



Las Representaciones de la Comunicación Médico-Paciente en las Revistas de Salud Chilenas

Recibido: 20/2/23
Revisado: 23/4/23
Aceptado: 1/6/23
Publicado: 30/6/23

Miguel Ángel Carrasco García*

Universidad Austral de Chile, Chile; Universidad de la Frontera, Chile; Sapienza-Università di Roma, Italia

Resumen

La comunicación en la relación médico paciente (RMP) es considerada una habilidad esencial para mejorar la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento, la satisfacción usuaria y los reclamos por mala praxis. A pesar de la relevancia que tiene la comunicación en el proceso médico, en este artículo, los resultados indican cuantitativamente que no es un tópico relevante en las revistas de salud chilenas indexadas en SciELO. Los análisis también demuestran que las representaciones predominantes de la comunicación adhieren teóricamente al modelo interaccional pragmático, girando en torno a la efectividad terapéutica, los riesgos de la profesión médica como la judicialización y el aumento de los reclamos por mala praxis. En la muestra de 39 artículos no hubo reflexión sobre la comunicación desde una perspectiva sociocultural de quien padece la enfermedad.

Palabras Clave: Representaciones sociales; comunicación; relación médico paciente; empatía y comunicación en salud

Representations of Physician-Patient Communication in Chilean Health Journals

Abstract

Clear patient-physician communication is considered a critical ability to improve diagnosis, treatment, and patient satisfaction. Nonetheless, this skill is not regularly addressed in Health Communication Journals, to consider it a relevant topic. The present article aims to explore to what extent health and communication-related topics are covered within Health journals indexed in the SciELO database. Furthermore, this research focuses on the patient-physician communication models recurrently reported in Scielo health articles. Results revealed a poor coverage of communication as a resourceful topic in Health-related Journals and the prevalence of the interactional approach as the main model to address the patient-physician interaction.

Keywords: Patient-physician communication; patient-physician relationship; clinical approach; health and user satisfaction.

*Correspondencia: miguel.carrasco@alumnos.uach.cl

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).



Representaciones da comunicación médico-paciente em revistas de saúde chilenas

Resumo

A comunicação na relação médico-paciente (PPMR) é considerada uma habilidade essencial para melhorar a precisão do diagnóstico, a adesão ao tratamento, a satisfação do paciente e as reivindicações de negligência médica. Apesar da relevância da comunicação no processo médico, neste artigo, os resultados indicam quantitativamente que esse não é um tópico relevante nas revistas chilenas de saúde indexadas no SciELO. As análises também demonstram que as representações predominantes da comunicação aderem teoricamente ao modelo interacional pragmático, girando em torno da eficácia terapêutica, dos riscos da profissão médica, como a judicialização e o aumento das reivindicações por má prática. Na amostra de 39 artigos, não houve nenhuma reflexão sobre a comunicação a partir de uma perspectiva sociocultural do paciente.

Palavras-chave: *Representações sociais; comunicação; relação médico-paciente; empatia e comunicação em saúde.*

1. Introducción

El método clínico, cuyo origen se remonta a la Escuela Hipocrática de la antigua Grecia, estaría en crisis (Moreno-Rodríguez, 1998). Este método es la aplicación de la racionalidad científica al trabajo con los pacientes e incluye la anamnesis o interrogatorio, el examen físico y el diagnóstico (Ilizástigui-Dupuy, 2000; Ilizástigui-Dupuy & Rodríguez-Rivera, 2017; Pérez-Lache, 2011).

Entre las causas de este agotamiento está el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y del examen físico, la sobrevaloración de la función de la tecnología y el desinterés creciente por la medicina interna y la atención primaria de salud (Cisneros et al. 2013). A ello se suman las políticas neoliberales que han debilitado la salud pública, favoreciendo la acción de privados con una visión comercial (Rodríguez, 2016) y los indicadores tradicionales de salud superados por el nuevo perfil epidemiológico de la población que hacen ver el sistema de salud anacrónico y con la necesidad de actualizarse (Vukusich et al. 2014).

La comunicación en la relación médico-paciente ha demostrado ser un aspecto crítico en la configuración del método clínico, sin embargo, más del 60% de las quejas de los pacientes se deben a una "inapropiada comunicación o una información no proporcionada o brindada en términos incomprensibles para el paciente, sin retroinformación y sin empatía" (Tamayo & González, 2005, p. 557). Esta dinámica derivaría en la desconfianza de los usuarios (Briozzo, 2007), quienes cuestionan directa o indirectamente la conducta profesional (Horwitz, 2004). En consecuencia, esta pérdida de prestigio médico se origina ante la falta de habilidades comunicativas que faciliten la interacción del facultativo con el paciente y la sociedad (Costa et al. 2003).

Frente a tal evidencia, el foco de este estudio es conocer cuánto se habla de comunicación en las revistas de salud chilenas indexadas en Scielo y cuáles son las representaciones sociales predominantes de los modelos de la comunicación en la relación médico-paciente presente en dichos artículos.



1.1 Las Representaciones Sociales

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

En el área de la salud las RS constituyen una herramienta valiosa para entender el entramado de relaciones y comunicaciones a través del cual se construye, deconstruye y reconstruye el conocimiento, tomando como base la cultura, la memoria colectiva, en permanente conflicto con la ciencia (Banchs, 2007).

Respecto a RS de médicos y pacientes estas son opuestas en cuanto a quién es percibido como responsable de no cumplir con los objetivos terapéuticos. (Herrera-Medina et al., 2010). Por un lado, los pacientes son vistos como portadores de factores físicos, sociales y psicológicos que afectan las metas clínicas, mientras que los médicos son percibidos como personas bien preparadas, comprometidas con el aspecto científico y técnico, pero que omiten factores psicosociales propios del entorno de sus pacientes (Navarro et al. 2017).

¿Cómo Entender qué es la Comunicación?

Definir qué es comunicación es una tarea compleja. Cuando se piensa en comunicación en términos de su función, por ejemplo, esta sirve tanto para explicar el accionar de trenes, autobuses y telégrafos; como también, para clasificar a cadenas de televisión, pequeños grupos de encuentro e incluso describir el comportamiento social de una colonia de mapaches, dado que estos últimos también se comunican, señala Yves Winkin (Bateson, 1984).

