escrita.

Se caracteriza porque puede ser leída por grandes audiencias de forma muy rápida. Al ser una información que la lleva el lector consigo, puede ser leída en numerosas ocasiones. Este medio también permite profundizar en la información de forma más extensa que en otros. También se puede compartir la lectura con familiares, compañeros o amigos, por lo que el mensaje puede llegar a más población. Además tiene la limitación en personas analfabetas.

3. Radio.

La radio es el medio de comunicación de masas de mayor cobertura, puesto que llega prácticamente a todos los hogares. También se escucha mucho en los automóviles, oficinas, fábricas, etc. Esta gran capacidad de cobertura, incluso superior a la de la televisión, es su principal ventaja. A ello hay que añadir la transportabilidad del receptor, lo que hace que sea un medio cuyos mensajes pueden recibirse en prácticamente cualquier lugar.

Una importante ventaja de la radio es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para recibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre con los medios impresos, cuya comprensión, generalmente, exige que el educando sepa leer y tener un cierto nivel de instrucción.

A través de la radio, pueden retransmitirse cuñas radiofónicas, noticiarios, charlas, programas dialogados, etc.

Entre los inconvenientes de la radio, cabe citar que es un medio que no sirve para enseñar métodos, es decir, para instruir de forma práctica cómo pasar a la acción de la conducta deseada, por lo que, en general, debe limitarse a inculcar conceptos e ideas y despertar el interés de los oyentes por el tema.

Otro inconveniente es que el mensaje suele ser de corta duración, excepto en los programas dialogados en forma de discusión entre varios expertos y un moderador, por lo que los mensajes deben ser repetidos para que tengan efecto, sobre todo los de corta duración (cuñas radiofónicas).

Aunque la radio tiene la desventaja sobre la televisión de que carece del impacto visual, lo que le confiere menos incidencia entre el público receptor, las ventajas mencionadas anteriormente hacen que sea un medio a tener presente en educación sanitaria, sobre todo al comienzo de las campañas masivas de promoción de la salud, con objeto de informar, concienciar y sensibilizar a la población sobre el tema.

4. Internet.

Este nuevo medio permite a la audiencia acceder a una gran cantidad de información. Presenta el problema que la fuente puede ser de dudosa procedencia provocando errores en el contenido y falsas interpretaciones. Actualmente es el medio que más está innovando en cuanto a comunicación para la salud, siendo de gran utilidad para aquellas zonas rurales de gran dispersión y a la que los profesionales no tienen un acceso fácil.

5. Televisión.

Es el medio de comunicación por excelencia en España. Posee unos ratios de audiencia superiores al resto de los medios.

La televisión utiliza conjuntamente la imagen, el sonido, el movimiento y el color para transmitir su mensaje a la audiencia de televidentes. Su único inconveniente es que es un medio unidireccional, es decir, no puede obtenerse un reflujo del receptor al emisor mediante preguntas y respuestas. A pesar de ello, la televisión es el medio de comunicación de masas de mayor potencial para educación sanitaria.

En España, según una encuesta (16) realizada en 2003, cada español dedica de promedio tres horas y doce minutos diarios a ver la televisión. La televisión es, con toda seguridad, el medio de comunicación de masas de mayor influencia en nuestro país.

En la televisión (20) el mensaje de educación sanitaria puede transmitirse a la población mediante spots publicitarios sobre información sanitaria, entrevistas, sesiones de discusión, películas documentales, programas específicos de educación para la salud, y películas argumentales con mensaje sanitario.

Conclusiones

1. La comunicación para la salud es una herramienta clave en la labor del profesional de Atención Primaria de Salud.
2. El uso de una comunicación eficaz, incrementará los resultados positivos del profesional de APS, sobre todo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. La comunicación interpersonal individual y grupal tiene que ser utilizada por el profesional continuamente en su práctica diaria, por ello debe estar capacitado para realizar una comunicación efectiva.
4. El uso de los medios de comunicación de masas por parte del profesional de Atención Primaria podría ser una estrategia muy efectiva para hacer llegar sus mensajes sanitarios a gran parte de la población de su Zona Básica de Salud.

5. Se impone una mayor formación por parte de los profesionales de Atención Primaria en técnicas de comunicación.

Referencias

1. Atkin, Ch., 1990. *Mass Communication and Public Health*. Sage Editions: Londres.
2. McQuail D. Introducción a la teoría de comunicación de masas. Paidós Ibérica: Barcelona, 1999.
3. Organización Mundial de la Salud. *La Declaración de Alma-Ata*. Conferencia internacional de atención primaria, 1978.
4. Olson J., 1992: *Using Communication Theory. An introduction to planned Communication*. Chapter, Sage: London.
5. Grunig and Grunig, 1992. *Models of Public Relations and Communications. Excellence in Public Relations and Communication Management*. LEA: Hillsdale, NJ.
6. Pierre Simón y Lucien Albert. *Las Relaciones Interpersonales*, Barcelona, Herder. Biblioteca de Psicología, 3, 1979.
7. Habermas J., 1991. *Moral consciousness and communicative action*. MIT Press: Cambridge.
8. Morris Desmond. *The Naked Ape: A Zoologist's Study of the Human Animal*. NY: Paperback, 1999.
9. Loscertales Abril F. y Gómez Garrico A. 1999. *La comunicación con el paciente*. Ed. Alhulia: Granada.
10. Roger E. Axtell, *Gestos*, Editorial Iberia, S.A. Barcelona 1993.
11. Schiller H. *Mass Communication and American Empire*. Kelley Publishers: NY 1976.
12. Healthy People 2010. *Area focus number 11: Health Communication*. Tomado de: <http://www.health.gov>. Consultada el 2 de mayo 2006.
13. Jackson L.D. y Duffy B.K., 1998. *Health Communication Research*. Westport, CT: Greenwood.
14. Berrio J., 1983. *Teoría social de la persuasión*. Mitre: Barcelona.
15. M., 1997. *Técnicas grupales: elementos para el aula flexible*. Novedades Educativas: Madrid.
16. McQuail D, Windhal S. Modelos para el estudio de la comunicación colectiva. Eunsa: Navarra, 1997.
17. Biener L, Siegel M. Behavior intentions of the public after bans on smoking in restaurants and bars. *Am J Public Health*. 1997 Dec;87(12):2042-4.
18. David J., 1990. *Juegos y trabajo social: un nuevo auxiliar de la práctica*. Humanitas: Buenos Aires.
19. López C., 1993. *Talleres ¿Cómo hacerlos?*. Troquel: Buenos Aires.
20. Jernigan D.H. y Wright P.A. *Media advocacy: lessons from community experiences*. *J Public Health Policy* 1996;17:306-30.