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

Reconociendo la complejidad del asunto, se propone un camino para entender qué es comunicación, ordenando los diferentes modelos en base a tres paradigmas: Procesal-Lineal o Mass Media, Sociosemiótico e interaccional pragmático.

1.2 Paradigma Procesal-linear o de los Medios de Masas

Define la comunicación como la transmisión de información desde un emisor a un receptor a través de un canal, cuyo modelo se inspira en la teoría físico matemática de Shannon y Weaver (1949). Este enfoque centrado en el proceso subraya el interés por la codificación y decodificación que hacen los emisores y los receptores, el uso los canales y los medios de comunicación, buscando influir en las decisiones o en el comportamiento de una persona (Fiske, 1984, p.21).



Un año antes de Shannon, en 1948 Norbert Wiener publica *Cybernetics*, trabajo que daría origen al concepto feedback o retroalimentación que sustenta el modelo circular (Bateson, 1984, p.14).

De las ideas de Shannon y Weaver surge el primer modelo de mass media propuesto por Harold Lasswell (1948), quien plantea que los medios de comunicación pueden manipular a las audiencias, “concepción que se inscribe dentro de las llamadas Teorías de la aguja hipodérmica, que conciben la comunicación social como una inyección que influye directamente sobre el público” (Aguado, 2004, p.201).

La relevancia del modelo de Lasswell radica en el set de preguntas ¿Quién dice qué, en qué canal, a quién, y con qué efecto? que dan inicio a la teorización de la comunicación; con el quién parte la investigación del análisis del control; con el dice qué surge el análisis de contenido y con la profesionalización y explotación comercial de la radio, la prensa, la televisión y el cine surge el análisis de los medios (Uña, 2000).

1.3 Paradigma Sociocultural

Puede resultar difuso y actualmente está en periodo de cristalización. Considera a la comunicación como producción e intercambio de sentido, analizando la forma en cómo los mensajes o textos interactúan con las personas y la cultura. Su principal método de estudio es la semiótica, para la cual “el mensaje es una construcción de signos que, al interactuar con los receptores, produce significados” (Fiske, 1982, p.21).

Este paradigma se sustenta en el modelo semiótico, que integra los aportes de Eco, Peirce y Saussure (Vidales, 2009), y plantea la existencia de una multiplicidad de códigos y una infinita variedad de los contextos y circunstancias, lo que permite que un mismo mensaje pueda codificarse desde puntos de vista diferentes. El contexto hace referencia a los elementos del entorno en que se produce el mensaje y que pueden cambiar completamente su contenido; y la circunstancia está vinculada a las relaciones que se establecen entre el emisor y el destinatario (Rodrigo, 1995).

Este enfoque adquiere relevancia en Latinoamérica, con énfasis en el proceso de producción de sentido en el receptor, en la mediación. Martín-Barbero (1998) define este proceso como el lugar desde donde se otorga el sentido a la comunicación; donde trabajamos, vivimos, estudiamos, o buscamos remedio a nuestras dolencias son fuentes de mediación de los procesos comunicativos.

1.4 Paradigma Interaccional Pragmático

Gestado en la Escuela de Palo Alto, cambia el análisis de los medios a las relaciones interpersonales, con base en los enfoques interaccionistas y sistémicos, donde la comunicación se entiende como un sistema abierto de interacciones, inscritas siempre en un contexto determinado (Rizo, 2011)

Los miembros de esta Escuela ponen más atención al contenido que a la forma del proceso comunicativo, valorando el contexto y sus efectos pragmáticos, sugiriendo un modelo polifónico (orquestal) e interactivo de la comunicación, donde la conducta de cada persona afecta a la de cada una de las otras (Fanjul, 2008).



Los postulados de la Escuela de Palo Alto terminan reflejados en la teoría de la comunicación humana publicada en Estados Unidos en 1967 por Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas y Don Jackson. En esta obra aparecen cinco axiomas: El primero de ellos afirma que es imposible no comunicar; el segundo, precisa que en toda comunicación hay aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores; el tercero propone que una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes; el cuarto afirma que la comunicación humana implica dos modalidades, la digital –lo que se dice- y la analógica –cómo se dice-; y su último axioma establece que toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella (Watzlawick et al. 2011).

1.5 La Comunicación Interpersonal

La comunicación interpersonal es el encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales (Rizo, 2009).

Para que ocurra debe existir una situación comunicativa que incluya un contexto y un enunciado, que hace referencia a un mensaje construido según un código compartido; también un entorno, definido como la ubicación espacio-temporal donde se realiza la comunicación, y la intención comunicativa, un principio regulador de la conducta en el sentido que conduce al emisor a usar los medios más idóneos para alcanzar sus fines (Escandell, 1996).

Niveles de Relación

En el segundo axioma de Palo Alto se distingue que la comunicación interpersonal tiene contenido y niveles de relación (Watzlawick et al., 1967). El aspecto del contenido proporciona información sobre qué transmite el mensaje y el relacional cómo debe entenderse esta información, en otras palabras la relación le da sentido al contenido, por lo que toda comunicación tiene un aspecto emocional que condiciona cómo se entiende el mensaje y que se encuentra codificada en los componentes no verbales, como la postura o los gestos, y en los paraverbales, como la entonación o el volumen (Watzlawick et al., 1967).

El Contexto

En la comunicación interpersonal interactúan un emisor y un receptor, con roles dinámicos e intercambiables, en un espacio y tiempo determinado. Según Van Dijk (2001) la representación mental de esta situación comunicativa se desarrolla con un modelo mental específico que llamamos modelo del contexto o, simplemente, contexto. Estas representaciones mentales controlan el evento comunicativo y regulan las relaciones entre el discurso y su ambiente social-cognitivo, asegurando lo apropiado para cada situación. Igualmente, existen conocimientos compartidos (i.e., Common Ground) que manejan la estructura compleja de lo implícito y explícito del discurso, así como las presuposiciones e implicancias.



En resumen, el contexto es subjetivo, dinámico e individual, se almacena en la memoria episódica y permite determinar lo que es relevante para entender un texto (Van Dijk, 2002).

La Empatía

Según Borrell-Carrió (2011) la empatía es la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y evidenciarlo en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal, evitando hacer un juicio de valor. A diferencia de la simpatía, no se produce un contagio emocional, y el clínico sabe separar las emociones propias de las del paciente. La empatía no solo incluye elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito (Donoso-Savando, 2014). Un punto de vista que profundiza el concepto de empatía lo entrega Krogh, Langer y Schmidt (2019) a través del modelo de presencia terapéutica, postulando que este enfoque fortalece la relación médico paciente ya que el clínico sería capaz de una inmersión total en el momento del encuentro con el paciente y desde un punto de vista físico, emocional, cognitivo, espiritual y relacional. Esta aproximación trans teórica permitiría una comunicación efectiva, contribuyendo al propio bienestar del paciente y a su capacidad de resiliencia clínica. La gestión de la emocionalidad puede mejorar el rendimiento terapéutico al otorgar un valor semiológico a signos contextualizados en una visión integradora (Fernández & Franco, 2005).

La Comunicación no Verbal.

Como comunicación no verbal se conoce a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o se usan para comunicar (Cestero, 2014) y es más efectiva que la verbal para expresar emociones y actitudes (Petra-Micú, 2012).

Lo no verbal prevalece cuando el mensaje verbal es incompatible o contradictorio, lo que explica porqué los pacientes no creen, necesariamente, mensajes verbales tranquilizadores si se acompañan de expresiones faciales contradictorias (Sanz et al. 2011).

La comunicación no verbal tiene cinco componentes principales: La cinésica que estudia el movimiento del cuerpo e incluye elementos como los gestos, la postura, las expresiones faciales y la mirada; la proxémica, se refiere al uso y la interpretación del espacio y la distancia; el paralenguaje, compuesto por la entonación y los silencios; el contacto físico y los factores ambientales como la luz del box, la temperatura y la ausencia de ruidos (Salvador, 2004).

Comunicación y Salud

De acuerdo con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) la comunicación en salud se define como el estudio y uso de estrategias comunicativas para informar e influenciar las decisiones y acciones que permitan promover y mejorar la salud (CDC, 2020).

Tradicionalmente, la teoría que la estudia ha estado orientada a los elementos claves del proceso de transmisión de información (audiencia, mensaje, fuente, canal) toda vez que se ha abordado desde su utilidad para fomentar y reforzar comportamientos apropiados a la salud pública a través de campañas de difusión y con un enfoque de tipo efectista y biomédico (Mosquera, 2003; Ríos, 2010).



En la actualidad, sin embargo, la comunicación en salud se ha abierto a incorporar elementos de otras áreas del conocimiento, como es la comunicación interpersonal, para reforzar un enfoque de tipo comunitario, desde el cual las relaciones interpersonales promueven cambios de actitudes y conocimientos, que permiten adoptar prácticas cuya incidencia sea positiva sobre el bienestar y la salud de las personas (Mosquera, 2003).

1.6 Modelos y Teorías de Comunicación y Salud

De acuerdo a las teorías del cambio de conducta, la adopción de nuevos comportamientos ocurre de manera paulatina, en etapas (Ríos, 2011). Si bien, los modelos que abordan este proceso tienen una aproximación, en su mayoría, hacia la transformación individual, en la actualidad el enfoque en salud se ha desplazado hacia lo comunitario en cuanto a redes de apoyo e intercambios multisectoriales para fortalecer las estrategias en esta área (Martínez & Sosa, 2016; Ríos, 2011). Estos cambios, están mediados por el propio conocimiento, pero este último no es suficiente para generar dichas transformaciones (Ríos, 2011). Los modelos que abordan la comunicación en salud se resumen en la tabla 1.

Tapia, R. (2020). Las fake news: impacto social y nuevos desafíos para los servicios de información. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

UNESCO. Información falsa: la opinión de los periodistas. <https://es.unesco.org/courier/july-september-2017/informacion-falsa-opinion-periodistas>

Wardle C. (14 de marzo 2017) Noticias falsas. Es complicado. FIRSDRAFT <https://firstdraftnews.org/articles/noticias-falsas-es-complicado/>

Willax TV. (2021). Código de ética. Obtenido de Willax TV: <https://willax.tv/la-ley-y-el-codigo-de-etica-del-canal/>

Tabla 1. Teoría y/o modelo de comunicación y sus principales componentes.

Teoría de Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975)	La intención de la persona es el factor determinante de su comportamiento: a. La actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento b. La percepción de la presión social para incurrir en los comportamientos.
Teoría de Aprendizaje Social (Bandura, 1977)	Los cambios de comportamiento son resultado de la interacción del individuo con el entorno y con el mismo
Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1966)	La adopción de conductas recomendadas dependerá de: a. Que la amenaza de la enfermedad implica consecuencias severas. b. Que los beneficios de tomar acciones preventivas son mayores que las barreras a dicha acción.
Modelo Transteórico o de Cambio (Proshaska & DiClemente, 1982)	La adopción de conductas saludables por parte del individuo es de carácter procesual, en etapas, hasta que los comportamientos forman parte de la nueva rutina diaria.
Modelo PRECEDE (Green, Kreuter, Deeds & Partridge, 1980)	Evalúa factores como antecedentes del comportamiento en salud, para evaluar su grado de importancia y posibilidades de modificación al ser intervenidos.
Modelo de Comunicación para el Cambio Social (Gumucio-Dagron, 2008)	La acción colectiva genera cambios sociales en las comunidades y en su bienestar en salud.
Modelo Socio-Ecológico (San Martín, 1998)	La salud de los individuos y sus comunidades dependen de distintos factores, opera como un sistema biológico-social de salud-enfermedad. El sistema de salud, con sus reglas, se conecta con el sistema social.

Fuente: Martínez, 2016; Ríos, 2011



1.7 La Comunicación Efectiva

La comunicación es considerada una habilidad clínica básica, que debe ser aprendida y que mejoran los resultados de la atención (Kurtz, 2002).

Una de las principales causales en la baja adherencia terapéutica sería de origen comunicacional (Hernández-Torres et al. 2006); más aún, "una entrevista médica bien ejecutada puede llegar al diagnóstico en hasta el 76% de los casos" (Moreno -Rodríguez, 2000, p.109), disminuyendo en el enfermo su angustia y los síntomas que motivaron la consulta, mejorando sus niveles de satisfacción y adherencia al tratamiento junto a la reducción de quejas y eventuales demandas (Petra-Micu, 2012).

Tabla 2. Principios y descripción de Comunicación efectiva según Kurtz

Principios	Descripción/Función
Importancia relación médico-paciente	Orientada a mejorar la precisión del diagnóstico y la construcción de una relación de confianza
Reducción de incertidumbre	Orientada a captar la atención del paciente, explicando claramente la enfermedad que lo afecta, manejando sus expectativas
Efectividad	Resultados clínicos que se obtienen dentro del contexto creado entre quien consulta y el médico tratante
Dinamismo	Compromiso con el paciente y la flexibilidad que debe tener el médico para buscar nuevos enfoques cuando sean requeridos para fortalecer los resultados terapéuticos
Modelo helicoidal de comunicación	De esta forma, la repetición, la reiteración, la retroalimentación son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

Fuente: Elaboración Propia

1.8 La Relación Médico Paciente (RMP)

La relación médico paciente es el acto central de la práctica médica y se basa "en el contexto comunicacional interpersonal" (Mucci, 2008, p.70), transformándose en el aspecto más sensible y humano de la medicina (Moreno-Rodríguez, 1998).

La comunicación es una habilidad clave en la relación médico paciente, donde la entrevista (anamnesis) es una herramienta útil y compleja que incluye factores cognoscitivos, afectivos y conativos orientados hacia el diagnóstico y el tratamiento; obliga al médico reunir bastante información acerca del paciente, la que se obtiene por la vía de la historia clínica, el interrogatorio y examen físico (Rivera & Blanco, 2001). Este diálogo terapéutico y estructurado entre el facultativo y el consultante, puede arrojar un diagnóstico acertado cerca del 75% de las veces (Sogi et al. 2009).

Briozzo (2007) reafirma que los cuestionamientos al método clínico surgen porque es la relación médico-paciente la que está en crisis y su deterioro tiene origen en actitudes incorrectas y éticamente cuestionables de algunos trabajadores de la salud, en un sistema institucional hostil, sumado a la arrogancia y al aumento de los errores diagnósticos y terapéuticos. A lo anterior se suma el modelo mecanicista de la actual medicina cuyo foco está puesto en la vinculación con la enfermedad ignorando al paciente y generando una relación médico-paciente deteriorada, deshumanizada, comercializada e hiperespecializada (Durá, 2006). En este escenario es el médico quien pregunta, opina y toma las decisiones, llegando incluso a interrumpir al enfermo a los 18 segundos de haber empezado a contar sus síntomas (Cisnero et al. 2013).



1.9 La Dimensión Sociocultural de la RMP

El éxito terapéutico está relacionado con el reconocimiento del contexto socio-cultural que funciona como mediador entre el médico y el paciente, ya que todo juicio sobre la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propias del grupo al que pertenece el enfermo (Lain, 1983).

La diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro. La experiencia que cada sujeto tiene de la enfermedad que padece depende del lugar que ocupa en la constelación de actores, discursos, prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural-contextual de la enfermedad (Mucci, 2008).

La Dimensión Bioética de la RMP

Una de las preocupaciones centrales de la bioética en la relación médico paciente se enfoca en lo relativo al uso o abuso de poder, ya que puede ir en desmedro del ejercicio de la voluntad del otro, interfiriendo en la individualidad y libertad del paciente (Ribeiro-Alves, 2012), definiendo el rol que asumirá cada una de las partes para ir más allá de la enfermedad, incorporando sentimientos, principios y vivencias personales; respetando la autonomía, la dignidad y el consentimiento en cada una de las decisiones clínicas (Gajardo & Lavados, 2010).

Modelos de Comunicación en la RMP

La relación médico paciente ha sido abordada en extenso (e.g., Mucci, 2008; Moreno-Rodríguez, 1998) y de su estudio han surgido modelos que permiten comprender la interacción desde los patrones más recurrentes. Según quien sea el foco de la interacción, se han desarrollado cuatro modelos (Hernández-Torres et al. 2006) que explican el inicio y fin del intercambio comunicativo. Surgen entonces: las tres funciones del médico, interacción centrada en el paciente, el abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente y el modelo de autoconocimiento médico (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Descripción de los Modelos de comunicación médico-paciente según Hernández-Torres, et al. (2006)

Comunicación médico-paciente	Descripción
Tres Funciones del Médico	Consiste en recolectar información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar su conducta para lograr el mejor manejo.
Centrado en el Paciente	Plantea que el paciente necesita comprender el significado de la enfermedad, mientras que el médico, entender los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas que tiene su consultante.
Abordaje Sistémico Familiar para el Cuidado del Paciente	Considera que este núcleo de personas, relevantes para el paciente, puede influir en la salud y la enfermedad.
Modelo de Autoconocimiento del Médico	Este enfoque supone que el propio reconocimiento de los sentimientos del médico puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos.

Fuente: Elaboración Propia

Así también, modelos centrados en la actitud del médico frente a su paciente (Emanuel & Emanuel, 1999) intentan dar cuenta del enfoque desde donde el tratante asume su rol y guía la interacción en salud, surgiendo cuatro posturas: paternalista, informativa, interpretativa y deliberativa (ver tabla 4)



Tabla 4. Enfoque y características de la comunicación médico-paciente (Emanuel & Emanuel, 1999)

Enfoque	Descripción
Paternalista	El médico es quien decide que es lo mejor para el paciente sin importa su opinión.
Informativo	El médico entrega todos los datos relevantes de cada una de las alternativas terapéuticas existentes para que el consultante tome la opción que considera más apropiada a su contexto.
Interpretativo	Muy similar al enfoque informativo. Son los valores del enfermo los que priman más allá de las consideraciones técnicas
Deliberativo	Las indicaciones de tratamiento son acordadas entre el médico y el paciente

Fuente: Elaboración Propia

2. Metodología

La presente investigación tiene por objetivo determinar cuánto se habla de comunicación en las revistas de salud chilenas indexadas en SciELO y, a partir de esta información, indagar cuáles son las representaciones sociales predominantes. Para abordar el primer objetivo, se contempló la búsqueda y caracterización de una muestra, la que luego fue sometida a análisis cualitativo de las representaciones sociales de la comunicación en salud, comunicación médico-paciente o en la relación médico-paciente para dar así respuesta al segundo objetivo de investigación.

2.1 Selección de la Muestra

Para la selección de la muestra se condujo una búsqueda considerando el archivo Scielo de revistas indexadas en el área de la salud, de acuerdo a la propia clasificación establecida por la colección de la biblioteca (Ver apéndice A para lista de nombres de las revistas seleccionadas).

Los conceptos que condujeron la búsqueda en cada una de las 20 revistas seleccionadas fueron: comunicación; comunicación y salud; comunicación y médico-paciente; comunicación y relación y médico- paciente; modelos de comunicación y relación médico-paciente.

2.2 Unidades de Análisis

Los artículos encontrados en las revistas seleccionadas a partir de los términos de búsqueda fueron considerados como unidades de análisis. Textos editoriales, reviews y cartas al editor fueron excluidos de los análisis y del conteo total de artículos para asegurar un criterio uniforme de clasificación y evaluación de las unidades.



3. Resultados

Resultados Descriptivos

La búsqueda arrojó un total de 44 artículos, extraídos de 20 revistas de salud (Apéndice A). Revista Médica de Chile es la publicación que registra la mayor frecuencia de artículos en comunicación y salud con 15 textos de un total de 3.600, lo que representa un 0.42% de sus publicaciones. Ciencia y Enfermería, en tanto, es la publicación con el mayor porcentaje de artículos en comunicación del total en la revista, con un 2%. Solo 14 revistas tienen presencia de al menos un artículo en comunicación. Es el grupo de revistas activas las que concentran el mayor número de artículos en esta materia. Más detalles en la tabla 5.

Tabla 5: Porcentaje del total de artículos de comunicación y salud clasificados por revista de procedencia y estado de vigencia en SciELO

Revista	Estado	N°	Artículos Totales	Artículos de Comunicación	Porcentaje
Revista Médica de Chile	Activa	252	3600	15	0.42
Revista Ciencia y Enfermería	Activa	44	446	9	2.02
Revista Iberoamericana de Investigación Acta Bioethica	Activa	41	623	5	0.80
Revista Chilena de Nutrición	Activa	79	864	2	0.23
Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología	Activa	111	648	2	0.30
Revista Chilena de Radiología	Activa	75	487	2	0.41
Internacional Journal of Odontomatology	Activa	36	737	2	0.27
Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias	Activa	71	540	1	0.19
Revista Chilena de Infectología	Activa	124	1364	1	0.07
Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría	Activa	85	935	1	0.11
Revista Chilena de Pediatría	Activa	472	2960	1	0.03
Revista de Cirugía	Activa	9	1020	1	0.10
Revista de Otorrinología y Cirugía de Cabeza y Cuello	Activa	48	255	1	0.39
Revista Chilena de Cirugía	No vigente	78	133	1	0.75
Revista Chilena de Cardiología	Activa	34	191	0	0
International Journal of Morphology	Activa	73	2466	0	0
International Journal of Intedisciplinary Dentistry	Activa	78	133	1	0.75
Ciencia % Trabajo	No vigente	18	158	0	0
Revista Chilena de Anatomía	No vigente	14	203	0	0
Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación oral	No vigente	30	204	0	0
TOTAL		1695	17844	0	0.25

Fuente: Elaboración Propia



Resultados cualitativos

Los 44 artículos fueron sometidos a un análisis de las representaciones de la comunicación presentes en los textos. Los resultados indican que el paradigma predominante en el corpus analizado es el interaccional pragmático. Las ideas de Palo Alto predominan en 23 de los 44 textos analizados, el lineal o procesal en dos y el sociocultural en uno; en los otros nueve textos no se observa con claridad un modelo de comunicación dominante.

En 20 de los 44 artículos la comunicación es considerada relevante en la interacción médico-paciente, existiendo dos visiones al respecto:

La primera de ellas está orientada al logro de objetivos terapéuticos; con un acercamiento más clínico, orientado a los resultados. Dentro de este grupo existen ocho artículos donde el énfasis está puesto en la efectividad mejorando la adherencia terapéutica, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos (Moore et al. 2010) o acercando la salud a los adultos mayores (Fuentes & Prato, 2012).

La segunda, está enfocada en las dimensiones bioéticas o sociales asegurando que existe una carencia de comunicación en la R.M-P y es necesario valorarla como herramienta para la humanización y el proceder ético (Garrafa & Alburquerque, 2001), apelando a considerar como relevantes las barreras culturales, el impacto de las disfunciones familiares y la deshumanización de la medicina (Moraga & Cid, 2017) o el peso de los factores económicos, la tecnología, la judicialización de la praxis clínica y el nuevo perfil del paciente.

En 23 de los 44 artículos el foco está puesto en los niveles de la comunicación médico paciente (relación y contenido).

En 17 piezas se focalizó la discusión en el nivel de la relación planteando que la comunicación entre los médicos clínicos y los de especialidades de apoyo suele ser un desastre y la principal causa de los errores evitables, como la muerte o la judicialización. Aquí se destaca que existe una tensión entre el paternalismo tradicional ejercido por el médico y la autonomía actual del paciente o la necesidad de un modelo de relación que pueda librar al médico de muchos problemas de carácter jurídico y económico, permitiendo que el enfermo su proceso con serenidad y confianza (Rodríguez et al. 2012).

En cinco de los artículos la mirada se depositó en el contenido, llegando incluso a plantear el construir conocimientos alimentarios que se traduzcan en formas de alimentación saludables (Gamboa-Delgado et al. 2018).

En relación a los componentes de la comunicación se distingue que el contexto en el que se produce la relación clínica domina la discusión en tres artículos, donde se reflexiona respecto a la relación del médico con el paciente en estado terminal y el impacto de la verdad; se abordan los errores médicos y lo difícil que resulta reconocerlos en la actualidad (Bascañán & Arriagada, 2016); o bien, se describen escenarios de aumento de casos judicializados.

La comunicación no verbal es pensada en tres artículos del corpus donde se enfatiza que el médico debe tener control sobre sus expresiones no verbales evitando expresar asombro o alarma ante algún hallazgo inesperado; la necesidad de considerar el tono de voz, el lenguaje corporal, el contacto físico y visual, y la escucha activa en la relación persona-persona; y evitar un comportamiento no verbal frío, mecánico, indiferente o negativo (Urrutia et al. 2016).



En relación a la agencia en el proceso comunicativo, en ocho artículos está puesta en el médico, quien actúa como emisor y responsable de liderar la interacción. A su vez, se destaca que las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y la comunicación, una de las competencias básicas en la formación médica (Moore et al., 2010). Concluyen que el médico acostumbra a imponer sus valores a los demás miembros de la sociedad, principalmente a aquellos de menor nivel socioeconómico (Garrafa & Alburquenque, 2001). En cinco artículos, la preocupación está centrada en el paciente y los prejuicios discriminatorios sobre la vejez (Barrantes-Monge, Rodríguez & Lama, 2009), en las familias y pacientes que perciben una buena comunicación y presentan un funcionamiento más saludable con roles definidos (Moraga & Cid, 2017) o respecto a los usuarios cada vez más exigente y demandante (Braghetto & Baronti, 2007).

La empatía es considerada en seis artículos como un elemento primordial para el éxito de la comunicación médico paciente, entendida como la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

El principio de autonomía predomina en la reflexión bioética y es el uso del consentimiento su concreción práctica. El principio de autonomía se basa en el respeto a los valores, creencias y capacidad de tomar decisiones del paciente como la principal consideración moral y, por tanto, exige la comunicación de la verdad (Gajardo-Ugas & Lavados-Montes, 2010). En esta dimensión, es el consentimiento informado el instrumento que refleja la visión de que, sin comunicación entre el médico y el paciente, no hay consentimiento realmente "libre y esclarecido" (Garrafa & Alburquenque, 2001). El cambio desde el modelo paternalista en medicina a la instalación del concepto de autonomía se ve materializado en este proceso. El anciano competente debe decidir en cuestiones de salud, según sus deseos y tras su consentimiento informado y voluntario (Barrantes-Monge et al., 2009).

Respecto a los instrumentos de la comunicación médico paciente, en siete de los 37 artículos logra distinguirse el rol de la entrevista (anamnesis) para organizar los antecedentes clínicos y como la manera de interactuar con el paciente y sus familiares (Nogales-Gaete, Vargas-Silva & Vidal-Cañas, 2013), o para contrarrestar relaciones poco vinculantes y tecnologizadas (Gajardo, 2009).

En cinco artículos se enfatiza la necesidad de formar habilidades de comunicación en diferentes niveles y diversas finalidades: En las escuelas de medicina (Gómez et al. 2012); para relacionarse con sus pares; para mejorar la relación médico paciente; entregar malas noticias (Ordoñez et al. 2008); y manejar a pacientes difíciles.

En cuatro artículos la discusión gira en torno a la comunicación en salud. Aún no queda claro cuál generará mayor efectividad y con mejores resultados a la hora de enfrentar desafíos nutricionales (Gamboa-Delgado et al., 2018). Sin embargo, dos revistas coinciden en el rol de la familia en el curso de un tratamiento, como en el caso de los varones adultos que demuestran mayor y mejor adherencia al tratamiento cuando son acompañados por su esposa o pareja estable y cómo las familias alteran su dinámica cuando uno de sus miembros inicia un proceso de dependencia (Moraga & Cid-Henriquez, 2017). Finalmente et al. (2010) concluyen que el grado de conocimiento acerca del sistema GES es bajo en las mujeres y se relaciona principalmente con la protección financiera y cobertura de enfermedades.



4. Discusión

El reducido número de artículos encontrados, 44 de un universo de 17.844, evidencia la postergación que ha tenido el estudio de la comunicación en la relación médico paciente. Esta escasa visibilización puede explicarse por la línea editorial de las revistas, que tradicionalmente abordan temas en salud y cuyos objetivos están más orientados a los efectos clínicos o al manejo de patologías. En esta línea, es necesario abrir espacios de publicación e investigación que permitan subsanar la escasa producción de artículos en Comunicación y Salud. Esta situación debe comenzar a sincerarse.

Existe una idea utilitaria de la comunicación, orientada a mejorar la adherencia terapéutica y, en consecuencia, librar de demandas judiciales por mala praxis al personal de salud. Queda de manifiesto entonces, que la visión paternalista sigue dominando la interacción clínica y que la comunicación efectiva continúa siendo una forma de mejorar los resultados sin considerar la existencia del contexto social.

Destacan en Chile los esfuerzos por teorizar la experiencia, adherencia al tratamiento y satisfacción de los pacientes (Moore et al., 2010); y la reflexión desde el plano de la bioética (Bascuñán & Arriagada, 2016). En áreas como la enfermería, es valiosa la amplitud y densidad de la mirada al analizar la relación clínica (Landman et al., 2015) y desde la odontología, el intento por comenzar un camino de interculturalidad.

Las grandes ausencias en la discusión teórica van por el lado del enfermo, relevante es la nula reflexión sobre los elementos mediadores del ámbito social, emocional, cultural o religioso los cuales pueden influir en la adherencia (Gamboa-Delgado et al., 2018).

También es necesario teorizar y trabajar en torno a la empatía, con todos sus ángulos. Más aún, cuando es un tema recurrente, sin embargo, son pocos los que se detienen a pensar en ella (Krogh et al. 2019). En este aspecto llama la atención el uso del modelo de Presencia Terapéutica a través del cual se postula que es el clínico quien debe facilitar el encuentro con el paciente a través de una inmersión desde un punto de vista físico, emocional, cognitivo, espiritual y relacional (Krogh et al. 2019).

4.1 Limitaciones del Estudio

La presente investigación evidencia la baja preponderancia entregada a la comunicación y sus formas de abordarla, en el contexto médico-paciente. El cuerpo de conocimiento es más bien reducido, lo que repercute, a su vez, en las metodologías para abordar su estudio. En este sentido, una muestra pequeña no facilita análisis de contenido de tipo cuantitativo, por ejemplo, que permitan complementar en datos a aproximaciones de tipo discursivas, ya que implica forzar modelos de aproximación y, por ende, violar supuestos de representatividad de la muestra obtenida.

En este sentido, y a modo de extender el cuerpo de conocimiento en el área, resulta conveniente replicar la presente investigación a nivel latinoamericano y orientar hacia comparaciones entre países el análisis. Un trabajo de tales características permitirá establecer parámetros y llegar a resultados concluyentes que sustenten, o denieguen, una tendencia al abordar el proceso comunicativo en la relación médico-paciente. Análisis de contenido de tipo cuantitativo con validación de libros, podrían dar mayores certezas a estas interrogantes.



5. Referencias

Aguado, J. M. (2004). Introducción a las teorías de la información y la comunicación. España: Murcia Editores.

Banchs, M. A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: Representaciones sociales y salud. En T. R. Salazar & M.D.L. Garcia (Eds.), Representaciones sociales: teoría e investigación (pp. 219-253). Guadalajara, México: Editorial CUCSH-UdeG.

Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E. & Lama, A. (2009). Relación Médico-Paciente: Derechos Del Adulto Mayor. Acta bioethica, 15(2), 216-221. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000200013>

Bascuñán, M.L., & Arriagada, A.M. (2016). Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. Revista médica de Chile, 144(9), 1185-1190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>

Braghetto, M.I. & Baronti C. P. (2007). Relación paciente-médico: Una alianza que fomenta la calidad. Revista chilena de cirugía, 59(5), 385-392. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000500015>

Briozzo, L. (2007). La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria Revista Médica Uruguaya, 23, 139-141. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n3/v23n3a01.pdf>

Bateson, G. (1984). La nueva comunicación. Barcelona: Editorial Kairós.

Borrell-Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. Medicina Clínica, 136(9), 390-397. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.032>

Cestero, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz. Estudios de Lingüística, 28, 125-150.

Cisnero, Y., Hernández, G., Jiménez, M. & Hernández, G. (2013). Valoraciones sobre la crisis del método clínico en el nuevo milenio. Correo Científico Médico, 17(1), 64- 69. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100009

Costa, X. C., Carrió, F. B., Epstein, R. M., Rubiano, E. K., Aresté, J. E., & Martínez-Carretero, J. M. (2003). Aspectos comunicacionales: El reto de la competencia de la profesión médica. Atención Primaria, 32(2), 110-117. <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-aspectos-comunicacionales-el-reto-competencia-13049167>

Donoso-Sabando, C. A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. Persona y Bioética, 18(2), 184-193.

Durá, J. (2006). La relación médico-paciente: ¿Una necesidad olvidada? Ginecología y Obstetricia de México, 74(8), 429-434.



Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 13.

Escandell, M. V. (1996). *Introducción a la pragmática*. Ariel.

Fanjul, C. (2008). La importancia de la comunicación no verbal en la configuración de la imagen corporativa. *Icono* 14, 6(2), 2-20.

Fernández, J. T., & Franco, B. P. (2005). La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. *Atención Primaria*, 35(6), 306-310. <https://doi.org/10.1157/13073417>

Fiske, J. (1984). *Introducción al estudio de la comunicación*. Colombia: Editorial Norma.

Gamboa-Delgado, E., Escalante Izeta, E., & Amaya-Castellanos, A. (2018). Aplicabilidad de las teorías de comunicación en salud en el campo de la educación nutricional. *Revista chilena de nutrición*, 45(1), 60-64. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000100060>

Gajardo, M. (2009). La educación tras dos décadas de cambio. ¿Qué hemos aprendido? ¿Qué debemos transformar. *Calidad, equidad y reformas en la enseñanza*. OEI.

Gajardo-Ugas, A., & Lavados-Montes, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Persona y bioética*, 14(1), 48-55.

Garrafa, V. & Albuquerque, M. (2001). Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. *Acta Bioética* (año VII), (2), 355-368

Gomez, G., Moore, P., & Araos-Baeriswyl, E. (2012). Learning doctor-patient communication: does co-teaching help?. *Revista medica de Chile*, 140(3), 396-403.

Fuentes R.P. & Prato, J.A. (2012). Comunicación diagnóstica en enfermedad de Alzheimer: Reflexión y propuesta. *Revista médica de Chile*, 140(6), 811-817. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600018>

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, 8(2), 137-144.

Herrera-Medina, N. E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de salud pública*, 12, 343-355.

Horwitz, C. (2004). El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, 132(6), 768-772. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600015>



Ilizástigui-Dupui, F. (2000). El método clínico: Muerte y resurrección. *Educación Médica Superior*, 14(2), 109-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001

Ilizástigui-Dupui F., & Rodríguez-Rivera, L. (2017). El método clínico. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(1), 2-11. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/495>

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social II: Pensamiento y Vida Social*, Barcelona: Paidós, 469-494.

Krogh, E., Langer, Á., & Schmidt, C. (2019). Therapeutic presence: Its Contribution to the doctor-patient encounter. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 39(1), 49-53.

Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29(2), 23-29. <https://doi.org/10.1017/s0317167100001906>

Lain, P. (1983). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Madrid: Alianza Editorial

Landman Navarro, C., Cruz Osorio, M. J., García García, E., Pérez Meza, P., Sandoval Barrera, P., Serey Burgos, K., & Valdés Medina, C. (2015). Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 91-102.

Lasswell, H.D. (1948). *The Structure and Function of Communication in Society*. New York: Harper & Bros.

Martín-Barbero, J., & Martín, M. B. (1986). De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía. *Convenio Andrés Bello*.

Martínez, C. & Sosa, M. S. (2016). Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social. *Revista de Comunicación y Salud*, 6(7), 69-80.

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>

Moraga Jaramillo, R. G., & Cid Henríquez, P. R. (2017). Factores biopsicosociales que se relacionan con el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes. *Ciencia Y Enfermería*, 23(2), 57-67. Recuperado a partir de <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/447>

Moreno-Rodriguez, M. A. (1998). Crisis del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 37(2), 123-128. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200010

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en salud: Conceptos, teorías, experiencias*. [Consultado en portal Academia] Recuperado desde: https://www.academia.edu/12293182/Comunicación_en_Salud_Conceptos_Teor%C3%ADas_y_Experiencias



Moulian-Tesmer, R. (1999). Matices en la interacción: Hacia una taxonomía de la comunicación humana. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 3, 21-29. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.1999.n3-02>

Mucci, M. (2008). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? *Psicodebate*, 8, 61-78. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.417>

Navarro, E. A., Ortiz, E., García, M. C., & Campos, C.E.M. (2017). Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica. *Revista CONAMED*, 22(3), 110-119.

Nogales-Gaete, J., Vargas-Silva, P., & Vidal-Cañas, I. (2013). Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. *Revista médica de Chile*, 141(9), 1190-1196.

Ordoñez, A., Becerra, M. & Monroy, Z. (2018). La beneficencia del médico en el tratamiento del enfermo con cáncer terminal desde la experiencia del familiar. *Acta Bioethica*, 24(1ta Cubana de Medicina, 50(1), 112 -115. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100012&lng=es&tlng=es.), 57-65

Pérez Lache, N. (2011). Lugar y papel del método clínico. *Revis*

Petra-Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en educación médica*, 1(4), 218-224. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v1n4/v1n4a9.pdf>

Ribeiro-Alves, A. (2012). La autonomía del paciente desde una perspectiva bioética. *Journal of Oral Research*, 1(2), 90-97. <https://www.readcube.com/articles/10.17126%2Fjoralres.2012.019>

Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 4(1), 123-140.

Rivera M., N. & Blanco, F. (2001). La dimensión comunicativa en la práctica médica: El valor de la entrevista. *Educación Médica Superior*, 15(3), 301-311.

Rizo, M. (2009). Comunicometodología y comunicación interpersonal. presencias y ausencias en la comunicología mexicana. *Razón y Palabra*, (67),

Rizo, M. (2011). Reseña de teoría de la comunicación humana de Paul. *Razón y Palabra*, 5.

Rodrigo, M. (1995). Los modelos de la comunicación. *Tecnos*.

Rodríguez, Á., Mardones, F. & Villarroel, L. (2012). Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Revista médica de Chile*, 140(2), 176-183. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000200005>

Salvador, J. R. (2004). Comunicación no verbal. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11(8), 433-442.

Sanz, J. R., Luna, C. K., Coterá, F. Á. U., & Comunicación, G. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 401-409.



Shannon, C. & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press.

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M., & Salcedo, C. (2006). Self-assessment of core clinical skills in medical graduates: Medical interview, physician patient relationship and communication. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(1), 30-37. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000100006&lng=es&tlng=en.

Tamayo, C. T., & González, J. M. S. (2005). Medicina asertiva: Una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecología y Obstetricia de México*, 73(10), 553-559. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/medicina-asertiva-una-propuesta-contra-la-medicina-defensiva>

Uña, O. (2000). Teorías y modelos de la comunicación. *Praxis sociológica*, 5, 33-79.

Urrutia, M.T., Beoriza, P. & Araya, A. (2016). Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 218-222. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300008>

Van Dijk, T. (2001). Algunos principios de una teoría del contexto. *Revista latinoamericana de estudios del discurso*, 1(1), 69-82. <https://doi.org/10.35956/v.1.n1.2001.p.69-81>

Van Dijk, T. (2002). Conocimiento, elaboración del discurso y educación. *Escribanía*, (8), 5-22. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/escribania/article/view/2963>

Vidales, C. E. (2009). La relación entre la semiótica y los estudios de la comunicación: Un diálogo por construir. *Comunicación y sociedad*, 11, 37-71. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000100003&lng=es&tlng=es.

Vukusich, A., Olivari, F., Alvarado, N., & Burgos, G. (2004). Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(11), 1425-1430. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100013

Watzlawick (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Tiempo Contemporáneo

Watzlawick, P. & Beavin, J. (1967). Some formal aspects of communication. *American Behavioral Scientist*, 10(8), 4-8.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder Editorial.



Apéndice A

Revista	Estado	N°	Artículos Totales	Artículos de Comunicación	Porcentaje
Revista Médica de Chile	Activa	252	3600	15	0.42
Revista Ciencia y Enfermería	Activa	44	446	9	2.02
Revista Iberoamericana de Investigación Acta Bioethica	Activa	41	623	5	0.80
Revista Chilena de Nutrición	Activa	79	864	2	0.23
Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología	Activa	111	648	2	0.30
Revista Chilena de Radiología	Activa	75	487	2	0.41
Internacional Journal of Odontomatology	Activa	36	737	2	0.27
Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias	Activa	71	540	1	0.19
Revista Chilena de Infectología	Activa	124	1364	1	0.07
Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría	Activa	85	935	1	0.11
Revista Chilena de Pediatría	Activa	472	2960	1	0.03
Revista de Cirugía	Activa	9	1020	1	0.10
Revista de Otorrinología y Cirugía de Cabeza y Cuello	Activa	48	255	1	0.39
Revista Chilena de Cirugía	No vigente	78	133	1	0.75
Revista Chilena de Cardiología	Activa	34	191	0	0
International Journal of Morphology	Activa	73	2466	0	0
International Journal of Intedisciplinary Dentistry	Activa	78	133	1	0.75
Ciencia % Trabajo	No vigente	18	158	0	0
Revista Chilena de Anatomía	No vigente	14	203	0	0
Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación oral	No vigente	30	204	0	0
TOTAL		1695	17844	0	0.25

Cómo citar:

Carrasco García, M.A. (2023). Las Representaciones de la Comunicación Médico-Paciente en las Revistas de Salud Chilenas. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 2(1), 11-30.